Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal

DOCUMENTO METODOLÓGICO

NOTA:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Las recomendaciones que contiene han de ser consideradas con precaución teniendo en cuenta que está pendiente evaluar su vigencia.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL

Descripción de la metodología de elaboración empleada en la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización

Índice

1.- INTRODUCCIÓN

2.- METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA

3.- PREGUNTAS CLÍNICAS

4.- ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

4.1.- BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE GPC

Estrategias de búsqueda

4.2.- ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA DE RS, ECAs y OTROS ESTUDIOS

5.- TABLAS DE GUÍAS Y TABLAS DE EVIDENCIA POR PREGUNTAS

Anexo I. Niveles de evidencia y grados de recomendación (SIGN)

Anexo II. Glosario y abreviaturas

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

1.- INTRODUCCIÓN

En este documento se hace una descripción metodológica de las acciones y procedimientos que han sido necesarios realizar para alcanzar las metas y objetivos de la Guía de Práctica clínica (GPC) sobre la Atención al Parto Normal.

La GPC completa está disponible tanto en la página Web de GuíaSalud como en la de OSTEBA - Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Además, existe una guía rápida con las recomendaciones y algoritmos principales y un documento informativo para pacientes, tanto en edición impresa como en las páginas web citadas.

Los principios metodológicos utilizados han sido los definidos en el Programa de elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia, para la ayuda a la toma de decisiones clínicas en el Sistema Nacional de Salud. Se encuentran recogidos en el manual metodológico de elaboración de GPC, disponible también en las páginas Web ya mencionadas.

Para llevar a cabo dicha metodología, en la elaboración de la guía del parto normal, se han seguido diferentes etapas descritas en el siguiente apartado, así como en la GPC completa disponible en la página web de GuíaSalud y Osteba.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

2.- METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Para la elaboración de la GPC se ha seguido el Manual Metodológico "Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud" (Grupo de trabajo sobre GPC, 2006). Puede ser consultado en la página Web de la Biblioteca de GPC del SNS, GuíaSalud.

Se ha utilizado una metodología mixta, utilizando estrategias de actualización y adaptación para las preguntas que están contestadas en la GPC del NICE "National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG; 2007", seleccionada previamente mediante el instrumento AGREE por su mayor calidad. Se ha seguido el método de elaboración "de novo" para aquellas preguntas que no están respondidas en dicha Guía (ADAPTE, 2007; Etxeberria A, 2005).

Los pasos que se han seguido son:

Constitución del grupo elaborador de la guía, integrado por profesionales de diferentes centros sanitarios y comunidades autónomas: por obstetras, matronas, pediatras, anestesistas de obstetricia, especialistas en metodología pertenecientes a las Agencias de evaluación de tecnologías sanitarias del País Vasco y Galicia y mujeres pertenecientes asociaciones sobre el parto.

La RS se desarrolló en varias fases:

Formulación de preguntas clínicas siguiendo el formato PICO: P (pacientes), I (intervenciones), C (comparaciones) y O (outcomes o resultados).

Búsqueda bibliográfica.

Búsqueda de GPCs. Período de búsqueda de 1998 a 2008. Idiomas: Español, Inglés y Francés.

Se buscó en bases de datos específicas de guías: Tripdatabase, Pubgle, GuiaSalud, Fisterra y en bases de datos generales: MEDLINE (Pubmed) y EMBASE (Elsevier).

Búsqueda de RS y ECAs (y estudios de pruebas diagnósticas) Período de búsqueda. De 2006 en adelante (incluyendo alertas).

Tras la identificación y selección de GPCs se desarrolló una búsqueda específica de Revisiones sistemáticas (RS) y meta análisis para cada pregunta clínica en Cochrane Library Plus y la base de datos del National Health Service (NHS) Centre for Reviews and Dissemination, que incluye a su vez la base de datos HTA (Health Technology

Assessment) de informes de evaluación y la base DARE de revisiones de efectividad. También se utilizaron bases de datos generales como MEDLINE (Pubmed) y EMBASE (Elsevier)

Para la Búsqueda de ECA se utilizaron las siguientes bases de datos: Cochrane Library Plus, MEDLINE y EMBASE.

Para tener referencias sobre el alcance del tema a tratar se buscaron también ECA en curso no publicados en las bases de datos HSRProj (Health Services Research Projects in Progress) y en clinicaltrials.gov.

Todo este proceso se completó mediante una búsqueda general en Internet (organizaciones y sociedades científicas) con el fin de localizar otra información de interés.

Las estrategias de las búsquedas bibliográficas se recogen de forma detallada en el apartado 4 de este documento y disponible en la página Web del Portal GuiaSalud: http://www.guiasalud.es/egpc/index.html.

Evaluación de la calidad metodológica

Se procedió a evaluar la calidad metodológica de las GPC localizadas mediante el instrumento AGREE (AGREE Colaboration), y se seleccionó la guía con mayor puntuación, que se consideró de referencia.

En las preguntas que no eran contestadas por la guía seleccionada ni por las RS localizadas o que no alcanzaban el nivel de evidencia (NE) de 1+, se realizaba una nueva búsqueda de ensayos clínicos aleatorizados (ECA). Se utilizó el sistema propuesto por SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008) para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios.

Extracción de datos realizada por dos revisores independientes.

Elaboración de tablas de evidencia.

Las tablas de evidencia se recogen de forma detallada en el apartado 5 de este documento y disponible en la página Web del Portal GuiaSalud: http://www.guiasalud.es/egpc/index.html.

La descripción detallada de la metodología seguida está descrita en el Informe “La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática” (Macéiras MC, 2007).

Clasificación de la calidad de los estudios

Para la clasificación de los niveles de evidencia y graduación de recomendaciones se

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

ha utilizado la escala de SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008) para preguntas de efectividad y seguridad de las intervenciones o tratamientos y la de OXFORD (Oxford Centre for Evidence-based Medicine, 2001) para las preguntas de diagnóstico (ver Anexo escalas de niveles de evidencia y grados de recomendación).

Formulación de recomendaciones

La elaboración y formulación de las recomendaciones se realizó en sesiones de trabajo con la participación de los miembros del GEG de cada subgrupo de preguntas y los profesionales de perfil metodológico.

Partiendo de la evaluación de la calidad de la evidencia se trabajó en la redacción y graduación de las recomendaciones.

En las discusiones, cuando se analizó la evidencia se tuvo en cuenta la importancia de las variables de resultado desde el punto de vista de los pacientes y para graduar las recomendaciones se valoró si la recomendación conllevaba más beneficios que riesgos. Este proceso se realizó siguiendo el sistema "Evaluación formal" o "Juicio razonado" propuesto por SIGN que valora los siguientes aspectos clave:

• Cantidad, calidad y consistencia de la evidencia científica

• Generalización de los resultados

• Aplicabilidad

• Impacto clínico

Edición de la Guía

A lo largo de la esta GPC se encontrarán recomendaciones basadas en publicaciones de "opinión de expertos" calificadas con la letra «D».

También se utiliza el símbolo «√», definido como "consenso del grupo elaborador". Este último grado de recomendación se utiliza en aquellos casos donde no hay publicaciones o cuando aún habiendo estudios, la evidencia debe ser adaptada debido al contexto de aplicación.

A lo largo del texto, en el margen derecho se indica el tipo de estudio y el nivel de evidencia que refleja la posibilidad de sesgos de la bibliografía revisada.

El texto ha sido sometido a revisión externa por un grupo multidisciplinar de profesionales (Ver sección "Autoría y colaboraciones" de la GPC). Los comentarios de cada uno de los revisores externos fueron considerados y valorados por el GEG. La versión final del texto de la guía ha sido revisada y aprobada por el grupo elaborador.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Se ha contactado con las distintas Sociedades Científicas implicadas (Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Sección de la SEGO de Medicina Perinatal (SEMPE), Asociación Española de Pediatría (AEP), Sociedad Española de Neonatología (SEN), Asociación El Parto es Nuestro y Asociación Haurdun que además están representadas a través del grupo elaborador y la revisión externa.

En http://www.guiasalud.es/egpc/index.html está disponible las diferentes versiones de la GPC: versión completa, versión resumida, herramienta rápida e información para las mujeres. Esta guía está también disponible en: http://www.guiasalud.es/newCatalogo.asp.

La actualización está prevista cada cinco años sin que se descarte, en caso de ser necesario, una actualización más frecuente de su versión electrónica. Para ello se utilizará el Manual Metodológico "Actualización de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud", disponible en la página Web del portal GuiaSalud: http://portal.guiasalud.es/emanuales/actualizacion/index.html.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización

3.- PREGUNTAS CLÍNICAS

I. Cuidados durante el parto

Cuidados de profesionales y acompañantes.

1. ¿Cómo influye la relación entre la mujer y los profesionales que la atienden en la evolución del parto y en su satisfacción con la experiencia del parto?

2. ¿Cómo influye el perfil del profesional en los resultados del parto?

3. ¿Cuál es la efectividad de acompañar a la mujer durante el parto?

Ingesta de líquidos y sólidos.

4. ¿Cuál es la efectividad de la restricción de líquidos y sólidos durante el parto?

5. ¿Qué es aconsejable para prevenir la cetosis durante el parto?

II. Dilatación: primera etapa del parto.

Definición de la primera etapa del parto.

6. ¿Cuál es la definición de fase latente de la primera etapa del parto?

7. ¿Cuál es la definición de fase activa de la primera etapa del parto?

Duración y progreso de la primera etapa del parto

8. ¿Cuál es la duración de la fase latente y fase activa de la primera etapa del parto?

9. ¿Influyen la duración y el progreso de la primera etapa del parto en los resultados?

Admisión en maternidad.

10. ¿Cuál es el momento idóneo para admitir en la maternidad a una mujer en trabajo de parto?

Cuidados durante la admisión

11. ¿Cuál es el beneficio de realizar amnioscopia a todas las mujeres que llegan a admisión por sospecha de trabajo de parto?

12. ¿Cuál es el beneficio de realizar CTG a todas las mujeres que llegan a admisión por sospecha de trabajo de parto?

Intervenciones rutinarias posibles durante la dilatación

13. ¿Cuál es la efectividad del enema rutinario durante el parto?

14. ¿Cuál es la efectividad del rasurado perineal rutinario durante el parto?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

15. ¿Cuál es la efectividad de la atención una a una durante el parto?

16. ¿Qué efecto tiene la movilización y la adopción de diferentes posiciones sobre el parto y sus resultados?

17. ¿Cuál es la efectividad de la amniorrexis artificial rutinaria y de la perfusión rutinaria de oxitocina?

18. ¿Es necesario el empleo de antisépticos en el lavado vulvovaginal previo al tacto vaginal?

19. ¿La utilización del partograma mejora los resultados?

20. ¿Cuál es la frecuencia óptima de exploraciones vaginales durante el periodo de dilatación?

21. ¿Qué métodos son eficaces para tratar el retardo de la primera fase del parto?

III. Segunda etapa del parto.

Definición

22. ¿Cuál es la definición de fase latente de la segunda etapa del parto?

23. ¿Cuál es la definición de fase activa de la segunda etapa del parto?

Duración y progreso

24. ¿Influyen la duración y el progreso de la segunda etapa del parto en los resultados?

Medidas de asepsia

25. ¿Las medidas de asepsia durante la asistencia al parto influyen en los resultados?

Posición durante el periodo expulsivo

26. ¿Cuál es la posición más adecuada durante el periodo expulsivo?

Pujos maternos y pujos dirigidos

27. ¿Cuál es la efectividad de las diferentes técnicas de pujo durante la segunda etapa del parto sobre los resultados maternos y neonatales?

28. ¿Cuál es el momento óptimo de recomendar los pujos dirigidos?

Prevención del trauma perineal

29. ¿Cuál es la efectividad de las siguientes intervenciones en la prevención del trauma genital? (masaje del periné, aplicación de calor perineal, uso de anestésicos

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización

locales en periné, aplicación de frío perineal, protección del periné, deflexión activa de la cabeza y extracción activa de los hombros versus no hacer nada)

Episiotomía

30. ¿Cuál es la efectividad de la episiotomía?

Método y material de sutura en la reparación perineal

31. ¿Cuál es la efectividad de la sutura de desgarros perineales de I y II grado?

32. ¿Cuál es la técnica de sutura más efectiva para la episiotomía y/o los desgarros perineales de I y II grado?

33. ¿Cuál es el material más adecuado para la reparación del periné?

Maniobra de Kristeller

34. ¿Cuál es la efectividad de la maniobra de Kristeller?

IV. Alumbramiento

Duración del periodo de alumbramiento

35. ¿Cuál es la duración del periodo del alumbramiento?

Manejo del alumbramiento

36. ¿El método de manejo del alumbramiento influye sobre los resultados?

Utilización de uterotónicos.

37. ¿Qué uterotónico es el más adecuado para el alumbramiento dirigido? (oxitocina, ergotínicos, prostaglandinas y carbetocina)

Dosis de oxitocina (I.V.) para el alumbramiento dirigido.

38. ¿Cuál sería la dosis de oxitocina intravenosa (IV) más adecuada para el alumbramiento dirigido?

V. Cuidados del recién nacido

Pinzamiento del cordón umbilical

39. ¿Cuál es el momento más adecuado para pinzar el cordón umbilical?

Contacto piel con piel

40. ¿Cuál es el beneficio del contacto piel con piel?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Lactancia materna

41. ¿Es recomendable favorecer que el RN coja el pecho espontáneamente?

Baño del RN

42. ¿Cuál es el efecto del baño en el RN?

Aspiración nasofaríngea y sondaje gástrico-rectal en el período neonatal.

43. El paso de sondas gástrica-rectal y/o la aspiración naso-orofaríngea sistemática en el período neonatal inmediato ¿mejoran o no el pronóstico neonatal?

Profilaxis oftálmica

44. ¿Cuál es la efectividad de la profilaxis oftálmica sistemática en el RN?

45. ¿Cuál es el momento idóneo para realizar la profilaxis oftálmica en el RN?

46. ¿Cuál es el producto más eficaz para la profilaxis oftálmica del RN?

Profilaxis de la enfermedad hemorrágica con vitamina K.

47. ¿Cuál es la relación riesgo/beneficio de realizar la profilaxis neonatal con vitamina K?

48. ¿Cuál es la vía más recomendable en la profilaxis con vitamina K?

VI. Alivio del dolor durante el parto.

Dolor, analgesia y satisfacción materna.

49. ¿Cómo influyen el dolor durante el parto y su alivio en la satisfacción de la mujer?

Métodos no farmacológicos de alivio del dolor.

50. ¿Cuál es la efectividad de la inmersión en el agua durante el período de dilatación en el alivio del dolor?

51. ¿Cuál es la efectividad del masaje para el alivio del dolor durante el parto?

52. ¿Cuál es la efectividad del uso de pelotas de parto para el alivio del dolor durante el parto?

53. ¿Cuál es la efectividad de las técnicas de relajación para el alivio del dolor durante el parto?

54. ¿Cuál es la efectividad de la inyección de agua estéril para el alivio del dolor durante el parto?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

55. ¿Cuál es la efectividad de la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS) para el alivio del dolor durante el parto?

Métodos farmacológicos de alivio del dolor.

56. ¿Cuál es la efectividad del óxido nitroso para el alivio del dolor durante el parto?

57. ¿Cuál es la efectividad del petidina para el alivio del dolor durante el parto?

58. ¿Cuál es la efectividad del pentazocina para el alivio del dolor durante el parto?

59. ¿Cuál es la efectividad del remifentanilo para el alivio del dolor durante el parto?

Analgesia Neuroaxial.

60. ¿Cuál es la efectividad de la analgesia neuroaxial?

61. ¿Cuál es la efectividad de las siguientes técnicas de analgesia neuroaxial obstétrica: Epidural tradicional vs Epidural a bajas dosis vs Combinada (intradural-epidural)?

62. ¿Es útil realizar un estudio de coagulación de forma sistemática previo a la administración de una analgesia neuroaxial?

63. ¿Cuál es la efectividad de la perfusión de soluciones intravenosas (cristaloides, coloides) previa a la realización de una técnica de analgesia neuroaxial obstétrica?

64. ¿Se debe posponer la instauración de una analgesia obstétrica neuroaxial hasta una fase avanzada del parto?

65. ¿Cómo influye el modo de administración de la analgesia sobre el parto y sus resultados?

66. ¿Cuál es la efectividad de la vigilancia materna durante el establecimiento y mantenimiento de la analgesia neuroaxial?

67. ¿Cómo influye el anestésico local empleado en la analgesia neuroaxial obstétrica?

68. ¿Cómo influye el uso de opioides y coadyuvantes neuroaxiales sobre el parto y sus resultados?

69. ¿Se debe mantener la analgesia epidural durante la 2ª etapa del parto?

VII. Monitorización fetal.

70. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: monitorización electrónica fetal continua (MEFC) frente a auscultación fetal intermitente (Estetoscopio de Pinard o Doppler)?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

71. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC vs monitorización electrónica intermitente (MEFI)?

72. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC con o sin pulsioximetría fetal cuando se presentan alteraciones de la FCF?

73. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC con o sin análisis del segmento ST (STAN) del ECG fetal en presencia de un registro cardiotocográfico (RCTG) patológico?

74. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC con o sin microtoma de sangre de la calota fetal (MSF)?

75. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC con o sin estimulación de la calota fetal cuando se presentan alteraciones de la FCF?

76. ¿Cómo influye la aplicación de un sistema de categorización de la MEFC en el resultado neonatal?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

4.- ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

4.1.- BÚSQUEDA DE GPC

En enero de 2008 se llevó acabo una búsqueda bibliográfica de la literatura científica en bases de datos específicas de GPCs, buscadores especializados en este tipo de documentos, organizaciones que recopilan y desarrollan guías de practica clínica y bases de datos generales. No se aplicó ninguna limitación temporal a la búsqueda.

Estrategia de búsqueda de GPC

En enero de 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

1. BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE GPC:

Tripdatabase: En ellas se recogen guías de medicina basada en la evidencia. Organizadas en tres áreas geográficas: Norte americanas, europeas y otras.

#1 labour
#2 birth
#3 delivery
#4 intrapartum
#5 #1 OR #2 OR #3 OR #4

Limits: Title y Guidelines

PUBGLE:

#1 "parturition"[TITL] OR "delivery, obstetric"[TITL] OR "labor, obstetric"[TITL]
#2 "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Parturition"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR intrapartum[TITL]

No ofrece resultados.

GUIASALUD:

#1 parto
#2 parto obstétrico
#3 trabajo de parto

No arrojan ningún resultado.

FISTERRA

No contiene ninguna guía al respecto.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

2. BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed)

#1 "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Parturition"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR intrapartum[TITL]
#2 intrapartum[TITL]
#3 #1 OR #2
#4 "Labor Stage, First"[TITL] OR "Labor Stage, Second"[TITL] OR "Labor Stage, Third"[TITL]
#5 "Labor, Obstetric"[TITL] OR "Parturition"[TITL] OR "Delivery, Obstetric"[TITL]

Limits: Practice guidelines, guideline

EMBASE (Elsevier)

#1 'labor':ti AND [2004-2008]/py
#2 'labor stage 1':ti AND [2004-2008]/py
#3 'labor stage 2':ti AND [2004-2008]/py
#4 'labor stage 3':ti AND [2004-2008]/py
#5 #1 OR #2 OR #3 # OR #4
#6 'practice guideline'/exp
#7 #5 AND #6

Limits: Title

Selección y Evaluación de GPC

De la búsqueda realizada se obtuvieron 162 referencias, entre guías y otros documentos. Las guías que cumplían los criterios de inclusión (Ver tabla I) eran solamente dos:

- ✓ National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG; 2007 (7).
- ✓ Jefferies J. Work group leader. Health care guideline: Management of labor. Second edition. [Minnesota]: Institute for Clinical Systems Improve; 2007.

Criterios de inclusión/exclusión

La selección de las GPC se realizó de acuerdo con unos criterios de selección previamente establecidos que a continuación se detallan en la tabla I.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Tabla I. Criterios de inclusión/exclusión de GPC

Variable	Se incluyó	Se excluyó
Tipo de publicación	Guías de práctica clínica	Revisiones sistemáticas, meta-análisis, estudios experimentales, estudios de cohortes, estudios de casos y controles, informes de evaluación, revisiones narrativas, series de casos, cartas al director, editoriales, comunicaciones a congresos y comentarios.
Variables de resultado	Guías que aborden el manejo y los cuidados del parto normal.	Guías que abordasen partos con complicaciones o únicamente algún procedimiento o etapa específicos.
Según el idioma	GPCs en castellano, inglés, italiano y portugués	GPCs en cualquier otro idioma distinto de los anteriormente citados

Fuente: Elaboración propia

Metodología de revisión

Las guías de práctica clínica recuperadas fueron evaluadas de forma independiente por cuatro técnicos de avalia-t, utilizando como herramienta el instrumento AGREE.

Los resultados de las evaluaciones de cada técnico fueron volcados en una tabla Excel con el objeto de obtener las puntuaciones finales, conforme a lo establecido en el apartado de puntuación de las áreas del Instrumento AGREE.

La evaluación global de las guías se estableció por consenso entre los evaluadores, según las recomendaciones del instrumento AGREE.

Como se puede observar en la tabla II de resultados, la guía de práctica clínica que mayor puntuación ha obtenido en todas las áreas evaluadas, fue la “Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth” realizada por el National Institute for Clinical Excellence (NICE) en septiembre del 2007. Según los criterios del instrumento AGREE para la valoración de la guía presenta una valoración global de muy recomendada ya que puntúa alto (3 ó 4) en la mayoría de los ítems y la mayor parte de las puntuaciones de las áreas son superiores al 60%.

Tabla II. Resultados de las valoraciones con el instrumento AGREE por áreas

	NICE	ISCI
Área 1: alcance y objetivo	0.83	0,64
Área 2: participación de los implicados	0,71	0,19

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Área 3: rigor en la elaboración	0,93	0,58
Área 4: claridad y presentación	1,00	0,77
Área 5: aplicabilidad	0,87	0,41
Área 6: independencia editorial	0,58	0,37
RECOMENDACIÓN	**Muy recomendada**	**Recomendada**

Debido a la calidad en la realización de la guía NICE y a que las preguntas clínicas planteadas por ella sobre el parto normal se ajustan a las planteadas para la revisión sistemática de la asistencia al parto de las mujeres sanas, se procederá a realizar una actualización de esta guía.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

4.2.- ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA DE RS, ECAs y OTROS ESTUDIOS, POR PREGUNTAS

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

I. Cuidados durante el parto

Cuidados de profesionales y acompañantes.

1. ¿Cómo influye la relación entre la mujer y los profesionales que la atienden en la evolución del parto y en su satisfacción con la experiencia del parto?

Estrategia de búsqueda RS

En abril 2008 se ha llevado a cabo una Estrategia de búsqueda RS específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane library plus: (2 resultados)
#1. (professional-patient and relations) and (delivery or labor)
#2. (professional-patient and communication) and (delivery or labor))

Límites: Revisiones sistemáticas. 2006-

DARE: (2 resultados)
#1. communication AND professional* AND (woman OR women OR female)
#2. attitud* AND nurs* AND (woman OR women OR female)
#3. communication AND nurs* AND (woman OR women OR female)

Límites: 2006-

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (3 resultados)
#1. Profession* OR Nurs* OR staff OR caregiver*
#2. relation OR communication OR perception OR attitud*
#3. #1 AND #2
#4. labor OR labour OR intrapartum OR parturition OR birth OR delivery
#5. #4 AND #5 AND Cochrane Database Syst Rev[ta]

Límites: 2006-

2. ¿Cómo influye el perfil del profesional en los resultados del parto?

Estrategia de búsqueda RS y ECAs

En Febrero del 2009 se ha llevado a cabo una Estrategia de búsqueda RS específica, en las siguientes bases de datos:

LíMITES: -2009

COCHRANE LIBRARY PLUS y Other published reviews (4 resultados):

(DELIVERY) OR (LABOR) OR (LABOUR) OR (CHILDBIRTH) OR (PARTURITION)
OBSTETRICS
(MIDWIFERY) OR (MIDWIFERY CARE) OR (MIDWIFERY PRACTICE) OR (MIDWIFE) OR (MIDWIFE CARE) OR (MIDWIFE SUPPORT)
#2 OR #3
#1 AND #4

CRD DATABASES (3 RESULTADOS DARE):

#1. delivery OR labor OR parturition OR childbirth
#2. MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1

#3. MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1
#4. MeSH Parturition EXPLODE 1
#5. MeSH Obstetrics EXPLODE 1
#6. MeSH Midwifery EXPLODE 1
#7. midwifery OR midwifery AND care OR midwifery AND practice
#8. midwife OR midwife AND care OR midwife AND support
#9. #1 OR #2 OR #3 OR #4
#10. #5 OR #6 OR #7 OR #8
#11. #9 AND #10

BASES DE DATOS GENERALES:

PUBMED (28 RESULTADOS):

((("Delivery, Obstetric"[Mesh] OR "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Parturition"[Mesh]) OR (("labour"[All Fields] OR "work"[MeSH Terms] OR "work"[All Fields] OR "labor"[All Fields] OR "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields]) OR ("labour"[All Fields] OR "work"[MeSH Terms] OR "work"[All Fields] OR "labor"[All Fields] OR "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields]) OR ("parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[All Fields]) OR ("parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[All Fields] OR "birth"[All Fields]) OR ("parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[All Fields] OR "childbirth"[All Fields]) OR ("delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric delivery"[All Fields] OR "delivery"[All Fields]))) AND (("Midwifery"[Mesh] OR "Obstetrics"[Mesh]) OR (("midwifery"[MeSH Terms] OR "midwifery"[All Fields]) OR ("midwifery"[MeSH Terms] OR "midwifery"[All Fields] OR "midwife"[All Fields]) OR ("obstetrics"[MeSH Terms] OR "obstetrics"[All Fields])))

3. ¿Cuál es la efectividad de acompañar a la mujer durante el parto?

Ingesta de líquidos y sólidos.

Estrategia de búsqueda RS

En febrero de 2009 se ha llevado a cabo una Estrategia de búsqueda RS específica, en las siguientes bases de datos:

Límites: 2006-

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane Library Plus y other published reviews: (4 resultados)
#1. support*:ti OR accompaniment*:ti OR PRESENC*:ti support*:TI OR ACOMPAÑA*:TI OR COMPAÑIA*:TI
#2. Labor*:ti OR Labour*:ti OR Dilat*:ti OR parturit*:ti OR Parto*:ti
#3. LABOR OBSTETRIC término simple (MeSH)
#4. LABOR ONSET término simple (MeSH)
#5. DELIVERY OBSTETRIC término simple (MeSH)
#6. PARTURITION término simple (MeSH)
#7. (1 or #3 or #4 or #5 or #6)
#8. (2 and #7)

CRD DATABASES: (3 resultados dare)
#1. MeSH Parturition EXPLODE 1
#2. MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1
#3. MeSH Labor Onset EXPLODE 1
#4. MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1
#5. Labor*:ti OR Labour*:ti OR Dilat*:ti OR parturit*:ti
#6. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5
#7. support*:TI OR accompaniment*:TI OR PRESENC*:TI
#8. #6 AND #7

Han transcurrido más de 3 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

BASES DE DATOS GENERALES:

PUBMED: (28 resultados)
#1. support*[TI] OR accompaniment*[TI] OR PRESENC*[TI]
#2. Labor*[Ti] OR Labour*[Ti] OR Dilat*[Ti] OR parturit*[Ti] OR Parto*[Ti]
#3. "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Onset"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR "Parturition"[Mesh]
#4. Search #114 Limits: Systematic Reviews
#5. Search #114 AND "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]
#6. Search #4 OR #5 Limits: Humans

4. ¿Cuál es la efectividad de la restricción de líquidos y sólidos durante el parto?

Estrategia de búsqueda RS

En marzo 2008 se ha llevado a cabo una Estrategia de búsqueda RS específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane library plus: (0 resultados)
#1. ((restrict* or fast*) and labor and food)
#2. ((restrict* or fast*) and labor and drink)
#3. ((restrict* or fast*) and labor and intake)
#4. ((restrict* or fast*) and labor and eating)
#5. ((restrict* or fast*) and labor and (oral next fluid))
#6. ((restrict* or fast*) and labor and (oral next feed))
#7. ((restrict* or fast*) and labor and (oral next hydrat*))

Límites: Revisiones sistemáticas. 2006-2008

DARE: (0 resultados)
#1. fasting AND food AND labor
#2. fasting AND drink AND labor
#3. fasting AND eating AND labor
#4. restriction AND eating AND labor
#5. restriction AND intake AND labor
#6. restriction AND drink AND labor
#7. restriction AND food AND labor

Límites: 2006-2008

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (4 resultados)
#1. labor OR labour OR intrapartum OR parturition OR birth OR delivery
#2. "Eating"[Mesh] OR "Drinking"[Mesh] OR drink* or beverage* or liquid* or food* OR (oral AND (feed* or fluid* or hydrat* or intake))
#3. restrict* or fast*
#4. #1 AND #2 AND #3
#5. Cochrane Database Syst Rev[ta] AND systematic [sb]
#6. #4 AND #5

Límites: 2006-2008

5. ¿Qué es aconsejable para prevenir la cetosis durante el parto?

Estrategia de búsqueda RS

En junio 2008 se ha llevado a cabo una Estrategia de búsqueda RS específica, en las siguientes bases de datos:

Han transcurrido más de 4 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane library plus: (3 resultados)
#1. ketosis and (delivery or labor or labour or birth or intrapartum or parturition)
#2. ketosis and prevention

Límites: Revisiones sistemáticas. 2006-2008

DARE: (0 resultados)
#1. ketosis

Límites: 2006-2008

No arrojan resultados

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (0 resultados)
#1. Ketosis AND Cochrane Database Syst Rev[ta] OR systematic [sb]

Límites: 2006-2008

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

II. Dilatación: primera etapa del parto.

Definición de la primera etapa del parto.

6. ¿Cuál es la definición de fase latente de la primera etapa del parto?

7. ¿Cuál es la definición de fase activa de la primera etapa del parto? *Duración y progreso de la primera etapa del parto*

8. ¿Cuál es la duración de la fase latente y fase activa de la primera etapa del parto?

9. ¿Influyen la duración y el progreso de la primera etapa del parto en los resultados?

Estrategia de búsqueda RS

En julio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

Límites: 2006-

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

COCHRANE LIBRARY PLUS (3 resultados):

#1. TIME FACTORS término simple (MeSH) OR ((duration*:ti OR length*:ti OR long*:ti OR progres*:ti OR prolong*:ti OR development*:ti OR time*:ti OR evolut*:ti OR evoluc*:ti OR desarroll*:ti OR duracion*:ti) OR (duration*:ab OR length*:ab OR long*:ab OR progres*:ab OR prolong*:ab OR development*:ab OR time*:ab OR evolut*:ab OR evoluc*:ab OR desarroll*:ab OR duracion*:ab))
#2. LABOR STAGE FIRST término simple (MeSH) OR (first NEXT labOR* NEXT stage*) OR (dilata*:TI AND (LABOR*:TI OR LABOUR*:TI OR PARTUR*:TI OR OBSTETRIC*:TI OR CERVIC*:TI)) OR (dilata*:AB AND (LABOR*:AB OR LABOUR*:AB OR PARTUR*:AB OR OBSTETRIC*:AB OR CERVIC*:AB))
#3. PREGNANCY OUTCOME término simple (MeSH) OR (outcome*:ti OR wellbeing*:ti OR result*:ti OR effect*:ti OR impact*:ti OR welfare:ti OR outcome*:ab OR wellbeing*:ab OR result*:ab OR effect*:ab OR impact*:ab OR welfare*:ab)
#4. (2 AND #2 AND #3) (2006 hasta la fecha actual)

CRD DATABASES (3 resultados DARE):

#1. MeSH Time FactORs EXPLODE 1 OR duration* OR length* OR long* OR progres* OR prolong* OR development* OR time* OR evolut*
#2. MeSH LabOR Stage, FIRST EXPLODE 1 OR "first labOR stage" OR DILATA*

#3. MeSH Pregnancy Outcome EXPLODE 1 2 OR outcome* OR wellbeing* OR result* OR effect* OR impact* OR welfare*
#4. #1 AND #2 AND #3 RESTRICT YR 2006

BASES DE DATOS GENERALES:

PUBMED (8 resultados):

#1. "Pregnancy Outcome"[Mesh] OR outcome* OR wellbeing* OR result* OR effect* OR impact*
#2. "LabOR Stage, FIRST"[Mesh] OR "FIRST LabOR Stage" OR (dilata* AND (LABOR* OR LABOUR* OR PARTUR* OR OBSTETRIC* OR CERVIC*))
#3. "Time Factors"[Mesh] OR duration* OR length* OR long* OR progres* OR prolong* OR development* OR time* OR evolut*
#4. Search #1 AND #2 AND #3 Limits: Publication Date from 2006, Systematic Reviews OR "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]

Estrategia de búsqueda ECAs

En agosto 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

Límites: 2006-

ECAS publicados:

COCHRANE LIBRARY PLUS: (30 resultados)

#1. TIME FACTORS término simple (MeSH) OR (duration*:ti OR length*:ti OR long*:ti OR progres*:ti OR prolong*:ti OR development*:ti OR time*:ti OR evolut*:ti OR evoluc*:ti OR desarroll*:ti OR duracion*:ti) OR (duration*:ab OR length*:ab OR long*:ab OR progres*:ab OR prolong*:ab OR development*:ab OR time*:ab OR evolut*:ab OR evoluc*:ab OR desarroll*:ab OR duracion*:ab))
#2. LABOR STAGE FIRST término simple (MeSH) OR (first next labor* next stage*) OR (dilata*:ti AND (labor*:ti OR labour*:ti OR partur*:ti OR obstetric*:ti OR cervic*:ti)) OR (dilata*:ab AND (labor*:ab OR labour*:ab OR partur*:ab OR obstetric*:ab OR cervic*:ab))
#3. PREGNANCY OUTCOME término simple (MeSH) OR (outcome*:ti OR wellbeing*:ti OR result*:ti OR effect*:ti OR impact*:ti OR welfare:ti OR outcome*:ab OR wellbeing*:ab OR result*:ab OR effect*:ab OR impact*:ab OR welfare*:ab)
#4. (2 AND #2 AND #3) (2006 hasta la fecha actual)

EMBASE: (6 resultados)

#1. LabOR Stage, FIRST.mp. OR exp Labor Stage 1/ OR "FIRST Labor Stage" OR (dilata* AND (labor* or labour* or partur* or obstetric* or cervic*))
#2. Time Factors.mp. OR exp Time/ OR duration* OR length* OR long* OR progres* OR prolong* OR development* OR time* OR evolut*
#3. exp clinical study/ OR Clinical Trial/ OR ("Clinical Trial" OR "Clinical TrialS").ti.
#4. 1 and 2 and 3

PUBMED: (54 resultados)

#1. "Pregnancy Outcome"[Mesh] OR outcome* OR wellbeing* OR result* OR effect* OR impact*
#2. "LabOR Stage, FIRST"[Mesh] OR "FIRST LabOR Stage" OR (dilata* AND (LABOR* OR LABOUR* OR PARTUR* OR OBSTETRIC* OR CERVIC*))
#3. "Time Factors"[Mesh] OR duration* OR length* OR long* OR progres* OR prolong* OR development* OR time* OR evolut*
#4. #1 AND #2 AND #3 Limits: Publication Date from 2006, Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, Controlled Clinical Trial

Admisión en maternidad.

10. ¿Cuál es el momento idóneo para admitir en la maternidad a una mujer en trabajo de parto?

Estrategia de búsqueda RS

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en las citadas bases de datos en mayo de 2008:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

BIBLIOTECA COCHRANE PLUS (1 ref):

#1. HOSPITALIZATION término simple (MeSH)
#2. INGRES*:TI OR INCOMING:TI OR ARRIV*:TI OR ENTERING:TI OR ENTRANCE:TI OR ADMISS*
#3. (2 OR #2)
#4. LABOR, OBSTETRIC término simple (MeSH)
#5. LABOR PAIN término simple (MeSH)
#6. TRIAL OF LABOR término simple (MeSH)
#7. UTERINE CONTRACTION término simple (MeSH)
#8. DELIVERY OBSTETRIC término simple (MeSH)
#9. LABOR ONSET término simple (MeSH)
#10. Contract*:TI OR LABOR*:TI OR LABOUR*:TI OR PARTUR*:TI OR TRAVAIL:TI OR BIRTH*:TI OR Dilat*:TI OR PREGN*:TI
#11. (3 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR#15)
#12. (6 AND #11)

DARE

#1. MeSH Hospitalization EXPLODE 1 2
#2. INGRES*:TI OR INCOMING:TI OR ARRIV*:TI OR ENTERING:TI OR ENTRANCE:TI OR ADMISS*
#3. #1 OR #2
#4. MeSH Trial of Labor EXPLODE 1
#5. MeSH Uterine Contraction EXPLODE 1 2
#6. MeSH Labor Pain EXPLODE 1 2 3
#7. MeSH Labor Onset EXPLODE 1
#8. MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1
#9. CONTRACT*:TI OR LABOR*:TI OR LABOUR*:TI OR PARTUR*:TI OR TRAVAIL:TI OR BIRTH*:TI OR DILAT*:TI OR PREGN*:TI
#10. #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9
#11. #3 AND #11

BASES DE DATOS GENERALES:

PUBMED (1 ref.):

#1. "Hospitalization"[Mesh]
#2. INGRES*[TI] OR INCOM*[TI] OR ARRIV*[TI] OR ENTER*[TI] OR ENTRAN*[TI] OR ADMISS*[TI]
#3. (2 OR #2)
#4. "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Onset"[Mesh] OR "Trial of Labor"[Mesh] OR "Labor Pain"[Mesh])) OR "Uterine Contraction"[Mesh]) OR "Delivery, Obstetric"[Mesh]
#5. CONTRACT*[TI] OR LABOR*[TI] OR LABOUR*[TI] OR PARTUR*[TI] OR TRAVAIL*[TI] OR BIRTH*[TI] OR DILAT*[TI] OR PREGN*[TI]
#6. (5 OR #5)
#7. #3 AND #6 AND "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]

Cuidados durante la admisión

11. ¿Cuáles el beneficio de realizar amnioscopia a todas las mujeres que llegan a admisión por sospecha de trabajo de parto?

Estrategia de búsqueda RS

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en las bases de datos en mayo de 2008:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Cochrane: (4 referencias)
#1. fetoscopy [MeSH] OR fetoscop* OR Amnioscop*
#2. "Labor, Obstetric"[Mesh]
#3. part*
#4. #1 AND (1 OR #3)

DARE y HTA: (0 referencias)
#1. fetoscopy [MeSH]
#2. fetoscop* OR Amnioscop*
#3. "Labor, Obstetric"[Mesh]
#4. LABOR* OR LABOUR* OR PARTUR* OR TRAVAIL*

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (2 referencias)
#1. fetoscopy [MeSH] OR fetoscop* OR Amnioscop*
#2. "Labor, Obstetric"[Mesh] OR LABOR* OR LABOUR* OR PARTUR* OR TRAVAIL*
#3. "Cochrane database of systematic reviews (Online)"[Jour] OR "Systematic review"
#4. (2 AND #2 AND #3)

Estrategia de búsqueda ECAs

En octubre de 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos, para la obtención de ECAs.

ECAs publicados

Cochrane Library Plus: (0 resultados)
#1. FETOSCOPY término simple (MeSH) OR (fetoscop* or amnioscop*)
#2. LABOR OBSTETRIC término simple (MeSH)
#3. part*
#4. (2 AND (#2 OR #3)

PUBMED: (4 resultados)
#1. fetoscopy [MeSH] OR fetoscop* OR Amnioscop*
#2. "Labor, Obstetric"[Mesh] OR LABOR* OR LABOUR* OR PARTUR* OR TRAVAIL*
#3. #1 AND #2 AND #3 Limits: Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, Controlled Clinical Trial

EMBASE: (48 resultados)
#1. FETOSCOPY.mp. or exp FETOSCOPY/ or exp Amnioscopy/ or Amnioscop*.mp.
#2. exp labor/ or (LABOR* or LABOUR* or PARTUR* or TRAVAIL*).mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer name]
#3. ("clinical trial" or "CLINICAL TRIALS" or "Controlled Study" or "Clinical Study").m_titl. or exp Clinical Study/ or exp controlled study/ or exp Randomized Controlled Trial/
#4. #1 and (1 or #3)

ECAS en curso, no publicados

HSRProj (Health Services Research Projects in Progress): (0 resultados)
#1. (fetoscop* OR AMNIOSCOP*) AND (LABOR* OR LABOUR* OR PART* OR TRAVAIL*)

CLINICALTRIALS.GOV: (2 resultados)
#1. (fetoscop* OR AMNIOSCOP*) AND (LABOR* OR LABOUR* OR PART* OR TRAVAIL*)

12. ¿Cuál es el beneficio de realizar CTG a todas las mujeres que llegan a admisión por sospecha de trabajo de parto?

Estrategia de búsqueda RS

En marzo 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane library plus: (3 referencias)

#1. cardiotocography
#2. (labor or delibery or parturition or intrapartum)
#3. (2 and #2)

Límites: Revisiones sistemáticas (2006 hasta la fecha actual)

DARE: (2 referencias)

#1. cardiotocograph*
#2. labor OR parturition OR delivery OR intrapartum
#3. #1 AND #2

Límites: 2006-08

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (PubMed): (11 referencias)

#1. ("Cardiotocography"[Mesh] AND ("Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh]) OR "Parturition"[Mesh] OR intrapartum) AND systematic[sb]

Limits: Publication Date from 2006 to 2008

Intervenciones rutinarias posibles durante la dilatación

13. ¿Cuál es la efectividad del enema rutinario durante el parto?

Estrategia de búsqueda RS

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en bases de datos específicas en mayo de 2008:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS

Cochrane: (2 referencias)

#1. enema [MeSH] OR enema*
#2. "Labor, Obstetric"[Mesh]
#3. parto* [TI]
#4. #1 AND (1 OR #3)

Limites: sin límite de tiempo

DARE y HTA: (0 referencias)

#1. enema [MeSH] OR enema*:TI
#2. "Labor, Obstetric"[Mesh]
#3. LABOR*:TI OR LABOUR*:TI OR PARTUR*:TI OR TRAVAIL*:TI
#4. #1 AND (1 OR #3)

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (5 referencias)

#1. enema [MeSH] OR enema*[Ti]
#2. "Labor, Obstetric"[Mesh] OR Labor* OR Labour* OR Partur* OR Travail*
#3. #1 AND #2
#4. "Cochrane database of systematic reviews (Online)"[Jour] OR systematic[sb]

14. ¿Cuál es la efectividad del rasurado perineal rutinario durante el parto?

Estrategia de búsqueda RS

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en bases de datos específicas en mayo de 2008:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Cochrane: (1 referencia)

#1. (Routin* perin* shav*) OR (Rasura* perin* afeita*)
#2. "Labor, Obstetric"[Mesh]
#3. parto*
#4. #1 AND (1 OR #3)

Limits: sin límite de tiempo

DARE y HTA: (0 referencia)

#1 Routin* perin* shav*
#2 "Labor, Obstetric"[Mesh]
#3 LABOR*:TI OR LABOUR*:TI OR PARTUR*:TI OR TRAVAIL*:TI
#4 #1 AND (1 OR #3)

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (1 referencias)

#1 Routin* perin* shav*
#2 "Labor, Obstetric"[Mesh] OR Labor* OR Labour* OR Partur* OR Travail*
#3 "Cochrane database of systematic reviews (Online)"[Jour] OR systematic[sb]
#4 (2 AND #2 AND #3)

15. ¿Cuál es la efectividad de la atención una a una durante el parto?

Estrategia de búsqueda RS

En mayo de 2008 se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

BIBLIOTECA COCHRANE PLUS: (5 referencias)

#1. LABOR STAGE FIRST término simple (MeSH)
#2. LABOR STAGE SECOND término simple (MeSH)
#3. (dilatat* OR contraction* OR expulsi*)
#4. (#1 OR #2 OR #3)
#5. one-to-one
#6. (continu* near care*)
#7. (personal* near care*)
#8. (continu* near suppORt*)
#9. (personal* near suppORt*)
#10. (#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9)
#11. HEALTH PERSONNEL término simple (MeSH)
#12. (nurs* OR midwi* OR caregiver* OR care-provider*)
#13. (#11 OR #12)
#14. (#4 and #10 and #13)
#15. #14 (2006 hasta la fecha actual)

BASES DE DATOS DEL CRD (DARE y HTA): (0 referencia)

#1. MeSH LabOR Stage, First EXPLODE 1
#2. MeSH LabOR Stage, Second EXPLODE 1
#3. LABOR AND STAGE OR DILATAT* OR CONTRACTION* OR EXPULSI*
#4. #1 OR #2 OR #3
#5. ONE-TO-ONE
#6. (CONTINU* NEAR CARE*) OR (personal* NEAR care*) OR (CONTINU* NEAR SUPPORT*) OR (personal* NEAR suppORt*)
#7. SUPPORT*:TI OR CARE*:TI
#8. #5 OR #6 OR #7
#9. MeSH Health Personnel EXPLODE 1 2
#10. NURS* OR MIDWI* OR CAREGIVER* OR CARE-PROVIDER* OR PHYSICIAN* OR health AND professional*
#11. #9 OR #10

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

#12.#4 AND #8 AND #11
#13.#4 AND #8 AND #11 RESTRICT YR 2006

BASES DE DATOS GENERALES:

PUBMED: (4 referencias)

Se realizó búsqueda de revisiones Cochrane (Cochrane Library) y revisiones sistemáticas (Limits: Reviews; Subsets: Systematic Reviews).

#1. Search "LabOR Stage, Second"[Mesh] OR "LabOR Stage, First"[Mesh]
#2. Search DILATAT* OR CONTRACTION* OR EXPULSI*
#3. Search #1 OR #2
#4. Search ONE-TO-ONE
#5. Search (CONTINU* OR INTRAPART* OR PERSONAL*) AND (CARE* OR SUPPORT*)
#6. Search #4 OR #5
#7. Search "Health Personnel"[Mesh]
#8. Search NURS* OR MIDWI* OR CAREGIVER* OR CARE-PROVIDER*
#9. Search #7 OR #8
#10. Search #3 AND #6 AND #9
#11. Search #10 Limits: Publication Date from 2006/01/01
#12. Search #12 AND "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]
#13. Search #21 Limits: Review
#14. Search #21 Limits: Systematic Reviews
#15. #12 OR #13 OR #14

16. ¿Qué efecto tiene la movilización y la adopción de diferentes posiciones sobre el parto y sus resultados?

Estrategia de búsqueda RS

En marzo 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane: (0 referencias)

#1. ((labor next stage next first) and posture)
#2. ((labor next stage next first) and position)
#3. ((labor next stage next first) and movilization)

Limits: Revisiones sistemáticas, 2006-2008

DARE: (1 referencia)

#1. "labor stage first"

Limits: 2006-2008

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (0 referencia)

#1. ("Labor Stage, First"[Mesh] OR "first Labor Stage"[TIAB] OR "Cervical Dilatation") AND (mobilization OR position OR posture*) AND systematic[sb]

Limits: Revisiones sistemáticas 2006-2008

17. ¿Cuál es la efectividad de la amniorrexis artificial rutinaria y de la perfusión rutinaria de oxitocina?

Estrategia de búsqueda RS amniorrexis artificial rutinaria

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

En marzo 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

COCHRANE: (3 referencia)

#1. AMNION
#2. LABOR INDUCED término simple (MeSH)
#3. #1 AND #2
#4. amniotomy labor OR amniotomy labour
#5. #3 OR #4

Límites: 2006-2008

DARE: (3 referencia)

#1. amniorrhexis OR amniotomy OR MeSH Amnion EXPLODE 1 2 OR amnion surgery

Límites: 2006-2008

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (8 referencia)

#1. "Amnion"[Mesh] OR amniotom* OR amniorrhex*
#2. deliver* OR birth* OR labor* OR labour* OR intrapartum* OR parturit*
#3. #1 AND #2
#4 #3 Cochrane Database Syst Rev[TA] And «systematic reviews»

Límites: 2006-2008

Estrategia de búsqueda RS *perfusión rutinaria de oxitocina*

En julio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

Límites: 2006-

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane Library Plus: (6 resultados)

#1. LABOR STAGE FIRST término simple (MeSH) OR LABOR INDUCED término simple (MeSH) OR DILAT* OR (FIRST STAGE LABOR*) OR ((FASE* OR ETAPA* OR STAGE*) AND (LABOR* OR LABOUR* OR PART*))
#2. OXYTOCICS término simple (MeSH) OR OXYTOCIN término simple (MeSH) OR OXYTOCI*:TI OR OXYTOCI*:AB OR OXITOCI*:TI OR OXITOCI*:AB OR OT:TI OR OT:AB
#3. (2 AND #2) (2006 hasta la fecha actual)

CRD DATABASES: (3 resultados DARE)

#1. MeSH Labor Stage, First EXPLODE 1 OR MeSH Labor, Induced EXPLODE 1 OR DILAT* OR LABOR* OR LABOUR*
#2. MeSH Oxytocics EXPLODE 1 2 OR MeSH Oxytocin EXPLODE 1 2 3 4 5 6 OR oxytoci*:TI OR OT:TI
#3. #1 AND #2 RESTRICT YR 2006

BASES DE DATOS GENERALES:

PUBMED: (16 resultados)

#1. LABOR STAGE FIRST término simple (MeSH) OR LABOR INDUCED término simple (MeSH) OR DILAT* OR (FIRST STAGE LABOR) OR ((STAGE* OR PHASE*) AND (LABOR* OR LABOUR* OR PART*))
#2. "Oxytocics "[Pharmacological Action] OR "Oxytocin"[Mesh] OR "Oxytocics"[Mesh] OR OXYTOCI* OR OT
#3. #1 AND #2 Limits: Publication Date from 2006 AND Systematic Reviews OR "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]

Han transcurrido más de tres años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

18. ¿Es necesario el empleo de antisépticos en el lavado vulvovaginal previo al tacto vaginal?

Estrategia de búsqueda RS

En abril 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane library plus: (0 resultados)
#1. vaginal and wash and labor
#2. vulva and wash and labor

Límites: Revisiones sistemáticas (2006 hasta la fecha actual)

DARE: (0 resultados)
#1. vagina* AND wash
#2. vulva AND wash

Límites: 2006-08

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (PubMed): (0 resultados)
#1. "Anti-Infective Agents, Local"[Mesh] OR antiseptics
#2. vagina* OR vulva
#3. #1 AND #2 AND Cochrane Database Syst Rev[ta]

Limits: Publication Date from 2006 to 2008

19. ¿La utilización del partograma mejora los resultados?

Estrategia de búsqueda RS

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en las citadas bases de datos en junio de 2008:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane Library Plus: (0 resultados)
#1.(partogram* OR parturograph*)
#2.((graphic* OR diagram*) and (analysis* OR monitOR* OR recORd* OR registrat* OR observat))
#3.(#1 OR #2)
#4.action line*
#5.LABOR STAGE FIRST término simple (MeSH)
#6.(DILATAT* OR labOR* OR labour*)
#7.(#6 OR #7)
#8.(#4 and #5 and #8)
#9.#9 (2006 hasta la fecha actual)

CRD DATABASES: (0 resultados)
#1.partogram* OR parturograph*
#2.(graphic* OR diagram*) AND (analysis* OR monitor* OR record* OR registrat* OR observat)
#3.#1 OR #2
#4."action line*"
#5.MeSH Labor Stage, First EXPLODE 1
#6.DILATAT* OR labOR* OR labour*
#7.#8 OR #9
#8.#5 AND #6 AND #10
#9.RESTRICT YR 2006

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

BASES DE DATOS GENERALES:

PUBMED (0 resultados):

#1. Search partogram* or parturograph*
#2. Search (graphic* or diagram*) and (analysis* or monitor* or record* or registrat* or observat)
#3. Search #1 OR #2
#4. Search action line*
#5. Search "Labor Stage, First"[Mesh]
#6. Search DILATAT* or labor* or labour*
#7. Search #5 OR #6
#8. Search #3 AND #4 AND #7
#9. #8 AND "cochrane database of systematic reviews online"[Journal] AND systematic [sb]

Limits: 2006-2008

20. ¿Cuál es la frecuencia óptima de exploraciones vaginales durante el periodo de dilatación?

Estrategia de búsqueda RS

En marzo 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane: (1 referencia)

#1. (vaginal next examination) AND labor

Límites: Revisiones sistemáticas. 2006-2008

DARE: (0 referencias)

#1. dilatation
#2. (vaginal OR vagina OR uterus) AND (exploration OR observation OR recon OR test OR examination OR examine

Límites: 2006-2008

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (2 referencias)

#1. (vagina OR vaginal) AND (examin* OR explor* OR recon OR test)
#2. frequen* OR timing OR time
#3. "Labor Stage, First"[Mesh] OR "Cervical Dilatation" OR dilat* OR "First Labor Stage"
#4. #1 AND #2 AND #3 AND systematic [sb] AND Cochrane Database Syst Rev[TA]

Límites: 2006-2008

Estrategia de búsqueda ECAs

En agosto 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos, para la obtención de ECAs, con las siguientes límites: ENSAYOS CLÍNICOS, entre el 2006-2008 y documentos que contengan abstract.

ECAs publicados

Cochrane Library Plus: (10 resultados)

#1. UTERUS término simple (MeSH) OR VAGINA término simple (MeSH) OR ((vagina* or uter*) AND (tact* OR explora* OR observa* OR recon* OR test* OR exam*))
#2. LABOR STAGE FIRST término simple (MeSH) OR (first NEXT labor NEXT stage) OR dilat*
#3. (2 AND #2) (2006 hasta la fecha actual)

MEDLINE: (8 resultados)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

#1. ("Uterus"[Mesh] OR "Vagina"[Mesh] AND Vagina* OR uter*) AND (explora* OR observa* OR recon* OR test* OR exam*)
#2. "Labor Stage, First"[Mesh] OR "First Labor Stage" OR "Cervical Dilatation" OR dilat*
#3. #1 AND #2 Limits: Publication Date from 2006, only items with abstracts, Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, Controlled Clinical Trial

EMBASE: (3 resultados)

#1.exp UTERUS/ OR exp Vagina/ OR Vagina* OR uter*
#2.(explor* or observa* or recon* or test* or exam*).mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer name]
#3.exp labor stage 1/ OR ("First Labor Stage" or dilat*).mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer name]
#4.#1 AND #2 AND #3
#5.exp Clinical Trial/ OR exp controlled clinical trial/ OR ("Clinical Trial" or "Clinical TrialS").ti.
#6.#7 AND #8 limit 10 to yr="2006"

ECAS en curso, no publicados

HSRProj (Health Services Research Projects in Progress): (6 resultados)

#1.(VAGINA OR VAGINAL OR UTERUS OR UTERINE OR UTERO) AND (EXPLORATION OR EXPLORATIONS OR EXPLORE OR OBSERVATION OR TEST OR TESTS OR EXAMINATION OR EXAMINATIONS) AND (DILATATION OR DILATACION OR LABOR OR LABOUR OR DELIVERY OR OBSTETRIC OR OBSTETRICS OR PARTURITION OR PARTO OR CHILDBIRTH OR BIRTH)

CLINICALTRIALS.GOV: (106 resultados)

21. ¿Qué métodos son eficaces para tratar el retardo de la primera fase del parto?

Estrategia de búsqueda RS

En marzo 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane: (1 referencia)

#1. LABOR STAGE FIRST término simple (MeSH) AND defin*
#2. delayed and labor and definition
#3. delayed next labor
#4. delayed next birth
#5. delayed next delivery
#6. delayed next parturition
#7. delayed next intrapartum
#5. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7

Límites: 2006-2008

DARE: (4 referencia)

#1. delayed AND labor
#2. delayed AND birth
#3. delayed AND delivery
#4. delayed AND parturition
#5. delayed AND intrapartum
#6. MeSH Labor Onset EXPLODE 1
#7. defin*
#8. #6 AND #7
#9. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #8

Límites: 2006-2008

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (11 referencias)

#1. delay* AND (labor OR labour OR birth OR parturition OR delivery OR intrapartum) AND (Cochrane Database Syst Rev[TA] AND systematic [sb])

Límites: 2006-2008

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

III. Segunda etapa del parto.

Definición

22. ¿Cuál es la definición de fase latente de la segunda etapa del parto?

23. ¿Cuál es la definición de fase activa de la segunda etapa del parto?

Duración y progreso

24. ¿Influyen la duración y el progreso de la segunda etapa del parto en los resultados?

Estrategia de búsqueda RS

En julio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

Límites: 2006-

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane Library Plus: (0 resultado)

#1. TIME FACTORS término simple (MeSH)
#2. ((duration*:ti OR length*:ti OR long*:ti OR progres*:ti OR prolong*:ti OR development*:ti OR time*:ti OR evolut*:ti OR evoluc*:ti OR desarroll*:ti OR duracion*:ti) OR (duration*:ab OR length*:ab OR long*:ab OR progres*:ab OR prolong*:ab OR development*:ab OR time*:ab OR evolut*:ab OR evoluc*:ab OR desarroll*:ab OR duracion*:ab))
#3. (2 OR #2)
#4. LABOR STAGE SECOND término simple (MeSH)
#5. (second NEXT labOR* NEXT stage*)
#6. ((phase*:AB OR stage*:AB OR fase*:AB OR etapa*:AB) AND (expulsiv*:AB OR dilatat*:AB OR dilatac*:AB))
#7. (5 OR #5 OR #6)
#8. PREGNANCY OUTCOME término simple (MeSH)
#9. (outcome*:ti OR wellbeing:ti OR result*:ti OR effect*:ti OR impact*:ti OR welfare:ti OR outcome*:ab OR wellbeing:ab OR result*:ab OR effect*:ab OR impact*:ab OR welfare*:ab)
#10. (#8 OR #9)
#11. (6 AND #7 AND #10) (2006 hasta la fecha actual)

CRD DATABASES: (1 resultado DARE)

#1. MeSH Time FactORs EXPLODE 1 OR duration*:ti OR length*:ti OR long*:ti OR progres*:ti OR prolong* OR development* OR time* OR evolut*
#2. MeSH LabOR Stage, Second EXPLODE 1 OR (phase* OR stage*) AND (expulsiv* OR dilatat) "second labOR stage"
#3. MeSH Pregnancy Outcome EXPLODE 1 2 OR outcome* OR wellbeing* OR result* OR effect* OR impact* OR welfare*
#4. #1 AND #2 AND #3 RESTRICT YR 2006

BASES DE DATOS GENERALES:

PUBMED: (9 resultados)

#1. Time FactORs"[Mesh] OR duration* OR length* OR long* OR progres* OR prolong* OR development* OR time* OR evolut*
#2. "LabOR Stage, Second"[Mesh] OR "Second LabOR Stage" OR ((phase* OR stage*) AND (expulsiv* OR dilatat*))
#3. "Pregnancy Outcome"[Mesh] OR outcome* OR wellbeing OR result* OR effect* OR impact*
#4. #1 AND #2 AND #3 Limits: Publication Date from 2006, Systematic Reviews OR COCHRANE

Estrategia de búsqueda ECAs

En julio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

bases de datos:

Límites: ENSAYOS CLÍNICOS, 2006-2008, y Contienen abstract

Cochrane Library Plus (The Cochrane Central Register of Controlled Trials - CENTRAL): (13 resultados)

#1. TIME FACTORS término simple (MeSH)
#2. ((duration*:ti OR length*:ti OR long*:ti OR progres*:ti OR prolong*:ti OR development*:ti OR time*:ti OR evolut*:ti OR evoluc*:ti OR desarroll*:ti OR duracion*:ti) OR (duration*:ab OR length*:ab OR long*:ab OR progres*:ab OR prolong*:ab OR development*:ab OR time*:ab OR evolut*:ab OR evoluc*:ab OR desarroll*:ab OR duracion*:ab))
#3. (2 OR #2)
#4. LABOR STAGE SECOND término simple (MeSH)
#5. (second NEXT labOR* NEXT stage*)
#6. ((phase*:AB OR stage*:AB OR fase*:AB OR etapa*:AB) AND (expulsiv*:AB OR dilatat*:AB OR dilatac*:AB))
#7. (5 OR #5 OR #6)
#8. PREGNANCY OUTCOME término simple (MeSH)
#9. (outcome*:ti OR wellbeing:ti OR result*:ti OR effect*:ti OR impact*:ti OR welfare:ti OR outcome*:ab OR wellbeing:ab OR result*:ab OR effect*:ab OR impact*:ab OR welfare*:ab)
#10. (#8 OR #9)
#11. (6 AND #7 AND #10) (2006 hasta la fecha actual)

PUBMED: (29 resultados)

#1. "Time FactORs"[Mesh] OR duration* OR length* OR long* OR progres* OR prolong* OR development* OR time* OR evolut*
#2. "LabOR Stage, Second"[Mesh] OR "Second LabOR Stage" OR ((phase* OR stage*) AND (expulsiv* OR dilatat*))
#3. "Pregnancy Outcome"[Mesh] OR outcome* OR wellbeing OR result* OR effect* OR impact*
#4. Limits: Publication Date from 2006, only items with abstracts, Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, Controlled Clinical Trial

Medidas de asepsia

25. ¿Las medidas de asepsia durante la asistencia al parto influyen en los resultados?

Estrategia de búsqueda RS

En abril 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECIFICAS REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane library plus: (3 resultados)

#1. asepsis [MeSH] OR aseps*
#2. labor* OR Labour* OR "Labor, Obstetric"[Mesh]
#3 (2 AND #2)

Límites: Revisiones sistemáticas (2006 hasta la fecha actual)

DARE: (0 resultado)

#1 asepsis [MeSH] OR aseps*
#2. labor* OR Labour* OR "Labor, Obstetric"[Mesh]
#3 (2 AND #2)

Límites: Revisiones sistemáticas (2006 hasta la fecha actual)

Límites: 2006-08

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (PubMed): (0 resultados)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

#1. asepsis [MeSH] OR aseps*
#2. labor* OR Labour* OR "Labor, Obstetric"[Mesh]
#3 (2 AND #2)
#4 (6 AND systematic[sb])

Limits: Publication Date from 2006 to 2008

Posición durante el periodo expulsivo

26. ¿Cuál es la posición más adecuada durante el periodo expulsivo?

Estrategia de búsqueda RS

En marzo 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane: (1 referencia)

#1. LABOR STAGE THIRD término simple (MeSH)
#2. DELIVERY OBSTETRIC expandir todos los árboles (MeSH)
#3. #1 OR #2
#4. POSTURE expandir todos los árboles (MeSH)
#5. #3 AND #4

Limits: Revisiones sistemáticas, 2006-2008

DARE (0 referencia), HTA (1 referencia)

#1. MeSH Labor Stage, Third EXPLODE 1
#2. MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1
#3. parturition
#4. #1 OR #2 OR #3 RESTRICT YR 2006 2008
#5. MeSH Posture EXPLODE 1
#6. #4 AND #5 RESTRICT YR 2006 2008

Limits: 2006-2008

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (11 referencias)

#1 ("Delivery, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Stage, Third"[Mesh] OR expulsion) AND ("Posture"[Mesh] OR position* OR Posture*)
#2 Cochrane Database Syst Rev[TA] OR « Systematic Reviews"
#3 (2 AND #2)

Limits: 2006-2008

Pujos maternos y pujos dirigidos

27. ¿Cuál es la efectividad de las diferentes técnicas de pujo durante la segunda etapa del parto sobre los resultados maternos y neonatales?

Estrategia de búsqueda RS

En julio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

Límites: 2006-

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

COCHRANE LIBRARY PLUS (4 resultados):

#1. PUSH*:TI ORPRESS* :TI OR(BEAR* NEXT DOWN*) OREFFORT* ORValsalva*
#2. LABORSTAGE SECOND término simple (MeSH) OR(second NEXT labOR* NEXT stage*) OR((phase* ORstage* ORFASE* ORETAPA*) AND (expulsiv* ORdilatat* ORDILATAC*))

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

#3. PREGNANCY OUTCOME término simple (MeSH) ORoutcome* ORwellbeing ORresult* OReffect* ORimpact* ORwelfare*
#4. (2 AND #2 AND #3) (2006 hasta la fecha actual)

CRD DATABASES (1 resultado DARE):
#1. PUSH* ORPRESS* OR("BEAR* DOWN*") OREFFORT* ORValsalva*
#2. LABORSTAGE SECOND término simple (MeSH) OR("second labOR* stage*") OR((phase* ORstage*) AND (expulsiv* ORdilatat*))
#3. MeSH Pregnancy Outcome EXPLODE 1 2 ORoutcome* ORwellbeing* ORresult* OReffect* ORimpact* ORwelfare*
#4. (2 AND #2 AND #3) RESTRICT YR 2006-

BASES DE DATOS GENERALES:

PUBMED (5 resultados):
#1. Search PUSH* ORPRESS* OR("BEAR* DOWN*") OREFFORT* ORValsalva*
#2. Search "LabORStage, Second"[Mesh] OR("second labOR* stage*") OR((phase* ORstage*) AND (expulsiv* ORdilatat*))
#3. Search "Pregnancy Outcome"[Mesh] ORoutcome* ORwellbeing ORresult* OReffect* ORimpact* ORwelfare*
#4. Search #1 AND #2 AND #3
#5. Search #5 Limits: Publication Date from 2006/01/01
#6. Search #5 AND "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]
#7. Search #4 Limits: Systematic Reviews
#8. Search #6 OR#7

28. ¿Cuál es el momento óptimo de recomendar los pujos dirigidos?

Estrategia de búsqueda RS

En julio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

Límites: 2006-

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane Library Plus: (3 resultados)
#1. PUSH* OR PRESS* OR PUJO* OR EMPUJ* OR (BEAR* NEXT DOWN*) OR EFFORT* OR Valsalva*
#2. LABOR STAGE SECOND término simple (MeSH)
#3. (second NEXT labor* NEXT stage*)
#4. ((phase* OR stage* OR FASE* OR ETAPA*) AND (expulsiv* OR dilatat* OR DILATAC*))
#5. (COMPLET* NEXT DILATA*) OR (DILATA* NEXT COMPLET*)
#6. (1 OR #3 OR #4) AND #5
#7. #1 AND #7 (2006 hasta la fecha actual)

CRD DATABASES: (0 resultados)
#1. MeSH Labor Stage, Second EXPLODE 1 OR "second* labor stage " OR ((phase* OR stage*) AND (expulsiv* OR dilatat*))
#2. Dilata* AND COMPLET*
#3. PUSH* OR PRESS* OR (BEAR* AND DOWN*) OR EFFORT* OR Valsalva*
#4. #1 AND #2 AND #3 LIMITS:2006

BASES DE DATOS GENERALES:

PUBMED: (1 resultado)
#1. "Labor Stage, Second"[Mesh] OR "second labor stage" OR ((phase* OR stage*) AND (expulsiv* OR dilatat*))
#2. COMPLET* DILATA*
#3. PUSH* OR PRESS* OR (BEAR* NEXT DOWN*) OR EFFORT* OR Valsalva*
#4. (2 OR #2 OR #3) Limits: Publication Date from 2006/01/01, Systematic Reviews OR "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Prevención del trauma perineal

29. ¿Cuál es la efectividad de las siguientes intervenciones en la prevención del trauma genital? (masaje del periné, aplicación de calor perineal, uso de anestésicos locales en periné, aplicación de frío perineal, protección del periné, deflexión activa de la cabeza y extracción activa de los hombros versus no hacer nada)

Estrategia de búsqueda RS

En julio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos (Sin límite de fechas):

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane: (6 referencia)

#1. WOUNDS AND INJURIES término simple (MeSH) OR wound*:TI OR tear*: TI OR injur*:TI OR lacera*:TI OR trauma*:TI OR damage*:TI OR ruptur*:TI OR cORte*:TI OR cut*:TI OR wound*:AB OR tear*:AB OR injur*:AB OR lacera*:AB OR trauma*:AB OR damage*:AB OR ruptur*:AB OR cORte*:AB OR cut*:AB

#2. GENITALIA FEMALE término simple (MeSH) OR (genit* OR vulva* OR uter* OR vagina*)

#3. SURGERY término simple (MeSH) OR surg* OR intervent*

#4. LABOR STAGE SECOND término simple (MeSH) OR (second* NEXT labOR* NEXT stage*) OR expulsi* OR dilata*

#5. #1 AND #2 AND #3 AND #4 (2006 hasta la fecha actual)

CRD Database (DARE y HTA): (0 referencia)

#1. MeSH Wounds and Injuries EXPLODE 1 OR (wound* OR tear* OR injur* OR lacera* OR trauma* OR damage* OR ruptur* OR cut*)

#2. MeSH Genitalia, Female EXPLODE 1 OR genit* OR vulva* OR Uter* OR Vagina*

#3. MeSH Surgery EXPLODE 1 OR SURG* OR INTERVENT*

#4. MeSH Labor Stage, Second EXPLODE 1 OR "SECOND LABOR STAGE" OR expulsi* OR dilata*

#5. #1 AND #2 AND #3 AND #4 RESTRICT YR 2006

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (2 referencias)

#1. "Wounds AND Injuries"[Mesh] OR (wound* OR tear* OR injur* OR lacera* OR trauma* OR damage* OR ruptur* OR cut*)

#2. "Genitalia, Female"[Mesh] OR genit* OR vulva* OR Uter* OR Vagina*

#3. "Surgery"[Mesh] OR "surgery "[Subheading] OR SURG* OR INTERVENT*

#4. "LabOR Stage, Second"[Mesh] OR "second labOR stagE" OR expulsi* OR dilata*

#5. #1 AND #2 AND #3 AND #4 Limits: Publication Date from 2006, Systematic Reviews OR "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]

Episiotomía

30. ¿Cuál es la efectividad de la episiotomía?

Estrategia de búsqueda RS

En marzo 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane: (9 referencias)

#1. EPISIOTOMY término simple (MeSH)

Limits: Revisiones sistemáticas, 2006-2008

DARE: (4 referencias) HTA (1 referencia)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

#1. episiotomy

Limits: 2006-2008

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (5 referencias):

#1. episiotomy AND systematic [sb] AND Cochrane Database Syst Rev[TA]

Limits: 2006-2008

Método y material de sutura en la reparación perineal

31. ¿Cuál es la efectividad de la sutura de desgarros perineales de I y II grado?

32. ¿Cuál es la técnica de sutura más efectiva para la episiotomía y/o los desgarros perineales de I y II grado?

Estrategia de búsqueda RS

En junio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

COCHRANE: (9 referencia)

#1. SUTURE TECHNIQUES término simple (MeSH)
#2. ((tecnic* OR techni* OR repair*) AND sutur*)
#3. (2 OR #2)
#4. ((perine* AND (tear* OR injur* OR lacerat* OR trauma* OR damage* OR rupture* OR cORte* OR cut* OR lacerac* OR lacerat*)) AND ((second OR FIRST) DEGREE*))
#5. EPISIOTOMY término simple (MeSH)
#6. Episiotom* OR colpoperineotom*
#7. Delivery Obstetric término simple (MeSH)
#8. (labor* OR labour* OR (expulsiv* NEXT phase*))
#9. PERINEUM término simple (MeSH
#10. (#4 OR #5 OR #6 OR #9)
#11. (7 OR #8)
#12. (6 AND #10 AND #11)
#13. #12 (2006 hasta la fecha actual)

CRD DATABASES: (0 referencias)

#1. MeSH Suture Techniques EXPLODE 1
#2. (techni* OR repair*) AND sutur*
#3. #1 OR #2
#4. MeSH Episiotomy EXPLODE 1
#5. Episiotom* OR colpoperineotom*
#6. ((perine* AND (tear* OR injur* OR lacerat* OR trauma* OR damage* OR rupture* OR cORte* OR cut* OR lacerat*)) AND ((second OR First) AND DEGREE*))
#7. #4 OR #5 OR #6
#8. MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1
#9. labor* OR labour* OR ("expulsive phase*")
#10. #8 OR #9
#11. #3 AND #7
#12. #10 AND #7 RESTRICT YR 2006-

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (4 referencias)

#1. "Suture Techniques"[Mesh]
#2. (techni* OR repair*) AND sutur*
#3. #1 OR #2
#4. "Episiotomy"[Mesh] OR EPISIOTOM* OR colpoperineotom*
#5. ((perine* AND (tear* OR injur* OR lacerat* OR trauma* OR damage* OR rupture* OR

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

cut* OR lacerat*)) AND ((second OR FIRST) DEGREE*))
#6. #4 OR #5
#7. "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR labOR* OR labour* OR (expulsiv* NEXT phase*)
#8. #3 AND #6
#9. #8 AND #7
#10. #9 Limits: Publication Date from 2006/01/01
#11. #10 Limits: Systematic Reviews
#12. #10 AND "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]
#13. Search #11 OR #12

33. ¿Cuál es el material más adecuado para la reparación del periné?

Estrategia de búsqueda RS

En junio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane: (3 referencia)
#1 "Perineum"[Mesh] OR perine* [Ti]
#2 "Surgical Fixation Devices"[Mesh] OR materia* OR Devic* OR "Sutures"[Mesh] OR Sutur*
#3 (2 AND #2)

LIMIT TO: 2006-

CRD DATABASES (DARE, HTA): (1 referencia)
#1 "Perineum"[Mesh] OR perine* [Ti]
#2 "Surgical Fixation Devices"[Mesh] OR materia* OR Devic* OR "Sutures"[Mesh] OR Sutur*
#3 #1 AND #2

Limits: 2006-

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (11 referencias)
#1 "Perineum"[Mesh] OR perine* [Ti]
#2 "Surgical Fixation Devices"[Mesh] OR materia* OR Devic* OR "Sutures"[Mesh] OR Sutur*
#3 (2 AND #2 AND "cochrane database of systematic reviews online"[Journal])
#4 (2 AND #2 AND Limits: Systematic Reviews)

Limits: 2006-

Maniobra de Kristeller

34. ¿Cuál es la efectividad de la maniobra de Kristeller?

Estrategia de búsqueda RS

En junio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos (Sin límite de fechas):

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane: (9 referencia)
#1. LABOR STAGE SECOND término simple (MeSH) OR (labOR* OR labour* OR childbirth* OR birth* OR EXPULSIV*)
#2. (kristeller and (manoeuvre* OR maneuver* OR technique*))
#3. ((fundal next press*) OR (fondo* next uterin*))
#4. ((#2 OR #3) and #1)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

#5. (#6 and (not TOBACCO))Limits: sin límite de tiempo

DARE y HTA: (2 referencia)

#1. MeSH Labor Stage, Second EXPLODE 1
#2. (labOR* OR labour* OR childbirth* OR birth* OR EXPULSIV*)
#3. #1 OR #2
#4. (kristeller AND (manoeuvre* OR maneuver* OR technique*))
#5. ((fundal AND press*) OR (PRES* AND fondo* AND uterin*))
#6. #4 OR #5
#7. #6 AND #3

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (1 referencias)

#1. Search "Labor Stage, Second"[Mesh] OR (labOR* OR labour* OR childbirth* OR birth* OR EXPULSIV*)
#2. Search (kristeller and (manoeuvre* OR maneuver* OR technique*)) OR ((fundal press*) OR (PRES* NEXT fondo* NEXT uterin*))
#3. #1 AND #2
#4. #3 AND "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]
#5. #3 Limits: Systematic Reviews

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

IV. Alumbramiento

Duración del periodo de alumbramiento

35. ¿Cuál es la duración del periodo del alumbramiento?

Estrategia de búsqueda RS

En marzo 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane (15 referencia)

#1. (third and stage and (labor or labour)) and (duration or length or long or progress* or prolong* or time or timing or duration)

Limits: Revisiones sistemáticas, 2006-2008

DARE: (3 referencia)

#1. (expulsion and stage) or (third and stage and labor)
#2. "time factors" or duration or length or long or progress* or prolong* or time or timing or duration
#3. #1 AND #2

Limits: 2006-2008

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed) (7 referencia):

#1. (expulsi* OR stage OR LAB*) [TI] AND (Posit* OR length* OR long OR progress* OR prolong* OR time* OR timing OR duration*) [TI]
#2. ""Labor Stage, Third"[Mesh] AND "Time Factors"[Mesh]
#3. (2 OR #2)
#4 #3 AND (Cochrane Database Syst Rev[ta] OR systematic[sb]

Limits: 2006-2008

Manejo del alumbramiento

36. ¿El método de manejo del alumbramiento influye sobre los resultados?

Estrategia de búsqueda RS

En marzo 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane library plus: (10 referencia)

#1. placenta and (active management OR expectant management)
#2. (labor next stage next third) and ((active next management) or (expectant next management))
#3. #1 OR #2

Límites: Revisiones sistemáticas. 2006-2008

DARE y HTA: (5 referencia)

#1. labor AND third AND stage
#2. MeSH Labor Stage, Third EXPLODE 1
#3. placenta AND active AND management
#4. placenta AND expectant AND management
#5. expulsion AND stage
#6. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5

Límites: 2006-2008

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (3 referencia)

#1. placenta OR (expulsion stage) OR (labor stage third)
#2. active OR expectant OR physiologic
#3. systematic [sb] AND Cochrane Database Syst Rev[TA]
#4. #1 AND #2 AND #3

Límites: 2006-2008

Utilización de uterotónicos.

37. ¿Qué uterotónico es el más adecuado para el alumbramiento dirigido? (oxitocina, ergotínicos, prostaglandinas y carbetocina)

Estrategia de búsqueda RS

En junio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

Límites: 2006-

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

COCHRANE LIBRARY PLUS: (resultados)

#1. OXYTOCIN término simple (MeSH)
#2. OXYTOCICS término simple (MeSH)
#3. PROSTAGLANDINS término simple (MeSH)
#4. ERGOT ALKALOIDS término simple (MeSH)
#5. (oxytoci* OR oxitoci* OR ot OR Carbetocin* OR prostaglandin* OR Ergot* OR uterotonic*)
#6. (2 or #2 or #3 or #4 or #5)
#7. LABOR INDUCED término simple (MeSH)
#8. LABOR STAGE THIRD término simple (MeSH)
#9. (alumbramiento*:ti OR childbirth*:TI or labor*:ti OR Labour*:ti OR parturiti*:TI OR Parto*:ti)
#10. (7 or #8 OR #9)
#11. (3 and #10) (2006 hasta la fecha actual)

CRD DATABASES: (resultado DARE)

#1. MeSH MSH Release Inhibiting Hormone EXPLODE 1 2 3 4 5
#2. MeSH Oxytocics EXPLODE 1 2
#3. MeSH Prostaglandins EXPLODE 1 2 3
#4. MeSH Ergot Alkaloids EXPLODE 1
#5. (oxytoci* OR ot OR Carbetocin* OR prostaglandin* OR Ergot* OR uterotonic*)
#6. (2 or #2 or #3 or #4 or #5)
#7. MeSH Labor, Induced EXPLODE 1
#8. MeSH Labor Stage, Third EXPLODE 1
#9. (childbirth*:TI OR labor* OR Labour* OR parturiti*)
#10. (7 or #8 OR #9)
#11. (3 and #10) (2006 hasta la fecha actual)

BASES DE DATOS GENERALES:

PUBMED: (resultados)

#1. "Oxytocin"[Mesh] OR "Oxytocics"[Mesh] OR ""carbetocin"[Substance Name] OR Oxytocics[Pharmacological Action] OR "Prostaglandins"[Mesh] OR "Ergot Alkaloids"[Mesh] OROXYTOCI* OR OT OR Carbetocin* OR prostaglandin* OR Ergot* OR uterotonic*
#2. "Labor Stage, Third"[Mesh] OR "Labor, Induced"[Mesh] OR childbirth*[TI] OR labor*[TI] OR Labour*[TI] OR parturiti*[TI]
#3. Limits: Publication Date from 2006/01/01
#4. (6) AND (systematic[sb] OR "cochrane database of systematic reviews

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

online"[Journal])

Dosis de oxitocina (I.V.) para el alumbramiento dirigido.

38. ¿Cuál sería la dosis de oxitocina intravenosa (IV) más adecuada para el alumbramiento dirigido?

Estrategia de búsqueda RS

En junio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

Límites: 2006-

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

COCHRANE LIBRARY PLUS: (16 resultados)

#1. OXYTOCIN término simple (MeSH)
#2. OXYTOCICS término simple (MeSH)
#3. (oxytoci* or ot)
#4. (2 or #2 or #3)
#5. (dose* or amount* or quanti* or ed or measure* or prescript* or dosage* or indicat* or rate* or administra* or drop* or ml* or milliunit* or iu* or u or dosi* or indicac* or cantidad* or medida* or prescri* or unidad* or gota*)
#6. (5 and #5)
#7. INJECTIONS INTRAVENOUS término simple (MeSH)
#8. (IV or intravenous* or endovenous* or perfus* or inject* OR INYECT* OR INYECCION*)
#9. (7 or #8)
#10. (3 and #9)
#11. LABOR OBSTETRIC término simple (MeSH)
#12. LABOR INDUCED término simple (MeSH)
#13. childbirth* OR PARTURITI* OR (expulsion* and (fet* OR placenta*))
#14. (#11 or #12 or #13)
#15. (#10 and #14) (2006 hasta la fecha actual)

CRD DATABASES: (1 resultado DARE)

#1. MeSH Oxytocin EXPLODE 1 2 3 4 5 6
#2. MeSH Oxytocics EXPLODE 1 2
#3. OXYTOCI* OR OT
#4. #1 OR #2 OR #3
#5. Dose* OR amount* OR quanti* OR ED OR measure* OR prescript* OR dosage* OR indicat* OR RATE* OR Administrat* OR drop* OR ML* OR milliunit* OR IU*
#6. #4 AND #5
#7. MeSH Injections, Intravenous EXPLODE 1
#8. IV OR I.V. OR INTRAVENOUS* OR ENDOVENOUS* OR perfus* OR INJECT*
#9. #8 OR #7
#10. #6 AND #9
#11. MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1
#12. MeSH Labor, Induced EXPLODE 1
#13. BIRTH* OR CHILDBIRTH* OR PARTURITI* OR (expulsion* AND (FET* OR PLACENTA*))
#14. #11 OR #12 OR #13
#15. #10 AND #15
#16. #16 RESTRICT YR 2006

BASES DE DATOS GENERALES:

PUBMED: (8 resultados)

#1. ("Oxytocin"[Mesh] OR "Oxytocics"[Mesh]) OR "Oxytocics "[Pharmacological Action]
#2. OXYTOCI* OR OT
#3. #1 OR #2

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y está pendiente su actualización.

#4. Dose* OR amount* OR quanti* OR ED OR measure* OR prescript* OR dosage* OR indicat* OR RATE* OR Administrat* OR drop* OR ML* OR milliunit* OR IU*
#5. #3 AND #4
#6. "Injections, Intravenous"[Mesh]
#7. IV OR I.V. OR INTRAVENOUS* OR ENDOVENOUS* OR perfus* OR INJECT*
#8. #6 OR #7
#9. #5 AND #8
#10. ("Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Stage, Third"[Mesh]) OR "Labor, Induced"[Mesh]
#11. expulsion* AND (FETUS AND PLACENTA)
#12. #10 OR #11
#13. #9 AND #12
#14. #13 Limits: Publication Date from 2006/01/01
#15. #14 Limits: Systematic Reviews
#16. #14 AND "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]
#17. #15 OR #16

Estrategia de búsqueda ECAs

En agosto 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

Límites: 2006-

ECAS publicados:

COCHRANE LIBRARY PLUS. The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL):(10 resultados)

#1. OXYTOCIN término simple (MeSH) OR OXYTOCICS término simple (MeSH) OR (oxytoci* or ot)
#2. (dose* or amount* or quanti* or ed or measure* or prescript* or dosage* or indicat* or rate* or administra* or drop* or ml* or milliunit* or iu* or u or dosi* or indicac* or cantidad* or medida* or prescri* or unidad* or gota*)
#3. INJECTIONS INTRAVENOUS término simple (MeSH) OR (IV or intravenous* or endovenous* or perfus* or inject* OR INYECT* OR INYECCION*)
#4. LABOR OBSTETRIC término simple (MeSH) OR LABOR INDUCED término simple (MeSH) OR childbirth* OR PARTURITI* OR (expulsion* and (fet* OR placenta*))
#5. (2 AND #2 AND #3 AND #4) (2006 hasta la fecha actual)

#1. PUBMED: (7 resultados)
#1. ("Oxytocin"[Mesh] OR "Oxytocics"[Mesh]) OR "Oxytocics "[Pharmacological Action] OR OXYTOCI* OR OT
#2. Dose* OR amount* OR quanti* OR ED OR measure* OR prescript* OR dosage* OR indicat* OR RATE* OR Administrat* OR drop* OR ML* OR milliunit* OR IU*
#3. "Injections, Intravenous"[Mesh] OR IV OR I.V. OR INTRAVENOUS* OR ENDOVENOUS* OR perfus* OR INJECT*
#4. ("Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Stage, Third"[Mesh]) OR "Labor, Induced"[Mesh] OR (expulsion* AND (FETUS AND PLACENTA))
#5. #4 Limits: Publication Date from 2006/01/01

#2. EMBASE: (1 resultado)
#1. exp Oxytocin/ OR exp Oxytocic Agent/ OR OXYTOCI* OR OT
#2. exp Intravenous Drug Administration/ OR IV OR I.V. OR INTRAVENOUS* OR ENDOVENOUS* OR perfus* OR INJECT*
#3. exp labor/ OR (childbirth* or PARTURITI* or BIRTH*).mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer name] OR EXPULSI*.mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer name]
#4. exp controlled clinical trial/ or exp clinical trial/ OR ("Clinical Trial" or "Clinical TrialS").ti.
#5. #1 AND #2 AND #3 AND #4 limit 16 to yr="2006"

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

V. Cuidados del recién nacido

Pinzamiento del cordón umbilical

39. ¿Cuál es el momento más adecuado para pinzar el cordón umbilical?

Estrategia de búsqueda RS

En agosto 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane:(6 referencias)

#1. UMBILICAL CORD término simple (MeSH)
#2. ((umbilical next cord*) or (cord* next umbilical))
#3. ((#1 or #2) and clamp*) (2006 hasta la fecha actual)

Limits: Revisiones sistemáticas, 2006-2008

DARE: (3 referencias)

#1. (MeSH Umbilical Cord EXPLODE 1 OR "umbilical cord") AND CLAMP*

Limits: 2006-2008

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (9 referencias)

#1. ("Umbilical Cord"[Mesh] OR "Umbilical Cord") AND clamp*
#2. systematic rev[sb] OR Cochrane Database Syst Rev[TA]
#3. (2) AND (1)

Limits: 2006-2008

Contacto piel con piel

40. ¿Cuál es el beneficio del contacto piel con piel?

Estrategia de búsqueda RS

En junio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane: (3 referencia)

#1. piel:TI OR piel-a-piel:TI OR (contacto:TI fisico*:TI) OR (contact:TI earl*:TI) OR (contact*:TI immediate*:TI) OR skin-to-skin:TI OR kangaroo:TI OR canguro:TI OR mmc:TI OR kmm:TI
#2. ((piel:ab next con:ab next piel:ab) OR piel-a-piel:ab OR (contacto:ab next fisico*:ab) OR (contact:ab next earl*:ab) OR (contact*:ab next immediate*:ab) OR skin-to-skin:ab OR kangaroo:ab OR canguro:ab OR mmc:ab OR kmm:ab)
#3. (2 OR #2)
#4. (baby OR babies OR (new next bORn*) OR newborn* OR new-bORn* OR neonat* OR infant-newbORn* OR (recien next nacido*) OR (recently next bORn*) OR bebe*)
#5. INFANT NEWBORN término simple (MeSH)
#6. (5 OR #5)
#7. (6 AND #6) (2006 hasta la fecha actual)

Limits: 2006-

CRD DATABASES (DARE y HTA) (1 referencia en HTA)

#1. MeSH Infant, Newborn EXPLODE 1
#2. BABY OR BABIES OR "NEW AND BORN*" OR NEWBORN* OR NEW-BORN* OR NEONAT* OR INFANT-NEWBORN* OR RECIÉN AND NACIDO* OR "RECENTLY AND BORN*" OR BEBÉ*
#3. #1 OR #2

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

#4. "PIEL AND PIEL" OR "PIEL-A-PIEL" OR "contacto AND físico*" OR "CONTACT* AND EARL*" OR "CONTACT AND IMMEDIATE*" OR SKIN-TO-SKIN OR KANGAROO OR Canguro OR MMC OR KMM
#5. #3 AND #4
#6. #3 AND #4 RESTRICT YR 2006

Limits: 2006-2008

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (39 referencias)

#1. Search "PIEL CON PIEL" OR "PIEL A PIEL" OR "PIEL-A-PIEL" OR "contacto físico*" OR "CONTACT* EARL*" OR "CONTACT* IMMEDIATE*" OR SKIN-TO-SKIN OR KANGAROO OR Canguro OR MMC OR KMM
#2. Search "Infant, Newborn"[Mesh]
#3. Search BABY OR BABIES OR "NEW BORN*" OR NEWBORN* OR NEW-BORN* OR NEONAT* OR INFANT-NEWBORN* OR "RECIÉN NACIDO*" OR "RECENTLY BORN*" OR BEBÉ*
#4. Search #2 OR #3
#5. Search #1 AND #4
#6. Search #5 Limits: Publication Date from 2006/01/01
#7. Search #6 Limits: Systematic Reviews
#8. Search #6 AND "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]
#9. Search #7 OR #8

Lactancia materna

41. ¿Es recomendable favorecer que el RN coja el pecho espontáneamente?

Estrategia de búsqueda RS

En junio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos (Sin límite de fechas):

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane: (6 referencia)

#1. BREAST FEEDING término simple (MeSH) OR SUCKING BEHAVIOR término simple (MeSH) OR ((mamma*:TI or breast*:TI) and (feed*:TI or nourish*:TI or suck*:TI or suct*:TI or lact*:TI or latch*:TI or mouth*:ti or root*:TI)) OR ((mamma*:AB or breast*:AB) and (feed*:AB or nourish*:AB or suck*:AB or suct*:AB or lact*:AB or latch*:AB or mouth*:ab or ROOT*:ab))
#2. INFANT NEWBORN término simple (MeSH) OR (neonat* or newborn* or baby or babies)
#3. spontaneous* OR impulsive* OR instinctive* OR INVOLUNTAR* OR INITIAT* OR EARL* OR START* OR STIMULATE* OR attachment* OR innate*
#4. (2 AND #2 AND #3) (2006 hasta la fecha actual)

CRD Database (DARE y HTA): (7 referencia)

#1. MeSH Breast Feeding EXPLODE 1 OR MeSH Sucking Behavior EXPLODE 1 OR (((mamma* OR breast*) AND (feed* OR nourish* OR suck* OR suct* OR lact* OR latch* OR MOUTH* OR Root*)))
#2. MeSH Infant, Newborn EXPLODE 1 OR (neonat* OR newborn* OR baby OR babies)
#3. #1 AND #2 RESTRICT YR 2006

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (35 referencias)

#1. Search "Breast Feeding"[Mesh] OR "Sucking Behavior"[Mesh]
#2. Search ("Breast"[Mesh] OR MAMMA* OR BREAST*) AND (FEED* OR NOURISH* OR SUCK* OR SUCT* OR LACT* OR LATCH* OR ROOT*)
#3. Search #1 OR #2
#4. Search "Infant, Newborn"[Mesh] OR NEONAT* OR NEWBORN* OR BABY OR BABIES
#5. Search spontaneous* OR impulsive* OR instinctive* OR INVOLUNTAR* OR INITIAT*

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

OR EARL* OR START* OR STIMULATE*
#6. Search #3 AND #4 AND #5
#7. Search #6 Systematic Reviews OR "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]

Limits: Publication Date from 2006

Baño del RN

42. ¿Cuál es el efecto del baño en el RN?

Estrategia de búsqueda RS

En junio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos (Sin límite de fechas):

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane: (2 referencia)
#1. BATHS término simple (MeSH) OR (bath*:ti or water*:ti or bano*:ti or bath*:ab or water*:ab or bano*:ab)
#2. INFANT NEWBORN término simple (MeSH) OR (newborn*:ti or neonat*:ti or bebe*:ti or (recien:ti next nacido:ti) or newborn*:ab or neonat*:ab or bebe*:ab or (recien:ab next nacido:ab))
#3. (2 OR #2)
#4. (wash*:TI or clean*:TI or hygien*:TI)
#5. (1 OR #4)
#6. (6 OR #5)

CRD Database (DARE y HTA): (33 referencia)
#1. MeSH Baths EXPLODE 1 2 OR Bath* OR Water*
#2. MeSH Infant, Newborn EXPLODE 1 OR newborn* OR neonat*
#3. #1 OR #2
#4. wash*:TI OR clean*:TI OR hygien*:TI
#5. #2 OR #4
#6. #4 OR #5

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (94 referencias)
#1. "Infant, Newborn"[Mesh] OR Newborn* OR Neonat*
#2. "Baths"[Mesh] OR Bath* OR Water*
#3. (2 AND #2) AND (Cochrane Database Syst Rev[TA] OR systematic[sb])
#4. Search WASH*[ti] OR CLEAN*[ti] OR HyGIEN*[ti]
#5. (2 OR #4) AND (Cochrane Database Syst Rev[TA] OR systematic[sb])
#6. (6 OR #5)

Aspiración nasofaríngea y sondaje gástrico-rectal en el período neonatal.

43. El paso de sondas gástrica-rectal y/o la aspiración naso-orofaríngea sistemática en el período neonatal inmediato ¿mejoran o no el pronóstico neonatal?

Estrategia de búsqueda RS

En junio de 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

Cochrane Library Plus: (1 resultado)
#1. INFANT NEWBORN término simple (MeSH) OR (neonat*:TI OR newbORn*:TI OR bab*:TI OR infant*:TI)
#2. (OROPHARYNX término simple (MeSH) OR NASOPHARYNX término simple (MeSH) OR (ORopharyn* OR nasopharyn* OR pharyn* OR naso-ORopharyn* OR nasORopharyn*)) AND

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización

(SUCTION término simple (MeSH) OR CATHETERIZATION término simple (MeSH) OR (aspirat*:AB OR suct*:AB OR withdraw*:AB OR catheter*:AB) OR (aspirat*:TI OR suct*:TI OR withdraw*:TI OR catheter*:TI))

#3. ((gastric*:TI OR GASTRIC*:AB OR rectAL*:TI OR RECTAL*:AB) AND (probe*:TI OR PROBE*:AB OR catheter*:TI OR CATHETER*:AB))

#4. (2 AND (#2 OR #3))

Límite: humanos

CRD DATABASES: (5 resultados en DARE)

#1. MeSH Infant, Newborn EXPLODE 1 OR NEONAT* OR NEWBORN* OR BAB* OR INFANT*

#2. (MeSH Oropharynx EXPLODE 1 2 OR MeSH Nasopharynx EXPLODE 1 2 OR ORopharyn* OR NASOPHARYN* OR PHARYN* OR NASO-OROPHARYN* OR NASOROPHARYN*) AND (MeSH Suction EXPLODE 1 OR MeSH Catheterization EXPLODE 1 2 OR Aspirat* OR SUCT* OR withdraw* OR CATHETER*)

#3. (Gastric* OR RECT*) AND (PROBE* OR CATHETER*)

#4. #1 AND (1 OR #3)

Límite: humanos

PUBMED: (15 resultados)

#1. "Infant, NewbORn"[Mesh] OR NEONAT* OR NEWBORN* OR BAB* OR INFANT*

#2. ("ORopharynx"[Mesh] OR "Nasopharynx"[Mesh] OR ORopharyn* OR NASOPHARYN* OR PHARYN* OR NASO-OROPHARYN* OR NASOROPHARYN*) AND ("Suction"[Mesh] OR "Catheterization"[Mesh] OR Aspirat* OR SUCT* OR withdraw* OR CATHETER*)

#3. (Gastric* OR RECT*) AND (PROBE* OR CATHETER*)

#4. #1 AND (1 OR #3) Limits: Humans, Systematic Reviews OR "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]

Estrategia de búsqueda ECAs

En agosto 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

Límite:

ECAS publicados:

The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL): (31 resultados)

#1. INFANT NEWBORN término simple (MeSH) OR (neonat*:ti or newborn*:ti or bab*:ti or infant*:ti)

#2. (OROPHARYNX término simple (MeSH) OR NASOPHARYNX término simple (MeSH) OR (oropharyn* or nasopharyn* or pharyn* or naso-oropharyn* or nasoropharyn*)) AND (SUCTION término simple (MeSH) OR CATHETERIZATION término simple (MeSH) OR aspirat* or suct* or withdraw* or catheter* OR TUBE*)) OR ((gastric* OR rect*) AND (probe* OR catheter*))

#3. POSTNATAL CARE término simple (MeSH) OR PERINATAL CARE término simple (MeSH) OR PARTURITION término simple (MeSH) OR NEONATAL NURSING término simple (MeSH) OR DELIVERY OBSTETRIC término simple (MeSH) OR LABOR OBSTETRIC término simple (MeSH) OR (postnatal* or perinatal* or labor* or labour* or deliver* or partur* or childbirth* or birth* or post-deliver* or postdeliver* or intrapart*)

#4. #1 AND #2 AND #3

PUBMED: (40 resultados)

#1."Infant, NewbORn"[Mesh] OR neonat* OR newborn* OR bab* OR infant*

#2."Postnatal Care"[Mesh] OR "Perinatal Care"[Mesh] OR "Parturition"[Mesh] OR "Neonatal Nursing"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR "Labor, Obstetric"[Mesh] OR POSTNATAL* OR Perinatal* OR labor* OR labour* OR deliver* OR partur* OR childbirth* OR birth* OR post-deliver* OR postdeliver* OR INTRAPART*

#3.(("ORopharynx"[Mesh] OR "Nasopharynx"[Mesh] OR oropharyn* OR nasopharyn* OR pharyn* OR naso-oropharyn* OR nasoropharyn*) AND ("Suction"[Mesh] OR "Catheterization"[Mesh] OR Aspirat* OR suct* OR withdraw* OR catheter* or tube*)) OR ((gastric* OR rect*) AND (probe* OR catheter*))

#4.#1 and #2 and #3 Limits: only items with abstracts, Clinical Trial, Randomized

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Controlled Trial, Controlled Clinical Trial
#5. Limits: Animals
#6. #4 NOT #5

EMBASE: (85 resultados)

#1. exp newborn/ *Avanzada*
#2. (neonatal or newborn* or bab* or infant*).mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer name] *Avanzada*
#3. #1 OR #2
#4. exp nasopharynx/ *Avanzada*
#5. exp oropharynx/ *Avanzada*
#6. (oropharynx or nasopharynx or pharynx or naso-oropharynx or nasoropharynx).mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer name] *Avanzada*
#7. exp ASPIRATION/ OR exp Catheterization/ OR exp SUCTION/ OR (aspiration or aspirate or suction or withdrawing or catheter or TUBE).mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer name] *Avanzada*
#8. ((gastric or rectal) and (probe or catheter)).mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer name] *Avanzada*
#9. ((#4 OR #5 OR #6) AND #7) OR #8
#10. exp delivery/ or exp perinatal care/ or exp postnatal care/ or exp newborn care/ or exp childbirth/ or perinatal.mp. or postnatal.mp or labor.mp. or labour.mp. or delivery.mp. or parturition.mp. or childbirth.mp. or birth.mp. or post-delivery.mp. or postdelivery.mp. or intrapartum.mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer name] *Avanzada*
#11. exp clinical study/ *Avanzada*
#12. exp Controlled Study/ *Avanzada*
#13. ("clinical trial" or "CLINICAL TRIALS").m_titl. *Avanzada*
#14. #11 OR #12 OR #13
#15. #3 AND #9 AND #10 AND #14 limit to abstracts
#16. limit 15 to animals
#17. #15 NOT #16

ECAS en curso

ClinicalTrials.gov:(3 resultados)

#1. (Perinatal OR LABOR OR PARTURITION OR POSTDELIVERY OR INTRAPARTUM OR Postnatal OR POST-NATAL OR NEONATAL OR AFTERBIRTH) AND ((ORopharynx OR NASOPHARYNX OR PHARYNX OR Gastric OR RECTAL) AND (AspiratION OR SUCTION OR withdrawING OR CATHETER OR PROBE))

HSRProj (Health Services Research Projects in Progress): (1 resultado)

#1. (childbirth OR birth OR post-deliverY OR Postnatal OR AFTERBIRTH OR neonatAL OR newborn OR babY OR BABIES OR infant OR CHILDREN OR CHILD OR LABOR OR LABOUR OR POSTDELIVERY OR DELIVERY OR INTRAPARTUM OR PARTURITION) AND ((oropharynX OR nasopharynX OR pharynX OR naso-oropharynX OR nasoropharynX OR gastric OR RECTAL) AND (Catheterization OR AspiratION OR suctION OR withdrawING OR catheter OR PROBE))

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Profilaxis oftálmica

44. ¿Cuál es la efectividad de la profilaxis oftálmica sistemática en el RN?

45. ¿Cuál es el momento idóneo para realizar la profilaxis oftálmica en el RN?

46. ¿Cuál es el producto más eficaz para la profilaxis oftálmica del RN?

Estrategia de búsqueda RS

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en bases de datos específicas en junio de 2008:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane: (3 referencia)

#1."Ophthalmia Neonatorum"[Mesh]
#2.ophthalmia AND (preven* OR Prophylax* OR Prevent* OR Control*)

DARE y HTA: (1 referencia)

#1."Ophthalmia Neonatorum"[Mesh]
#2.ophthalmia AND (preven* OR Prophylax* OR Prevent* OR Control*)

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (6 referencias)

#1. "Ophthalmia Neonatorum/prevention and control"[Mesh]
#2. ophthalmia AND (preven* OR Prophylax* OR Prevent* OR Control*)
#3. Newborn* OR Neonat*
#4. "Cochrane database of systematic reviews (Online)"[Jour] OR systematic[sb]
#5. (2 AND #2 AND #3 AND #4)

Profilaxis de la enfermedad hemorrágica con vitamina K.

47. ¿Cuál es la relación riesgo/beneficio de realizar la profilaxis neonatal con vitamina K?

48. ¿Cuál es la vía más recomendable en la profilaxis con vitamina K?

Estrategia de búsqueda RS

En junio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos.

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane: (5 referencia)

#1. VITAMIN K expandir todos los árboles (MeSH) OR NAPHTHOQUINONES término simple (MeSH) OR (vit* next k) OR koagulations-vitamin* OR naftoquinona* OR naphtHoquinone*)
#2. (prophylax* or preventi* or control* OR PROFILA* OR PREVEN*)
#3. INFANT NEWBORN término simple (MeSH) OR (neonat* or newborn* or baby or babies)
#4. (#1 AND #2 AND #3)
#5. #4 (2006 hasta la fecha actual)

CRD Database (DARE y HTA): (0 referencia)

#1. MeSH Vitamin K EXPLODE 1 2 OR MeSH Naphthoquinones EXPLODE 1 2 OR Koagulations-Vitamin* OR "VitAMIN K" OR "VIT K*" OR naphthoquinone*
#2. PROPHYLAX* OR Preven* OR CONTROL*
#3. MeSH Infant, Newborn EXPLODE 1 OR NEONAT* OR NEWBORN* OR BABY OR BABIES
#4. #1 AND # 2 AND #3
#5. #4 RESTRICT YR 2006

BASES DE DATOS GENERALES:

Han transcurrido más de 3 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

MEDLINE (Pubmed): (0 referencias)

#1. Search "Naphthoquinones"[Mesh] OR "Vitamin K"[Mesh] OR Koagulations-Vitamin* OR "VitAMIN K" OR "VIT. K" OR naphthoquinone*
#2. Search "prevention and control "[Subheading] OR PROPHYLAX* OR Preven* OR CONTROL*
#3. Search "Infant, Newborn"[Mesh] OR NEONAT* OR NEWBORN* OR BABY OR BABIES
#4. Search #1 AND #2 AND #3
#5. Search #4 "cochrane database of systematic reviews online"[Journal] OR Systematic Reviews

Limits: Publication Date from 2006

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

VI. Alivio del dolor durante el parto.

Dolor, analgesia y satisfacción materna.

49. ¿Cómo influyen el dolor durante el parto y su alivio en la satisfacción de la mujer?

Estrategia de búsqueda RS

En mayo 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane library plus: (34 resultados)

#1. DELIVERY OBSTETRIC término simple (MeSH)
#2. (delivery or (obstetrical next delivery) or (obstetric next delivery) or (obstetric next deliveries) or obstetric)
#3. . LABOR OBSTETRIC término simple (MeSH)
#4 (labor or (obstetric next labor) or (labor next childbirth) or labours or labour or labours)
#5. (2 or #2 or #3 or #4)
#6. PAIN término simple (MeSH)
#7. ANALGESIA OBSTETRICAL término simple (MeSH)
#8. LABOR PAIN término simple (MeSH)
#9. . (pain next relief)
#10 (3or #7 or #8 or #9)
#11 experience
#12. (chilbirth and experience)
#13. expectation
#14 (mother next expectation)
#15. (mother next experience)
#16. (maternal next experience)
#17. PATIENT SATISFACTION término simple (MeSH)
#18. (#11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17)
#19. (4 and #10 and #18)
#20. (4 and #10 and #18) (2006 hasta la fecha actual)

Límites: Revisiones sistemáticas. 2006-2008

CRD DATABASES: (2 resultados)

1 MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1
2 MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1
3 labor
4 #1 OR #2 OR #3
5 MeSH Pain EXPLODE 1 2 3 4 5
6 MeSH Labor Pain EXPLODE 1 2 3
7 MeSH Analgesia, Obstetrical EXPLODE 1
8 "pain relief"
9 #5 OR #6 OR #7 OR #8
10 MeSH Patient Satisfaction EXPLODE 1 2 3
11 Satisfacti*
12 "women satisfaction"
13 "experience"
14 "women expectation"
15 "maternalexpectation"
16 "maternal expectation"
17 "mother expectation"
18 "expectation"
19 "childbirth experience"
20 #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19
21 #4 and #9 AND #20
22 #21 RESTRICT YR 2006

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Límites: 2006-2008

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (22 resultados)

#1DELIVERY, OBSTETRIC "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric delivery"[All Fields] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "delivery, obstetric"[All Fields]
#2LABOR, OBSTETRIC "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "labor, obstetric"[All Fields]
#3labor "labour"[All Fields] OR "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields] OR "labor"[All Fields]
#4#1 or #2 or #3 or
#5PAIN "pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]
#6LABOR PAIN "labor pain"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "pain"[All Fields]) OR "labor pain"[All Fields]
#7Analgesia, obstetrical "analgesia, obstetrical"[MeSH Terms] OR ("analgesia"[All Fields] AND "obstetrical"[All Fields]) OR "obstetrical analgesia"[All Fields] OR ("analgesia"[All Fields] AND "obstetrical"[All Fields]) OR "analgesia, obstetrical"[All Fields]
#8 pain relief ("pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]) AND relief[All Fields]
#9 #5 or #6 or #7 or #8
#10 women satisfaction ("women"[MeSH Terms] OR "women"[All Fields] OR "female"[MeSH Terms] OR "female"[All Fields]) AND ("personal satisfaction"[MeSH Terms] OR ("personal"[All Fields] AND "satisfaction"[All Fields]) OR "personal satisfaction"[All Fields] OR "satisfaction"[All Fields])
#11 Patient satisfaction "patient satisfaction"[MeSH Terms] OR ("patient"[All Fields] AND "satisfaction"[All Fields]) OR "patient satisfaction"[All Fields]
#12 experience
experience[All Fields]
#13 maternal expectations ("mothers"[MeSH Terms] OR "mothers"[All Fields] OR "maternal"[All Fields]) AND expectation[All Fields]
#14 women expectation ("women"[MeSH Terms] OR "women"[All Fields] OR "female"[MeSH Terms] OR "female"[All Fields]) AND expectation[All Fields]
#15 mother expectation ("mothers"[MeSH Terms] OR "mothers"[All Fields] OR "mother"[All Fields]) AND expectation[All Fields]
#16 expectation expectation[All Fields]
#17 childbirth experience chilbirth[All Fields] AND experience[All Fields]
#18 #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17
#19 #4 AND #9 AND #18
#20 #19 Limits: Entrez Date from 2005/01/01
#21 #20 Limit: Review
#22 #20 AND Cochrane Database Syst Rev [Jour])
#23 #21 OR #22
#24 #20 Limits: Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, Controlled Clinical Trial

Límites: 2006-2008

Métodos no farmacológicos de alivio del dolor.

50. ¿Cuál es la efectividad de la inmersión en el agua durante el período de dilatación en el alivio del dolor?

Estrategia de búsqueda RS: Inmersión en agua caliente

En noviembre 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y está pendiente su actualización.

COCHRANE: (Cochrane-plus) (resultados 0)

#1. DELIVERY OBSTETRIC término simple (MeSH)
#2. LABOR OBSTETRIC término simple (MeSH)
#3. CHILDBIRTH término simple (MeSH)
#4. PAIN término simple (MeSH)
#5. ANALGESIA OBSTETRICAL término simple (MeSH)
#6. LABOR PAIN término simple (MeSH)
#7. (pain next relief)
#8. (2 or #2 or #3)
#9. (5 or #5 or #6 or #7)
#10. (water next immersion)
#11. (#8 and #9 and #10)
#12. (#8 and #9 and #10) (2005 hasta la fecha actual)

CRD DATABASES: (DARE + NHD EED + HTA) (resultados 3)

#1MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1
#2MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1
#3labor
#4#1 OR #2 OR #3
#5MeSH Pain EXPLODE 1 2 3 4 5
#6MeSH Labor Pain EXPLODE 1 2 3
#7MeSH Analgesia, Obstetrical EXPLODE 1
#8"pain relief"
#9#5 OR #6 or #7 OR #8
#10 "water immersion"
#11 water AND immersion
#12 water AND adj2 AND immersion
#13 #10 OR #11
#14 #4 AND #9 AND #13
#15 #4 AND #9 AND #13 RESTRICT YR 2005 2008

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (PUBMED): (resultados 0)

#1. Search DELIVERY, OBSTETRIC "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric delivery"[All Fields] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "delivery, obstetric"[All Fields]
#2. Search LABOR, OBSTETRIC "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "labor, obstetric"[All Fields]
#3. Search LABOR "labour"[All Fields] OR "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields] OR "labor"[All Fields]
#4. Childbirth "parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[All Fields] OR "childbirth"[All Fields]
#5. Search #1 OR #2 OR #3 OR #4
#6. pain management "analgesia"[MeSH Terms] OR "analgesia"[All Fields] OR ("pain"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "pain management"[All Fields]
#7. Search LABOR PAIN "labor pain"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "pain"[All Fields]) OR "labor pain"[All Fields]
#8. Search Analgesia, obstetrical "analgesia, obstetrical"[MeSH Terms] OR ("analgesia"[All Fields] AND "obstetrical"[All Fields]) OR "obstetrical analgesia"[All Fields] OR ("analgesia"[All Fields] AND "obstetrical"[All Fields]) OR "analgesia, obstetrical"[All Fields]
#9. Search pain "pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]
#10. Search pain relief ("pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]) AND relief[All Fields]
#11. Search #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10
#12. Search “water immersion” “water immersion”[All Fields]
#13. Search water immersion ("water"[MeSH Terms] OR "water"[All Fields] OR

Han transcurrido más de 2 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

"hydrotherapy"[MeSH Terms] OR "hydrotherapy"[All Fields]) AND ("immersion"[MeSH Terms] OR "immersion"[All Fields])
#14. Search #12 OR #13
#15. Search (4) AND (#11) AND (#14)
#16. Search (4) AND (#11) AND (#14) AND Entrez Date from ("2005/10/01 to 2008/12/31

51. ¿Cuál es la efectividad del masaje para el alivio del dolor durante el parto?

Estrategia de búsqueda RS: Masaje

En noviembre 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

COCHRANE: (Cochrane-plus) (resultados 0)

#1. DELIVERY OBSTETRIC término simple (MeSH)
#2. LABOR OBSTETRIC término simple (MeSH)
#3. CHILDBIRTH término simple (MeSH)
#4. PAIN término simple (MeSH)
#5. ANALGESIA OBSTETRICAL término simple (MeSH)
#6. LABOR PAIN término simple (MeSH)
#7. (pain next relief)
#8. (2 or #2 or #3)
#9. (5 or #5 or #6 or #7)
#10. MASSAGE término simple (MeSH)
#11. (#8 and #9 and #10)
#12 (#19 and #11 and #10) (2005 hasta la fecha actual)

CRD DATABASES: (DARE + NHD EED + HTA) (resultados 0)

#1MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1
#2MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1
#3labor
#4#1 OR #2 OR #3
#5MeSH Pain EXPLODE 1 2 3 4 5
#6MeSH Labor Pain EXPLODE 1 2 3
#7MeSH Analgesia, Obstetrical EXPLODE 1
#8"pain relief"
#9#5 OR #6 or #7 OR #8
#10 MeSH Massage EXPLODE 1 3
#11 "massage"
#12 #10 OR #11
#13 #4 AND #9 AND #12
#14 #4 AND #9 AND #12 RESTRICT YR 2005 2008

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (PUBMED): (resultados 1)

#1 Search DELIVERY, OBSTETRIC "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric delivery"[All Fields] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "delivery, obstetric"[All Fields]
#2 Search LABOR, OBSTETRIC "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "labor, obstetric"[All Fields]
#3 Search LABOR "labour"[All Fields] OR "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields] OR "labor"[All Fields]
#4 Childbirth "parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[All Fields] OR "childbirth"[All Fields]
#5Search #1 OR #2 OR #3 OR #4
#6 pain management "analgesia"[MeSH Terms] OR "analgesia"[All Fields] OR

Han transcurrido más de 6 meses desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

("pain"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "pain management"[All Fields]
#7Search LABOR PAIN "labor pain"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "pain"[All Fields]) OR "labor pain"[All Fields]
#8 Search Analgesia, obstetrical "analgesia, obstetrical"[MeSH Terms] OR ("analgesia"[All Fields] AND "obstetrical"[All Fields]) OR "obstetrical analgesia"[All Fields] OR ("analgesia"[All Fields] AND "obstetrical"[All Fields]) OR "analgesia, obstetrical"[All Fields]
#9 Search pain "pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]
#10 Search pain relief ("pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]) AND relief[All Fields]
#11 Search #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10
#12 Search massage "massage"[MeSH Terms] OR "massage"[All Fields]
#13 Search "massage"[Mesh]
#14 Search (4) AND (#11) AND (#13) AND Entrez Date from ("2005/10/01 to 2008/12/31

52. ¿Cuál es la efectividad del uso de pelotas de parto para el alivio del dolor durante el parto?

Estrategia de búsqueda RS: Pelotas de parto

En noviembre 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

COCHRANE: (Cochrane-plus) (resultados 0)

#1. DELIVERY OBSTETRIC término simple (MeSH)
#2. LABOR OBSTETRIC término simple (MeSH)
#3. CHILDBIRTH término simple (MeSH)
#4. PAIN término simple (MeSH)
#5. ANALGESIA OBSTETRICAL término simple (MeSH)
#6. LABOR PAIN término simple (MeSH)
#7. (pain next relief)
#8. (2 or #2 or #3)
#9. (5 or #5 or #6 or #7)
#10. (birth* next ball*)
#11. (birth next ball)
#12. Ball
#13. Birth
#14 (#12 and #13)
#15 (#8 and #9 and #14)
#16 (#8 and #9 and #10) (2005 hasta la fecha actual)

CRD DATABASES: (DARE + NHD EED + HTA) (resultados 0)

#1MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1
#2MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1
#3labor
#4#1 OR #2 OR #3
#5MeSH Pain EXPLODE 1 2 3 4 5
#6MeSH Labor Pain EXPLODE 1 2 3
#7MeSH Analgesia, Obstetrical EXPLODE 1
#8"pain relief"
#9#5 OR #6 or #7 OR #8
#10 MeSH Massage EXPLODE 1 3
#11 birth AND ball
#12 #10 OR #11
#13 #4 AND #9 AND #12
#14 #4 AND #9 AND #12 RESTRICT YR 2005 2008

Han transcurrido menos de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (PUBMED): (resultadso 0)

#1 Search DELIVERY, OBSTETRIC "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric delivery"[All Fields] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "delivery, obstetric"[All Fields]
#2 Search LABOR, OBSTETRIC "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "labor, obstetric"[All Fields]
#3 Search LABOR "labour"[All Fields] OR "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields] OR "labor"[All Fields]
#4 Childbirth "parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[All Fields] OR "childbirth"[All Fields]
#5Search #1 OR #2 OR #3 OR #4
#6 pain management "analgesia"[MeSH Terms] OR "analgesia"[All Fields] OR ("pain"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "pain management"[All Fields]
#7Search LABOR PAIN "labor pain"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "pain"[All Fields]) OR "labor pain"[All Fields]
#8 Search Analgesia, obstetrical "analgesia, obstetrical"[MeSH Terms] OR ("analgesia"[All Fields] AND "obstetrical"[All Fields]) OR "obstetrical analgesia"[All Fields] OR ("analgesia"[All Fields] AND "obstetrical"[All Fields]) OR "analgesia, obstetrical"[All Fields]
#9 Search pain "pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]
#10 Search pain relief ("pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]) AND relief[All Fields]
#11 Search #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10
#12 Search " birth$ ball$"[MeSH Terms] ("parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[All Fields] OR "birth"[All Fields]) AND ball$[All Fields]
#13 Search (4) AND (#11) AND (#12)
#14 Search (#13) AND Entrez Date from ("2005/10/01 to 2008/12/31)

53. ¿Cuál es la efectividad de las técnicas de relajación para el alivio del dolor durante el parto?

Estrategia de búsqueda RS: Técnicas de relajación

En noviembre 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

COCHRANE: (Cochrane plus) (resultados 0)

#1. DELIVERY OBSTETRIC término simple (MeSH)
#2. LABOR OBSTETRIC término simple (MeSH)
#3. CHILDBIRTH término simple (MeSH)
#4. PAIN término simple (MeSH)
#5. ANALGESIA OBSTETRICAL término simple (MeSH)
#6. LABOR PAIN término simple (MeSH)
#7. (pain next relief)
#8. (2 or #2 or #3)
#9. (5 or #5 or #6 or #7)
#10. RELAXATION TECHNIQUES término simple (MeSH)
#11. (#8 and #9 and #10)
#12 (#8 and #9 and #10) (2005 hasta la fecha actual)

CRD DATABASES: (DARE + NHD EED + HTA) (resultados 0)

#1MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1
#2MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1
#3labor

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y están pendientes de actualización.

#4#1 OR #2 OR #3
#5MeSH Pain EXPLODE 1 2 3 4 5
#6MeSH Labor Pain EXPLODE 1 2 3
#7MeSH Analgesia, Obstetrical EXPLODE 1
#8"pain relief"
#9#5 OR #6 or #7 OR #8
#10 MeSH Relaxation Techniques EXPLODE 1 2 3 4 5
#11 "Relaxation Techniques"
#12 #10 OR #11
#13 #4 AND #9 AND #12
#14 #4 AND #9 AND #12 RESTRICT YR 2005 2008

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (PUBMED): (resultados 9)
#1 Search DELIVERY, OBSTETRIC "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric delivery"[All Fields] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "delivery, obstetric"[All Fields]
#2 Search LABOR, OBSTETRIC "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "labor, obstetric"[All Fields]
#3 Search LABOR "labour"[All Fields] OR "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields] OR "labor"[All Fields]
#4 Childbirth "parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[All Fields] OR "childbirth"[All Fields]
#5Search #1 OR #2 OR #3 OR #4
#6 pain management "analgesia"[MeSH Terms] OR "analgesia"[All Fields] OR ("pain"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "pain management"[All Fields]
#7Search LABOR PAIN "labor pain"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "pain"[All Fields]) OR "labor pain"[All Fields]
#8 Search Analgesia, obstetrical "analgesia, obstetrical"[MeSH Terms] OR ("analgesia"[All Fields] AND "obstetrical"[All Fields]) OR "obstetrical analgesia"[All Fields] OR ("analgesia"[All Fields] AND "obstetrical"[All Fields]) OR "analgesia, obstetrical"[All Fields]
#9 Search pain "pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]
#10 Search pain relief ("pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]) AND relief[All Fields]
#11 Search #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10
#12 Search "relaxation techniques"[MeSH Terms] "relaxation techniques"[MeSH Terms]
#13 Search relaxation techniques "relaxation techniques"[MeSH Terms] OR ("relaxation"[All Fields] AND "techniques"[All Fields]) OR "relaxation techniques"[All Fields]
#14 Search #12 OR #13
#15 Search (4) AND (#11) AND (#14)
#16 Search (4) AND (#11) AND (#14) AND Entrez Date from ("2005/10/01 to 2008/12/31

54. ¿Cuál es la efectividad de la inyección de agua estéril para el alivio del dolor durante el parto?

Estrategia de búsqueda RS: Inyección de agua esteril

En noviembre 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

COCHRANE: (Cochrane-plus) (resultados 0)
#1. DELIVERY OBSTETRIC término simple (MeSH)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica sin actualización. Está pendiente su actualización.

#2. LABOR OBSTETRIC término simple (MeSH)
#3. CHILDBIRTH término simple (MeSH)
#4. PAIN término simple (MeSH)
#5. ANALGESIA OBSTETRICAL término simple (MeSH)
#6. LABOR PAIN término simple (MeSH)
#7. (pain next relief)
#8. (2 or #2 or #3)
#9. (5 or #5 or #6 or #7)
#10. (water next injection)
#11. . water next adj2 next injection
#12 water next adj next injection
#13 (#8 and #9 and #10)
#14 (#8 and #9 and #10) (2005 hasta la fecha actual)

CRD DATABASES: (DARE + NHD EED + HTA) (resultados 0)

#1MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1
#2MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1
#3labor
#4#1 OR #2 OR #3
#5MeSH Pain EXPLODE 1 2 3 4 5
#6MeSH Labor Pain EXPLODE 1 2 3
#7MeSH Analgesia, Obstetrical EXPLODE 1
#8"pain relief"
#9#5 OR #6 or #7 OR #8
#10 water
#11 injection
#12 #10 AND #11
#13 #4 AND #9 AND #12
#14 #4 AND #9 AND #12 RESTRICT YR 2005 2008

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (PUBMED): (resultados 8)

#1 Search DELIVERY, OBSTETRIC "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric delivery"[All Fields] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "delivery, obstetric"[All Fields]
#2 Search LABOR, OBSTETRIC "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "labor, obstetric"[All Fields]
#3 Search LABOR "labour"[All Fields] OR "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields] OR "labor"[All Fields]
#4 Childbirth "parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[All Fields] OR "childbirth"[All Fields]
#5Search #1 OR #2 OR #3 OR #4
#6 pain management "analgesia"[MeSH Terms] OR "analgesia"[All Fields] OR ("pain"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "pain management"[All Fields]
#7Search LABOR PAIN "labor pain"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "pain"[All Fields]) OR "labor pain"[All Fields]
#8 Search Analgesia, obstetrical "analgesia, obstetrical"[MeSH Terms] OR ("analgesia"[All Fields] AND "obstetrical"[All Fields]) OR "obstetrical analgesia"[All Fields] OR ("analgesia"[All Fields] AND "obstetrical"[All Fields]) OR "analgesia, obstetrical"[All Fields]
#9 Search pain "pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]
#10 Search pain relief ("pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]) AND relief[All Fields]
#11 Search #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10
#12 Search water and injection ("water"[MeSH Terms] OR "water"[All Fields] OR "hydrotherapy"[MeSH Terms] OR "hydrotherapy"[All Fields]) AND ("injections"[MeSH Terms] OR "injections"[All Fields] OR "injection"[All Fields])
#13 Search “water injection” ("water"[MeSH Terms] OR "water"[All Fields] OR

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

"hydrotherapy"[MeSH Terms] OR "hydrotherapy"[All Fields]) AND ("injections"[MeSH Terms] OR "injections"[All Fields] OR "injection"[All Fields])
#14 Search steril water
#15 Search water block (Ab)
#16 Search water papules
#17 Search #12 OR #13
#18 Search (4) AND (#11) AND (#14)
#19 Search (4) AND (#11) AND (#14) AND Entrez Date from ("2005/10/01" to 2008/12/31

55. ¿Cuál es la efectividad de la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS) para el alivio del dolor durante el parto?

Estrategia de búsqueda RS: TENS

En noviembre 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

COCHRANE: (Cochrane-plus) (resultados 0)
#1. DELIVERY OBSTETRIC término simple (MeSH)
#2. LABOR OBSTETRIC término simple (MeSH)
#3. CHILDBIRTH término simple (MeSH)
#4. PAIN término simple (MeSH)
#5. ANALGESIA OBSTETRICAL término simple (MeSH)
#6. LABOR PAIN término simple (MeSH)
#7. (pain next relief)
#8. (2 or #2 or #3)
#9. (5 or #5 or #6 or #7)
#10. TRANSCUTANEOUS ELECTRIC NERVE STIMULATION término simple (MeSH)
#11. (transcutaneous:ab next electric:ab next nerve:ab next stimulation:ab)
#12 (#37 or #38)
#13(#8 and #9 and #12)
#14 (#39 and #10 and #11) (2005 hasta la fecha actual)

CRD DATABASES: (DARE + NHD EED + HTA) (resultados 0)
#1MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1
#2MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1
#3labor
#4#1 OR #2 OR #3
#5MeSH Pain EXPLODE 1 2 3 4 5
#6MeSH Labor Pain EXPLODE 1 2 3
#7MeSH Analgesia, Obstetrical EXPLODE 1
#8"pain relief"
#9#5 OR #6 or #7 OR #8
#10 MeSH Transcutaneous Electric Nerve Stimulation EXPLODE 1 2 3
#11 "TENS"
#12 #10 OR #11
#13 #4 AND #9 AND #12
#14 #4 AND #9 AND #12 RESTRICT YR 2005 2008

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (PUBMED): (resultados 7)
#1 Search DELIVERY, OBSTETRIC "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric delivery"[All Fields] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "delivery, obstetric"[All Fields]
#2 Search LABOR, OBSTETRIC "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "labor, obstetric"[All Fields]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

#3 Search LABOR "labour"[All Fields] OR "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields] OR "labor"[All Fields]
#4 Childbirth "parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[All Fields] OR "childbirth"[All Fields]
#5Search #1 OR #2 OR #3 OR #4
#6 pain management "analgesia"[MeSH Terms] OR "analgesia"[All Fields] OR ("pain"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "pain management"[All Fields]
#7Search LABOR PAIN "labor pain"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "pain"[All Fields]) OR "labor pain"[All Fields]
#8 Search Analgesia, obstetrical "analgesia, obstetrical"[MeSH Terms] OR ("analgesia"[All Fields] AND "obstetrical"[All Fields]) OR "obstetrical analgesia"[All Fields] OR ("analgesia"[All Fields] AND "obstetrical"[All Fields]) OR "analgesia, obstetrical"[All Fields]
#9 Search pain "pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]
#10 Search pain relief ("pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]) AND relief[All Fields]
#11 Search #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10
#12 Search Transcutaneous Electric Nerve Stimulation "transcutaneous electric nerve stimulation"[MeSH Terms] OR ("transcutaneous"[All Fields] AND "electric"[All Fields] AND "nerve"[All Fields] AND "stimulation"[All Fields]) OR "transcutaneous electric nerve stimulation"[All Fields]
#13 Search TENS "transcutaneous electric nerve stimulation"[MeSH Terms] OR ("transcutaneous"[All Fields] AND "electric"[All Fields] AND "nerve"[All Fields] AND "stimulation"[All Fields]) OR "transcutaneous electric nerve stimulation"[All Fields] OR "tens"[All Fields]
#14 Search #12 OR #13
#15 Search (4) AND (#11) AND (#14)
#16 Search (4) AND (#11) AND (#14) AND Entrez Date from ("2005/10/01 to 2008/12/31

Métodos farmacológicos de alivio del dolor.

56. ¿Cuál es la efectividad del óxido nitroso para el alivio del dolor durante el parto?

Estrategia de búsqueda RS y ECAs: oxido nitroso

En noviembre 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

COCHRANE: (resultados 1)

#1. PARITY término simple (MeSH)
#2. PARTURITION término simple (MeSH)
#3. (parturition or childbirth* or intrapartum)
#4. LABOR OBSTETRIC término simple (MeSH)
#5. DELIVERY OBSTETRIC término simple (MeSH)
#6 (labor next pain)
#7.. LABOR PAIN término simple (MeSH)
#8. (2 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7)
#9. ANALGESIA OBSTETRICAL término simple (MeSH)
#10 (obstetric* next adj next analgesi*)
#11. ANESTHESIA INHALATION término simple (MeSH)
#12. ((analgesi* or anhesthe*) and (adj1 next inhal*))
#13. (#9 or #10 or #11 or #12)
#14 NITROUS OXIDE término simple (MeSH)
#15. (nitrous next oxide)
#16. Entonox

Han transcurrido más de dos años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

#17. (#14 or #15 or #16)
#18. (#8 and #13 and #17)
#19 (#8 and #13 and #17) (2005 hasta la fecha actual)

CRD DATABASES: (DARE + NHD EED + HTA) (resultados 0)

1 MeSH Parity EXPLODE 1 2
2 PARTURITION
3 parturition OR childbirth* OR intrapartum
4 MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1
5 MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1
6 MeSH Labor Pain EXPLODE 1 2 3
7 labor AND pain
8 #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7
9 MeSH Analgesia, Obstetrical EXPLODE 1
10 MeSH Anesthesia, Inhalation EXPLODE 1
11 MeSH Nitrous Oxide EXPLODE 1 2 3
12 Nitrous AND Oxide
13 entonox
14 #9 or #10 or #11 or #12 or #13
15 #8 and #14
17 #8 and #14 RESTRICT YR 2005

BASES DE DATOS GENERALES

MEDLINE (PUBMED): (resultados 1)

#1 Search PARTURITION "parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[All Fields]
#2 Search (parturition OR childbirth* OR intrapartum) ("parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[All Fields]) OR (childbirth[All Fields] OR childbirth/30[All Fields] OR childbirth/becoming[All Fields] OR childbirth/miscarriage[All Fields] OR childbirth/nurse[All Fields] OR childbirth/parenthood[All Fields] OR childbirth/parenting[All Fields] OR childbirth'[All Fields] OR childbirthconnection[All Fields] OR childbirthing[All Fields] OR childbirthis[All Fields] OR childbirths[All Fields] OR childbirthwas[All Fields]) OR intrapartum[All Fields]
#3 Search DELIVERY, OBSTETRIC "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric delivery"[All Fields] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "delivery, obstetric"[All Fields]
#4 Search LABOR, OBSTETRIC "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "labor, obstetric"[All Fields]
#5 Search LABOR PAIN "labor pain"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "pain"[All Fields]) OR "labor pain"[All Fields]
#6 Search #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5
#7Search Analgesia, obstetrical "analgesia, obstetrical"[MeSH Terms] OR ("analgesia"[All Fields] AND "obstetrical"[All Fields]) OR "obstetrical analgesia"[All Fields] OR ("analgesia"[All Fields] AND "obstetrical"[All Fields]) OR "analgesia, obstetrical"[All Fields]
#8 Search Anesthesia, Inhalation "anesthesia, inhalation"[MeSH Terms] OR ("anesthesia"[All Fields] AND "inhalation"[All Fields]) OR "inhalation anesthesia"[All Fields] OR ("anesthesia"[All Fields] AND "inhalation"[All Fields]) OR "anesthesia, inhalation"[All Fields]
#9 Search NITROUS OXIDE "nitrous oxide"[MeSH Terms] OR ("nitrous"[All Fields] AND "oxide"[All Fields]) OR "nitrous oxide"[All Fields]
#10 Search "NITROUS OXIDE" NITROUS OXIDE"
#11 Search Entonox "Entonox"[Substance Name] OR "Entonox"[All Fields] OR "entonox"[All Fields]
#12 Search #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12
#13 Search #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 Limits: Entrez Date from 2005/09/01 to 2008
#14 Search #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 Limits: Entrez Date from 2005/09/01 to 2008, Meta-Analysis, Review
#15 Search #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 Limits: Entrez Date from 2005/09/01 to 2008, Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, Controlled Clinical Trial

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

57. ¿Cuál es la efectividad del petidina para el alivio del dolor durante el parto?

58. ¿Cuál es la efectividad del pentazocina para el alivio del dolor durante el parto?

59. ¿Cuál es la efectividad del remifentanilo para el alivio del dolor durante el parto?

Estrategia de búsqueda RS y ECAs: opiaceos (petidina y pentazozina) y remifentanilo

En noviembre 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

COCHRANE: (resultados 10)

#1. PARITY término simple (MeSH)
#2. PARTURITION término simple (MeSH)
#3. (parturition or childbirth* or intrapartum)
#4. LABOR OBSTETRIC término simple (MeSH)
#5. DELIVERY OBSTETRIC término simple (MeSH)
#6 (labor next pain)
#7.. LABOR PAIN término simple (MeSH)
#8. (2 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7)
#9. ANALGESIA OBSTETRICAL término simple (MeSH)
#10 (obstetric* next adj next analgesi*)
#11. ANESTHESIA INHALATION término simple (MeSH)
#12. ((analgesi* or anhesthe*) and (adj1 next inhal*))
#13. (#9 or #10 or #11 or #12)
#14 MEPERIDINE término simple (MeSH)
#15. meperidin*
#16. pethidin*
#17. (#14 or #15 or #16)
#18 (#8 and #13 and #17)
#19. (#8 and #13 and #17) (2005 hasta la fecha actual)
#20. PENTAZOCINE término simple (MeSH)
#21. pentazoc*
#22. (#20 or #21)
#23. (#8 and #13 and #22)
#24 (#8 and #13 and #22) (2005 hasta la fecha actual)
#25. Remifentanyl
#26. remifentany*
#27. remifentan*
#28. (#33 or #34 or #35)
#29. (#8 and #13 and #28)
#30. (#8 and #13 and #28) (2005 hasta la fecha actual)

CRD DATABASES: (DARE + NHD EED + HTA) (resultados 0)

#1MeSH Parity EXPLODE 1 2
#2PARTURITION
#3parturition OR childbirth* OR intrapartum
#4MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1
#5MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1
#6MeSH Labor Pain EXPLODE 1 2 3
#7labor AND pain
#8#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7
#9MeSH Analgesia, Obstetrical EXPLODE 1
10 MeSH Meperidine EXPLODE 1 2
11 Meperidin*
#12 pethidin*

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

# 13	#10 or #11 or #12	
# 14	#8 and #9 and #13	
# 15	#8 and #9 and #13 RESTRICT YR 2005	
# 16	MeSH Pentazocine EXPLODE 1 2	
# 17	Pentazocin*	
# 18	Pentazoci*	
# 19	#8 and #9 and #30	
# 20	#17 or #18 or #19	
#21	#8 and #9 and #20	0
# 22	#8 and #9 and #30 RESTRICT YR 2005	
# 23	remifentanil	
# 24	remifentan*	
# 25	#23 or #24	
# 26	#8 and #9 and #25	
# 27	#8 and #25	
# 28	#8 and #9 and #25 RESTRICT YR 2005	

BASES DE DATOS GENERALES

MEDLINE (PUBMED): (resultados 3)

#1 Search PARTURITION "parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[All Fields]

#2 Search (parturition OR childbirth* OR intrapartum) "parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[All Fields]) OR (childbirth[All Fields] OR childbirth/30[All Fields] OR childbirth/becoming[All Fields] OR childbirth/miscarriage[All Fields] OR childbirth/nurse[All Fields] OR childbirth/parenthood[All Fields] OR childbirth/parenting[All Fields] OR childbirth'[All Fields] OR childbirthconnection[All Fields] OR childbirthing[All Fields] OR childbirthis[All Fields] OR childbirths[All Fields] OR childbirthwas[All Fields]) OR intrapartum[All Fields]

#3 Search DELIVERY, OBSTETRIC "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric delivery"[All Fields] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "delivery, obstetric"[All Fields]

#4 Search LABOR, OBSTETRIC "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "labor, obstetric"[All Fields]

#5 Search LABOR PAIN "labor pain"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "pain"[All Fields]) OR "labor pain"[All Fields]

#6 Search #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5

#7Search Analgesia, obstetrical "analgesia, obstetrical"[MeSH Terms] OR ("analgesia"[All Fields] AND "obstetrical"[All Fields]) OR "obstetrical analgesia"[All Fields] OR ("analgesia"[All Fields] AND "obstetrical"[All Fields]) OR "analgesia, obstetrical"[All Fields]

#8 Search Meperidine "meperidine"[MeSH Terms] OR "meperidine"[All Fields]

#9 Search Meperidin* meperidin[All Fields] OR meperidina[All Fields] OR meperidine[All Fields] OR meperidine/addiction[All Fields] OR meperidine/administration[All Fields] OR meperidine/analysis[All Fields] OR meperidine/anesthesia[All Fields] OR meperidine/antagonists[All Fields] OR meperidine/atropine[All Fields] OR meperidine/atropine/diazepam[All Fields] OR meperidine/biosynthesis[All Fields] OR meperidine/blood[All Fields] OR meperidine/chemistry[All Fields] OR meperidine/classification[All Fields] OR meperidine/contraindications[All Fields] OR meperidine/derivatives[All Fields] OR meperidine/determination[All Fields] OR meperidine/diazepam[All Fields] OR meperidine/economics[All Fields] OR meperidine/effects[All Fields] OR meperidine/fentanyl[All Fields] OR meperidine/history[All Fields] OR meperidine/hydroxyzine[All Fields] OR meperidine/immunology[All Fields] OR meperidine/in[All Fields] OR meperidine/injurious[All Fields] OR meperidine/kg/d[All Fields] OR meperidine/kg/day[All Fields] OR meperidine/metabolism[All Fields] OR meperidine/midazolam[All Fields] OR meperidine/ml[All Fields] OR meperidine/pharmacokinetics[All Fields] OR meperidine/pharmacology[All Fields] OR meperidine/physiology[All Fields] OR meperidine/poisoning[All Fields] OR meperidine/preparation[All Fields] OR meperidine/promazine[All Fields] OR meperidine/promethazine[All Fields] OR meperidine/related[All Fields] OR meperidine/standards[All Fields] OR meperidine/therapeutic[All Fields] OR

Han transcurrido más de 6 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

meperidine/therapy[All Fields] OR meperidine/toxicity[All Fields] OR meperidine/toxicology[All Fields] OR meperidine/urine[All Fields] OR meperidine'[All Fields] OR meperidine's[All Fields] OR meperidines[All Fields] OR meperidinic[All Fields] OR meperidinyl[All Fields]

#10 Search Pethidine "meperidine"[MeSH Terms] OR "meperidine"[All Fields] OR "pethidine"[All Fields]

#11 Search Pethidin* pethidin[All Fields] OR pethidin/kg[All Fields] OR pethidin/promethazin[All Fields] OR pethidina[All Fields] OR pethidinanaestesi[All Fields] OR pethidinanaesthesi[All Fields] OR pethidinapplikation[All Fields] OR pethidine[All Fields] OR pethidine/atropine[All Fields] OR pethidine/bupivacaine[All Fields] OR pethidine/diazepam[All Fields] OR pethidine/droperidol/atropine[All Fields] OR pethidine/effects[All Fields] OR pethidine/entonox[All Fields] OR pethidine/flunitrazepam[All Fields] OR pethidine/glucagon[All Fields] OR pethidine/in[All Fields] OR pethidine/kg[All Fields] OR pethidine/kg/hr[All Fields] OR pethidine/morphine[All Fields] OR pethidine/norpethidine[All Fields] OR pethidine/promethazine[All Fields] OR pethidine/promethazine/chlorpromazine[All Fields] OR pethidine's[All Fields] OR pethidinesparine[All Fields] OR pethidingabe[All Fields] OR pethidinhydrochlorid[All Fields] OR pethidinhydrochloridlosungen[All Fields] OR pethidinic[All Fields] OR pethidinlystgas[All Fields] OR pethidins[All Fields] OR pethidinu[All Fields]

#12 #8 or #9 or #10 or #11

#13 #6 and #7 and #12

#14 #6 and #7 and #12 and ("2005/09"[Publication Date] : "3000"[Publication Date])

#15 #6 and #7 and #12 and ("2005/09"[Publication Date] : "3000"[Publication Date])
Limits: Meta-Analysis, Review

#16 #6 and #7 and #12 and ("2005/09"[Publication Date] : "3000"[Publication Date])
Limits: Clinical Trial, Randomized Controlled Trial

#17 Search Pentazocine "pentazocine"[MeSH Terms] OR "pentazocine"[All Fields]

#18 Search Pentazoci* pentazocin[All Fields] OR pentazocin/etomidat[All Fields] OR pentazocin/etomidate[All Fields] OR pentazocina[All Fields] OR pentazocine[All Fields] OR pentazocine/analysis[All Fields] OR pentazocine/blood[All Fields] OR pentazocine/chemistry[All Fields] OR pentazocine/classification[All Fields] OR pentazocine/contraindications[All Fields] OR pentazocine/etomidate[All Fields] OR pentazocine/flunitrazepam[All Fields] OR pentazocine/history[All Fields] OR pentazocine/immunology[All Fields] OR pentazocine/kg[All Fields] OR pentazocine/metabolism[All Fields] OR pentazocine/methylphenidate[All Fields] OR pentazocine/midazolam[All Fields] OR pentazocine/morphine[All Fields] OR pentazocine/naloxone[All Fields] OR pentazocine/pharmacokinetics[All Fields] OR pentazocine/pharmacology[All Fields] OR pentazocine/poisoning[All Fields] OR pentazocine/standards[All Fields] OR pentazocine/toxicity[All Fields] OR pentazocine/tripelennamine[All Fields] OR pentazocine/urine[All Fields] OR pentazocine's[All Fields] OR pentazocinez[All Fields]

19Search #27 or #28

#20 #6 and #7 and #19

#21 #6 and #7 and #19 and ("2005/09"[Publication Date] : "3000"[Publication Date])

#22 Search "remifentanil "[Substance Name] "remifentanil "[Substance Name]

#23 Search remifentanil "remifentanil"[Substance Name] OR "remifentanil"[All Fields]

#24 #23 or #24

#25 #6 and #7 and #24

#26 #6 and #7 and #24 and ("2005/09"[Publication Date] : "3000"[Publication Date])

#27 #6 and #7 and #24 and ("2005/09"[Publication Date] : "3000"[Publication Date])
Limits: Meta-Analysis, Review

#28 #6 and #7 and #24 and ("2005/09"[Publication Date] : "3000"[Publication Date])
Limits: Clinical Trial, Randomized Controlled Trial

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y puede contener su actualización.

Analgesia Neuroaxial.

60. ¿Cuál es la efectividad de la analgesia neuroaxial?

Estrategia de búsqueda RS

En octubre 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

Límites: 2005-

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

COCHRANE LIBRARY PLUS: (3 revisiones)

#1. "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Onset"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR parto*:TI
#2. "Analgesia, Epidural"[Mesh] OR ((Neuroaxia* OR Epidura* OR Combina*) AND Analges*)
#3. "Analgesics, Opioid"[Mesh] OR "Meperidine"[Mesh]) OR "Pentazocine"[Mesh] OR "Nitrogen Oxides"[Mesh] OR (Opiaceos parenterales) OR Meperidin* OR Petidina OR Isonipecain OR Dolsin OR Dolosal OR Dolin OR Operidina OR Dolantin OR Dolargan OR Meperidina OR Lidol OR Demerol OR Dolcontral Pentazocina OR Talwin OR Lexir OR Fortral OR "oxido nitroso" OR remifentanil OR Ultiva OR GI87084B OR GI-87084B
#4. (((((("Massage"[Mesh] OR "Breathing Exercises"[Mesh]) OR ("Acupuncture Therapy"[Mesh] OR "Acupuncture"[Mesh] OR "Acupuncture Analgesia"[Mesh])) OR "Hypnosis, Anesthetic"[Mesh]) OR "Aromatherapy"[Mesh]) OR "Audioanalgesia"[Mesh]) OR "Transcutaneous Electric Nerve Stimulation"[Mesh] OR Immersi* OR respira* OR Acupunt* or hipnos* OR AromateraP* OR Audioanalges* OR TENS OR (inyeccio* agua)

Publication Date from 2005

CRD DATABASES: (0 resultado)

#1. MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1 OR MeSH Labor Onset EXPLODE 1 OR MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1 OR LABOR* OR LABOUR* OR PARTURITION* OR BIRTH* OR CHILDBIRTH*
#2. MeSH Analgesia, Epidural EXPLODE 1 OR ((Neuroaxia* OR Epidura* OR Combinat*) AND Analges*)
#3. (MeSH Analgesics, Opioid EXPLODE 1 2 3) OR (MeSH Meperidine EXPLODE 1 2) OR (MeSH Pentazocine EXPLODE 1 2) OR OR "Nitrogen Oxides"[Mesh] OR "parenteral Opioid" OR Meperidine* OR Pethidine OR Isonipecain OR Dolsin OR Dolosal OR Dolin OR Operidine OR Dolantin OR Dolargan OR Meperidine OR Lidol OR Lydol OR Demerol OR Dolcontral Penthazocine OR Talwin OR Lexir OR Fortral OR "Nitrogen Oxides" OR remifentanil OR Ultiva OR GI87084B OR GI-87084B
#4. (MeSH Mind-Body and Relaxation Techniques EXPLODE 1) OR (MeSH Massage EXPLODE 1 2 3) OR (MeSH Breathing Exercises EXPLODE 1 2) OR (MeSH Acupuncture Therapy EXPLODE 1) OR (MeSH Acupuncture Analgesia EXPLODE 1 2) OR (MeSH Aromatherapy EXPLODE 1 2 3 4) OR (MeSH Audioanalgesia EXPLODE 1) OR "Transcutaneous Electric Nerve Stimulation" OR Immersi* OR Breath* OR Acupunct* or hypnos* OR AromatheraP* OR Audioanalges* OR TENS OR "water injections"

Limites: 2005-

BASES DE DATOS GENERALES:

PUBMED: (7 resultado)

#1. "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Onset"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR Labor* OR Labour* OR Parturition* OR Birth* OR Childbirth*
#2. "Analgesia, Epidural"[Mesh] OR ((Neuroaxia* OR Epidura* OR Combinat*) AND Analges*)
#3. ((("Analgesics, Opioid"[Mesh] OR "Meperidine"[Mesh]) OR "Pentazocine"[Mesh]) OR "remifentanil "[Substance Name]) OR "Nitrogen Oxides"[Mesh] OR "parenteral Opioid" OR Meperidine* OR Pethidine OR Isonipecain OR Dolsin OR Dolosal OR Dolin OR Operidine OR Dolantin OR Dolargan OR Meperidine OR Lidol OR Lydol OR Demerol OR Dolcontral Penthazocine OR Talwin OR Lexir OR Fortral OR "Nitrogen

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Oxides" OR remifentanil OR Ultiva OR GI87084B OR GI-87084B

#4. (((((("Massage"[Mesh] OR "Breathing Exercises"[Mesh]) OR ("Acupuncture Therapy"[Mesh] OR "Acupuncture"[Mesh] OR "Acupuncture Analgesia"[Mesh])) OR "Hypnosis, Anesthetic"[Mesh]) OR "Aromatherapy"[Mesh]) OR "Audioanalgesia"[Mesh]) OR "Transcutaneous Electric Nerve Stimulation"[Mesh] OR Immersi* OR Breath* OR Acupunct* or hypnos* OR AromatheraP* OR Audioanalges* OR TENS OR "water injections"

#5. #1 AND #2 OR (6 OR #4)

Limites: Systematic Reviews AND "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]

Limites: Publication Date from 2005

61. ¿Cuál es la efectividad de las siguientes técnicas de analgesia neuroaxial obstétrica: Epidural tradicional vs Epidural a bajas dosis vs Combinada (intradural-epidural)?

Estrategia de búsqueda RS

En octubre 2008 se han llevado a cabo tres estrategias de búsqueda específicas, una búsqueda para cada uno de los apartados de la pregunta, en las siguientes bases de datos:

1. Analgesia epidural frente a analgesia combinada

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

CRD DATABASES (2 resultados):

#1. MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1 OR MeSH Labor Onset EXPLODE 1 OR MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1 OR LABOR* OR LABOUR* OR PARTURITION* OR BIRTH* OR CHILDBIRTH*

#2. MeSH Analgesia, Epidural EXPLODE 1 OR epidural*

#3. ((epidural* AND Intrathec*) OR Combin*) AND Analges*

LIMIT: 2005-

COCHRANE LIBRARY PLUS (6 resultados)

#1. "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Onset"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR parto*:TI

#2. "Analgesia, Epidural"[Mesh] OR (Epidura* Analges*)

#3. ((epidural* AND Intrathec*) OR Combin*) AND Analges*

#4. Publication Date from 2005

BASES DE DATOS GENERALES:

PUBMED (9 resultados):

#1. "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Onset"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR Labor* OR Labour* OR Parturition* OR Birth* OR Childbirth*

#2. "Analgesia, Epidural"[Mesh] OR (Epidura* Analges*)

#3. ((epidural* AND Intrathec*) OR Combin*) AND Analges*

Limites: Systematic Reviews AND "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]

Limites: Publication Date from 2005

2. Analgesia epidural frente a bajas dosis

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

CRD DATABASES (0 resultado):

#1. MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1 OR MeSH Labor Onset EXPLODE 1 OR MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1 OR LABOR* OR LABOUR* OR PARTURITION* OR BIRTH* OR CHILDBIRTH*

#2. MeSH Analgesia, Epidural EXPLODE 1

#3. (dose* OR Dosage*) AND Low* AND (Traditional* OR HIGH*)

LIMIT: 2005-

BASES DE DATOS GENERALES:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y está pendiente su actualización

PUBMED (7 resultado):

#1. "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Onset"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR Labor* OR Labour* OR Parturition* OR Birth* OR Childbirth*
#2. "Analgesia, Epidural"[Mesh] OR ((Epidura* Analges*)
#3. (dose* OR Dosage*) AND Low* AND (Traditional* OR HIGH*)

Limites: Systematic Reviews AND "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]

Limites: Publication Date from 2005

3. Analgesia combinada frente a analgesia epidural a bajas dosis

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

CRD DATABASES (o resultados hta y 3 DARE):

#1. MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1 OR MeSH Labor Onset EXPLODE 1 OR MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1 OR LABOR* OR LABOUR* OR PARTURITION* OR BIRTH* OR CHILDBIRTH*
#2. MeSH Analgesia, Epidural EXPLODE 1 OR (Epidura* AND Analges*)
#3. (epidural* Intradura* analges*) OR (combin* analg*)
#4. #1 AND #2 AND #3

Limites: 2005-

COCHRANE LIBRARY PLUS (1 revisiones)

#1. "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Onset"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR parto*:TI
#2. "Analgesia, Epidural"[Mesh] OR (Epidura* AND Analges*)
#3. (epidural* Intradura* analges*) OR (combin* analg*)
#4. #1 AND #2 AND #3
#5. Publication Date from 2005

BASES DE DATOS GENERALES:

PUBMED (8 resultado):

#1. "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Onset"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR Labor* OR Labour* OR Parturition* OR Birth* OR Childbirth*
#2. "Analgesia, Epidural"[Mesh] OR (Epidura* AND Analges*)
#3. "Analgesia, Epidural"[Mesh] OR (Epidura* AND Analges*)
#4. (epidural* (Intradura*OR Spinal*) analges*) OR (combin* analg*)
#5. #1 AND #2 AND #3

Limites: Systematic Reviews AND "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]

Limites: Publication Date from 2005

62. ¿Es útil realizar un estudio de coagulación de forma sistemática previo a la administración de una analgesia neuroaxial?

Estrategia de búsqueda RS

En julio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

COCHRANE: (3 resultados)

#1. HEMOSTASIS término simple (MeSH)
#2. PLATELET FUNCTION TESTS término simple (MeSH)
#3. BLOOD PLATELETS término simple (MeSH)
#4. PLATELET COUNT término simple (MeSH)
#5. BLOOD COAGULATION término simple (MeSH)
#6. BLEEDING TIME término simple (MeSH)
#7. BLOOD COAGULATION TESTS término simple (MeSH)
#8. (((count* OR CONTA* OR test* OR ANALI* OR analy* OR stud* OR ESTUD*) AND

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

(platelet* OR PLAQUETA* OR coagulat* OR COAGULAC* OR clot*)) OR (bleeding time))
#9. (hemostasi* OR haemostasi*)
#10. (2 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9)
#11. ANALGESIA EPIDURAL término simple (MeSH)
#12. ANALGESIA OBSTETRICAL término simple (MeSH)
#13. ((epidural*:TI OR regional*:TI OR neuroaxial*:TI) AND analgesi*:TI) OR ((epidural*:AB OR regional*:AB OR neuroaxial*:AB) AND analgesi*:AB)
#14. (#11 OR #12 OR #13)
#15. (#10 AND #14)

CRD: (1 resultado DARE)
#1. MeSH Blood Coagulation EXPLODE 1
#2. MeSH Platelet Count EXPLODE 1 2 3 4 5
#3. MeSH Blood Platelets EXPLODE 1 2
#4. MeSH Platelet Function Tests EXPLODE 1
#5. MeSH Hemostasis EXPLODE 1
#6. MeSH Bleeding Time EXPLODE 1 2
#7. MeSH Blood Coagulation Tests EXPLODE 1
#8. ((count* OR TEST* OR ANALY* OR STUD*) AND (platelet* OR COAGULAT* OR CLOT*)) OR "BLEEDING TIME"
#9. hemostasi* OR hAEMOSTASI*
#10. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9
#11. MeSH Analgesia, Obstetrical EXPLODE 1
#12. MeSH Analgesia, Epidural EXPLODE 1
#13. (EPIDURAL* OR REGIONAL* OR NEUROAXIAL*) AND ANALGESI*
#14. #11 OR #12 OR #13
#15. #10 AND #14

BASES DE DATOS GENERALES:

PUBMED: (5 resultados)
#1. Search "Blood Coagulation"[Mesh] OR "Platelet Count"[Mesh] OR "Blood Platelets"[Mesh] OR "Platelet Function Tests"[Mesh] OR "Hemostasis"[Mesh] OR "Bleeding Time"[Mesh] OR "Blood Coagulation Tests"[Mesh]
#2. Search ((count* OR TEST* OR ANALY* OR STUD*) AND (platelet* OR COAGULAT* OR CLOT*)) OR "BLEEDING TIME"
#3. Search hemostasi* OR hAEMOSTASI*
#4. Search #1 OR #2 OR #3
#5. Search "Analgesia, Obstetrical"[Mesh] AND NEUROAXI*
#6. Search "Analgesia, Epidural"[Mesh]
#7. Search (EPIDURAL* OR REGIONAL* OR NEUROAXIAL*) AND ANALGESI*
#8. Search #4 OR #5 OR #6
#9. Search #7 AND #8
#10. Search #9 Limits: Systematic Reviews OR COCHRANE

Estrategia de búsqueda ECAs

En agosto 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

ECAS publicados:

The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL): (35 resultados)
#1. HEMOSTASIS término simple (MeSH)
#2. PLATELET FUNCTION TESTS término simple (MeSH)
#3. BLOOD PLATELETS término simple (MeSH)
#4. PLATELET COUNT término simple (MeSH)
#5. BLOOD COAGULATION término simple (MeSH)
#6. BLEEDING TIME término simple (MeSH)
#7. BLOOD COAGULATION TESTS término simple (MeSH)
#8. (((count* OR CONTA* OR test* OR ANALI* OR analy* OR stud* OR ESTUD*) AND (platelet* OR PLAQUETA* OR coagulat* OR COAGULAC* OR clot*)) OR (bleeding

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

time))
#9. (hemostasi* OR haemostasi*)
#10. (2 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9)
#11. ANALGESIA EPIDURAL término simple (MeSH)
#12. ANALGESIA OBSTETRICAL término simple (MeSH)
#13. (((INTRADURAL*:TI OR SPINAL*:TI OR epidural*:ti OR regional*:ti OR neuroaxial*:ti) AND analgesi*:ti) OR ((epidural*:ab OR regional*:ab OR neuroaxial*:ab OR SPINAL*:AB OR INTRADURAL*:AB) AND analgesi*:ab))
#14. (#11 OR #12 OR #13)
#15. (#10 AND #14)

PUBMED: (7 resultados)
#1. "Blood Coagulation"[Mesh] OR "Platelet Count"[Mesh] OR "Blood Platelets"[Mesh] OR "Platelet Function Tests"[Mesh] OR "Hemostasis"[Mesh] OR "Bleeding Time"[Mesh] OR "Blood Coagulation Tests"[Mesh]
#2. ((count* OR TEST* OR ANALY* OR STUD*) AND (platelet* OR COAGULAT* OR CLOT*)) OR "BLEEDING TIME"
#3. hemostasi* OR hAEMOSTASI*
#4. #1 OR #2 OR #3
#5. (("Analgesia, Obstetrical"[Mesh] OR ANALGESI*) AND (EPIDURAL* OR REGIONAL* OR NEUROAXIAL* OR INTRADURAL* OR SPINAL*)) OR "Analgesia, Epidural"[Mesh]
#6. "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh]) OR "Parturition"[Mesh] OR labor* OR labour* OR delivery* OR PARTURIT* OR BIRTH* OR CHILDBIRTH*
#7. #4 AND #5 AND #6 Limits: Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, Controlled Clinical Trial

EMBASE: (45 resultados)
#1. blood clotting/ OR Blood Clotting Parameters/ OR Bleeding Time/ OR Blood Clotting Test/ OR exp blood analysis/ OR exp blood clotting/ OR exp thrombocyte/ OR HEMOSTASIS/
#2. ((count* OR TEST* OR ANALY* OR STUD*) AND (platelet* OR COAGULAT* OR CLOT*)) OR "BLEEDING TIME".ab,ti.
#3. (hemostasi* OR hAEMOSTASI*).mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer name]
#4. #1 OR #2 OR #3
#5. (analgesia/ or ANALGESI*.mp.) and (INTRADURAL* or SPINAL* or EPIDURAL* or REGIONAL* or NEUROAXIAL*).mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer name]
#6. exp childbirth/ OR exp obstetric care/ OR exp birth/ OR labor* OR labour* OR delivery* OR PARTURIT* OR BIRTH* OR CHILDBIRTH*
#7. exp controlled clinical trial/ OR exp clinical study/ OR "CLINICAL TRIAL" OR "CLINICAL TRIALS".ti.
#8. #4 AND #5 AND #6 AND #7

63. ¿Cuál es la efectividad de la perfusión de soluciones intravenosas (cristaloides, coloides) previa a la realización de una técnica de analgesia neuroaxial obstétrica?

Estrategia de búsqueda RS

En julio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

COCHRANE LIBRARY PLUS: (3 resultados)
#1. SOLUTIONS término simple (MeSH) OR INFUSIONS INTRAVENOUS término simple (MeSH) OR ((solution* OR SOLUC*) and (intravenous* OR INTRAVENOS*)) OR COLLOIDS término simple (MeSH) OR (colloid* OR COLOIDE* or CRISTALOIDE* OR crystalloid*)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

#2. LABOR OBSTETRIC término simple (MeSH) OR LABOR ONSET término simple (MeSH) OR DELIVERY OBSTETRIC término simple (MeSH) OR labor* or labour* or parturition* OR BIRTH* OR CHILDBIRTH* OR PARTO*
#3. ("Analgesia, Epidural"[Mesh]OR "Analgesia, Obstetrical"[Mesh]) and (NEUROAXI* or REGIONAL*)
#4. ANALGESI* AND (NEUROAXI* OR epidural* OR REGIONAL*)
#5. #1 AND #2 AND #3 Limits: Systematic Reviews OR COCHRANE

CRD DATABASES: (1 resultado)

#1. MeSH Infusions, Intravenous EXPLODE 1
#2. MeSH Solutions EXPLODE 1
#3. MeSH Colloids EXPLODE 1 2 3
#4. ((solution* OR SOLUC*) AND (intravenous* OR INTRAVENOS*) OR (colloid* OR COLOIDE* OR CRISTALOIDE* OR crystalloid*)
#5. #1 OR #2 OR #3 OR #4
#6. MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1
#7. MeSH Labor Onset EXPLODE 1
#8. MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1
#9. labor* OR labour* OR parturition* OR BIRTH* OR CHILDBIRTH* OR PARTO*
#10. #6 OR #7 OR #8 OR #9
#11. MeSH Analgesia, Epidural EXPLODE 1
#12. MeSH Analgesia, Obstetrical EXPLODE 1
#13. ANALGESI* AND (NEUROAXI* OR epidural* OR REGIONAL*)
#14. #11 OR #12 OR #13
#15. #5 AND #10 AND #14

BASES DE DATOS GENERALES:

PUBMED: (3 resultados)

#1. "Solutions"[Mesh] OR "Infusions, Intravenous"[Mesh] OR (SOLUTION* AND INTRAVENOUS*) OR "Colloids"[Mesh] OR "crystalloid solutions "[Substance Name] OR COLLOID* OR CRYSTALLOID*
#2. (("Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Onset"[Mesh]) OR "Delivery, Obstetric"[Mesh]) OR LABOR* OR LABOUR* OR PARTURITION*
#3. "Analgesia, Obstetrical"[Mesh] OR (ANALGESI* AND (NEUROAXI OR epidural)*
#4. ANALGESIA OBSTETRICAL término simple (MeSH) and (NEUROAXI* or epidur* OR REGIONAL)
#5. #1 AND #2 AND #3 Limits: Systematic Reviews OR COCHRANE

64. ¿Se debe posponer la instauración de una analgesia obstétrica neuroaxial hasta una fase avanzada del parto?

Estrategia de búsqueda RS

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en bases de datos específicas en julio de 2008:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane: (11 referencias)

#1. ANALGESIA OBSTETRICAL término simple (MeSH) OR ANALGESIA EPIDURAL término simple (MeSH) OR ((ANALGESICS término simple (MeSH) OR analgesi*) AND (obstetric*:ti or region*:ti or neuroaxi*:ti or intradur*:ti or espin*:ti or epidur*:ti or analgesi*:ab and obstetric*:ab or region*:ab or neuroaxi*:ab or intradur*:ab or espin*:ab or epidur*:ab))
#2. DELIVERY OBSTETRIC término simple (MeSH) OR LABOR OBSTETRIC término simple (MeSH) OR PARTURITION término simple (MeSH) OR labor* or labour* or parturit*
#3. (2 and #2) (2006 hasta la fecha actual)

DARE y HTA: (9 referencias)

#1. MeSH Analgesia, Obstetrical EXPLODE 1 OR MeSH Analgesics EXPLODE 1 2 OR MeSH Analgesia, Epidural EXPLODE 1 OR (ANALGESI* AND (OBSTETRIC* OR REGION* OR

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

NEUROAXI* OR INTRADUR* OR ESPIN* OR EPIDUR*))
#2. MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1 OR MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1 OR MeSH Parturition EXPLODE 1 OR labor* OR labour* OR parturit*
#3. #1 AND #2 RESTRICT YR 2006

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (31 referencias)
#1. "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Parturition"[Mesh] OR (labor* OR labour* OR parturit* Field: Title)
#2. "Analgesia, Obstetrical"[Mesh] OR "Analgesia, Epidural"[Mesh] OR (("Analgesics"[Mesh] OR ANALGESI*) AND (OBSTETRIC* OR REGION* OR NEUROAXI* OR INTRADUR* OR ESPIN* OR EPIDUR*))
#3. #1 AND #2 Limits: Publication Date from 2006, Systematic Reviews OR "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]

65. ¿Cómo influye el modo de administración de la analgesia sobre el parto y sus resultados?

Estrategia de búsqueda RS

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en bases de datos específicas en julio de 2008:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane: (2 referencias)
#1. ANALGESIA EPIDURAL término simple (MeSH) OR epidural:ti
#2. DRUG ADMINISTRATION ROUTES término simple (MeSH) OR (administer* OR administra* OR applicat*) AND (DRUG* OR ANALGESI*)
#3. (labor*:ti or labour*:ti or dilat*:ti or parturit*:ti or parto*:ti) OR LABOR OBSTETRIC término simple (MeSH) OR LABOR ONSET término simple (MeSH) OR DELIVERY OBSTETRIC término simple (MeSH) OR PARTURITION término simple (MeSH)
#4. (2 AND #2) AND #3
#5. #4 (2006 hasta la fecha actual)

DARE y HTA: (1 referencias)
#1. MeSH Analgesia, Epidural EXPLODE 1 OR epidural:TI
#2. MeSH Drug Administration Routes EXPLODE 1 OR (administer* OR administra* OR applicat*) AND (DRUG* OR ANALGESI*)
#3. MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1 OR (labor*:ti OR labour*:ti OR dilat*:ti OR parturit*:ti) OR MeSH Labor Onset EXPLODE 1 OR MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1 OR MeSH Parturition EXPLODE 1
#4. (2 AND #2) AND #3
#5. #4 RESTRICT YR 2006

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (5 referencias)
#1. Search "Analgesia, Epidural"[Mesh] OR epidural[TI]
#2. Search "Drug Administration Routes"[Mesh] OR (administer* OR administra* OR applicat*) AND (DRUG* OR ANALGESI*)
#3. Search "Parturition"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Onset"[Mesh] OR "Labor, Obstetric"[Mesh] OR (Labor*[ti] OR Labour*[ti] OR Dilat*[ti] OR parturit*[ti]
#4. Search (#1 AND #2) AND #3
#5. Search #4 Limits: Systematic Reviews
#6. Search #4 AND "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]
#7. Search #5 OR #6
#8. Search #7 Limits: Publication Date from 2006/01/01

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

66. ¿Cuál es la efectividad de la vigilancia materna durante el establecimiento y mantenimiento de la analgesia neuroaxial?

Estrategia de búsqueda RS

En julio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

Límites: 2006-

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

COCHRANE LIBRARY PLUS: (8 resultados)

#1. ANALGESIA OBSTETRICAL término simple (MeSH) OR ANALGESICS término simple (MeSH) OR ANALGESIA EPIDURAL término simple (MeSH) OR (analgesi* AND (obstetric* OR region* OR neuroaxi* OR intradur* OR espin* OR epidur*))
#2. MONITORING PHYSIOLOGIC término simple (MeSH) OR PHYSICAL EXAMINATION término simple (MeSH) OR ((observ*:TI OR attent*:TI OR vigilanc*:TI OR exam*:TI OR monitOR*:TI) AND (woman*:TI OR women*:TI OR matern*:TI OR mother*:TI)) OR ((observ*:AB OR attent*:AB OR vigilanc*:AB OR exam*:AB OR monitOR*:AB) AND (woman*:AB OR women*:AB OR matern*:AB OR mother*:AB))
#3. DELIVERY OBSTETRIC término simple (MeSH) OR LABOR OBSTETRIC término simple (MeSH) OR labOR*:ti OR labour*:ti OR partio*:ti OR partur*:ti OR labOR*:ab OR labour*:ab OR partur*:ab OR parto*:ab
#4. (2 AND #2 AND #3) (2006 hasta la fecha actual)

Other Published Reviews : (2 resultados):

CRD DATABASES: (3 resultados DARE)

#1. MeSH Analgesia, Obstetrical EXPLODE 1 OR MeSH Analgesics EXPLODE 1 2 OR MeSH Analgesia, Epidural EXPLODE 1 OR (ANALGESI* AND (OBSTETRIC* OR REGION* OR NEUROAXI* OR INTRADUR* OR ESPIN* OR EPIDUR*))
#2. MeSH MonitORing, Physiologic EXPLODE 1 OR MeSH Physical Examination EXPLODE 1 OR ((observ* OR attent* OR VIGILANC* OR EXAM* OR MONITOR*) AND (woman* OR WOMEN* OR matern* OR mother*))
#3. MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1 OR MeSH LabOR, Obstetric EXPLODE 1 OR labOR* OR Labour* OR PARTUR*
#4. #1 OR #2 OR #3 RESTRICT YR 2006

BASES DE DATOS GENERALES:

PUBMED: (13 resultados)

#1. "Analgesia, Obstetrical"[Mesh] OR "Analgesics"[Mesh] OR "Analgesia, Epidural"[MeSH] OR (ANALGESI* AND (OBSTETRIC* OR REGION* OR NEUROAXI* OR INTRADUR* OR ESPIN* OR EPIDUR*))
#2. "MonitORing, Physiologic"[Mesh] OR "Physical Examination"[Mesh] OR (observ* OR attent* OR VIGILANC* OR EXAM* OR MONITOR*) AND (woman* OR WOMEN* OR matern* OR mother*)
#3. "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR "LabOR, Obstetric"[Mesh] OR labOR*[TI] OR Labour*[TI] OR PARTUR*[TI]
#4. #1 AND #1 AND #3 Limits: Publication Date from 2006, Systematic Reviews OR "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]

67. ¿Cómo influye el anestésico local empleado en la analgesia neuroaxial obstétrica?

Estrategia de búsqueda RS

En julio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane: (4 referencia)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

#1. ANESTHESIA LOCAL término simple (MeSH) OR ANESTHETICS LOCAL término simple (MeSH) OR ((anesthe* or anaesthe* OR ANESTESI*) and local*)
#2. ANALGESIA EPIDURAL término simple (MeSH) OR (analges*:TI OR ANALGESI*:AB) and (epidural*:TI OR EPIDURAL:AB)
#3. LABOR OBSTETRIC término simple (MeSH) OR LABOR ONSET término simple (MeSH) OR DELIVERY OBSTETRIC término simple (MeSH) OR (labor* or labour* or parturition* or birth* or childbirth* OR PARTO*)
#4. (2 AND #2 AND #3)
#5. #4 (2006 hasta la fecha actual)

CRD Database (DARE y HTA): (3 referencia)

#1. MeSH Anesthesia, Local EXPLODE 1 OR MeSH Anesthetics, Local EXPLODE 1 2 3 OR ((Anesthe* OR anaesthe*) AND LOCAL*)
#2. MeSH Analgesia, Epidural EXPLODE 1 OR (ANALGES* AND EPIDURAL*)
#3. MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1 OR MeSH Labor Onset EXPLODE 1 OR MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1 OR LABOR* OR LABOUR* OR PARTURITION* OR BIRTH* OR CHILDBIRTH*
#4. #1 AND #2 AND #3 RESTRICT YR 2006

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (1 referencias)

#1. Search "Anesthesia, Local"[Mesh] OR "Anesthetics, Local"[Mesh] OR ((Anesthe* OR anaesthe*) AND LOCAL*)
#2. Search "Analgesia, Epidural"[Mesh] OR (ANALGES* AND EPIDURAL*)
#3. (("Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Onset"[Mesh]) OR "Delivery, Obstetric"[Mesh]) OR LABOR* OR LABOUR* OR PARTURITION* OR BIRTH* OR CHILDBIRTH*
#4. Search #1 AND #2 AND #3
#5. Search #4 Limits: Systematic Reviews AND "cochrane database of systematic reviews online"[Journal] Limits: Publication Date from 2006

68. ¿Cómo influye el uso de opioides y coadyuvantes neuroaxiales sobre el parto y sus resultados?

Estrategia de búsqueda RS

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en bases de datos específicas en julio de 2008:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane: (4 referencias)

#1. DELIVERY OBSTETRIC término simple (MeSH) OR LABOR OBSTETRIC término simple (MeSH) OR PARTURITION término simple (MeSH) OR (labor*:TI or labour*:TI or partO*:TI OR PARTUR*:TI or alumbram*:TI) OR (labor*:AB or labour*:AB or partO*:AB OR PARTUR*:AB or alumbram*:AB)
#2. ANALGESIA OBSTETRICAL término simple (MeSH) OR ANALGESICS término simple (MeSH) OR ANALGESIA EPIDURAL término simple (MeSH) OR (analgesi*:ti and (obstetric*:ti or region*:ti or neuroaxi*:ti or intradur*:ti or espin*:ti or epidur*:ti)) OR (analgesi*:ab and (obstetric*:ab or region*:ab or neuroaxi*:ab or intradur*:ab or espin*:ab or epidur*:ab))
#3. ANALGESICS OPIOID término simple (MeSH) OR ADJUVANTS PHARMACEUTIC expandir todos los árboles (MeSH) OR ADJUVANTS IMMUNOLOGIC expandir todos los árboles (MeSH) OR (opio* or opiac* or coadjuvant* or co-adjuvant* or adjuvant* or coadyuvant* or co-adyuvant* or adyuvant*)
#4. (2 and #2 and #3) (2006 hasta la fecha actual)

DARE y HTA: (0 referencias)

#1. MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1 OR MeSH Labor, Obstetric EXPLODE 1 OR MeSH Parturition EXPLODE 1 OR labor* OR labour* OR parturit*
#2. MeSH Analgesia, Obstetrical EXPLODE 1 OR MeSH Analgesics EXPLODE 1 2 OR MeSH Analgesia, Epidural EXPLODE 1 OR (ANALGESI* AND (OBSTETRIC* OR REGION* OR

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización

NEUROAXI* OR INTRADUR* OR ESPIN* OR EPIDUR*))
#3. MeSH Analgesics, Opioid EXPLODE 1 OR MeSH Adjuvants, Pharmaceutic EXPLODE 1 2 OR MeSH Adjuvants, Immunologic EXPLODE 1 OR OPIOID* OR COADJUVANT* OR CO-ADJUVANT* OR ADJUVANT*
#4. #1 AND #2 AND #3 RESTRICT YR 2006

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (Pubmed): (5 referencias)
#1. "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Parturition"[Mesh] OR labor* OR labour* OR parturit*
#2. "Analgesia, Obstetrical"[Mesh] OR "Analgesics"[Mesh] OR "Analgesics "[Pharmacological Action]) OR "Analgesia, Epidural"[Mesh] OR (ANALGESI* AND (OBSTETRIC* OR REGION* OR NEUROAXI* OR INTRADUR* OR ESPIN* OR EPIDUR*))
#3. "Analgesics, Opioid"[Mesh] OR "Analgesics, Opioid "[Pharmacological Action] OR "Adjuvants, Pharmaceutic"[Mesh] OR "Adjuvants, Pharmaceutic "[Pharmacological Action] OR "Adjuvants, Immunologic"[Mesh] OR "Adjuvants, Immunologic "[Pharmacological Action] OR OPIOID* OR COADJUVANT* OR CO-ADJUVANT* OR ADJUVANT*
#4. #1 AND #2 AND #3 Limits: Publication Date from 2006, Systematic Reviews OR "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]-

69. ¿Se debe mantener la analgesia epidural durante la 2ª etapa del parto?

Estrategia de búsqueda RS

En julio 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

COCHRANE LIBRARY PLUS (3 resultados):
#1. PERINEUM término simple (MeSH) OR perine*:ti
#2. DELIVERY OBSTETRIC término simple (MeSH) OR LABOR STAGE THIRD término simple (MeSH) OR expulsi*
#3. ANALGESIA EPIDURAL término simple (MeSH) OR ANESTHESIA LOCAL término simple (MeSH) OR ((analgesi* OR anestesi* OR anesthesi*) AND (epidur* OR local*))
#4. (2 AND #2 AND #3)

CRD DATABASES (4 resultados DARE):
#1. MeSH Perineum EXPLODE 1 OR perine*
#2. MeSH Delivery, Obstetric EXPLODE 1 OR MeSH LabOR Stage, Third EXPLODE 1 OR expulsi*
#3. MeSH Analgesia, Epidural EXPLODE 1 OR MeSH Anesthesia, Local EXPLODE 1 OR ((ANALGESI* OR ANESTESI* OR anesthesi*) AND (EPIDUR* OR LOCAL*))
#4. #1 AND #2 AND #3

BASES DE DATOS GENERALES:

PUBMED (7 resultados):
#1. "Perineum"[Mesh] OR perine* [Ti]
#2. ("Delivery, Obstetric"[Mesh] OR "LabOR Stage, Third"[Mesh] OR expulsi*
#3. "Analgesia, Epidural"[Mesh] OR "Anesthesia, Local"[Mesh] OR ((ANALGESI* OR ANESTESI* OR anesthesi*) AND (EPIDUR* OR LOCAL*))
#4. #1 AND #2 AND #3 Limits: Systematic Reviews OR "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]

Han transcurrido más de un año desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización

VII. Monitorización fetal.

70. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: monitorización electrónica fetal continua (MEFC) frente a auscultación fetal intermitente (Estetoscopio de Pinard o Doppler)?

71. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC vs monitorización electrónica intermitente (MEFI)?

72. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC con o sin pulsioximetría fetal cuando se presentanalteraciones de la FCF?

73. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC con o sin análisis del segmento ST (STAN) del ECG fetal en presencia de un registro cardiotocográfico (RCTG) patológico?

74. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC con o sin microtoma de sangre de la calota fetal (MSF)?

75. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC con o sin estimulación de la calota fetal cuando se presentan alteraciones de la FCF?

Estrategia de búsqueda RS

En mayo 2008 se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda específica, en las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

Cochrane library plus:

#1. Cardiotocography
#2. fetal echocardiography
#3. labor and echocardiography
#4. fetal and (ultrasonography near doppler)
#5. wave-form analysis [no arroja resultados]
#6. fetal stan [no arroja resultados]
#7. oximetry and labor
#8. (fetal or labor) and pulse oximetry
#9. (fetal or labor) and gasometr*
#10. labor and auscultation

Límites: Revisiones sistemáticas (2006 hasta la fecha actual)

DARE:

#1. Cardiotocography
#2. fetal echocardiography [no arroja resultados]
#3. labor and echocardiogr* [no arroja resultados]
#4. fetal and ultrasonography
#5. wave-form analysis [no arroja resultados]
#6. fetal stan [no arroja resultados]
#7. oximetry and fetal
#8. (fetal or labor) and pulse oximetry
#9. (fetal or labor) and gasometr* [no arrja resultados]
#10. fetal and auscultation

Límites: 2006-08

BASES DE DATOS GENERALES:

MEDLINE (PubMed)

#1. "Fetal Monitoring/methods"[Mesh] OR "Cardiotocography"[Mesh] OR "Echocardiography"[Mesh] OR "Echocardiography"[Mesh] OR "Auscultation/methods"[Mesh] OR "Heart Auscultation"[Mesh] OR "Ultrasonography,

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Doppler"[Mesh] OR "Signal Processing, Computer-Assisted"[Mesh] OR "Heart Rate, Fetal"[Mesh] OR "Fetal Heart"[Mesh] OR "fetal monitor*" OR cardiotocogra* OR CTG OR echocardiogra* OR electrocardiogra* OR ecg OR auscultation OR "doppler ultrasound" OR (ST AND (analys* OR segment*)) OR STAN OR "wave-form analysis" OR "Oximetry/methods"[Mesh] OR "pulse oximetry" OR pulsioximetry

#2. labor OR labour OR delivery OR birth OR intrapartum OR parturition

#3. #1 AND #2 **AND Cochrane Database Syst Rev[ta]**

Limits: publication Date from 2006 to 2008

76. ¿Cómo influye la aplicación de un sistema de categorización de la MEFC en el resultado neonatal?

Estrategia de búsqueda RS

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en las citadas bases de datos en mayo de 2008:

BASES DE DATOS ESPECÍFICAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS:

BIBLIOTECA COCHRANE PLUS: [no arroja resultados]

#1. SIGNAL PROCESSING COMPUTER-ASSISTED término simple (MeSH)

#2. PROTOCOL*:TI OR CATEGOR*:TI OR SCHEM*:TI OR RECORD*:TI OR INTERPRETAT*:TI OR PATTERN*:TI OR CLASSIFICA*:TI OR INTERPRETAT*:TI OR LEVEL*:TI OR GRAD*:TI OR TRAC*:TI

#3. (2 OR #2)

#4. FETAL MONITORING término simple (MeSH)

#5. HEART RATE FETAL término simple (MeSH)

#6. CTG:TI OR EFM:TI OR FHR:TI OR CARDIOTOCO*:TI OR MONITORI*:TI OR FET*:TI

#7. (5 OR #5 OR #6)

#8. (6 AND #7)

CDR (DARE Y HTA) (2 referencias):

#1. MeSH Signal Processing, Computer-Assisted EXPLODE 1

#2. PROTOCOL:TI OR CATEGOR*:TI OR SCHEM*:TI OR RECORD*:TI OR INTERPRETAT*:TI OR PATTERN*:TI OR CLASSIFICA*:TI OR INTERPRETAT*:TI OR LEVEL*:TI OR GRAD*:TI OR TRAC*:TI

#3. MeSH Fetal Monitoring EXPLODE 1 2

#4. MeSH Heart Rate, Fetal EXPLODE 1

#5. CTG:TI OR EFM:TI OR FHR:TI OR CARDIOTOCO*:TI OR MONITORI*:TI

#6. #1 OR #2

#7. #3 OR #4 OR #5

#8. #6 AND #7

BASES DE DATOS GENERALES:

PUBMED (2 referencias)

#1. SIGNAL PROCESSING COMPUTER-ASSISTED

#2. PROTOCOL*[TI] OR CATEGOR*[TI] OR SCHEM*[TI] OR RECORD*[TI] OR INTERPRETAT*[TI] OR PATTERN*[TI] OR CLASSIFICA*[TI] OR INTERPRETAT*[TI] OR LEVEL*[TI] OR GRAD*[TI] OR TRAC*[TI]

#3. (2 OR #2)

#4. FETAL MONITORING

#5. HEART RATE FETAL

#6. CTG[TI] OR EFM[TI] OR FHR[TI] OR CARDIOTOCO*[TI] OR (MONITORI*[TI] AND FET*[TI])

#7. (5 OR #5 OR #6)

#8. (6 AND #7)

#9. #8 AND "cochrane database of systematic reviews online"[Journal]

Han transcurrido más de 2 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

5.- TABLAS DE GUÍAS Y TABLAS DE EVIDENCIA POR PREGUNTAS

I. Cuidados durante el parto.

Cuidados de profesionales y acompañantes.

1. ¿Cómo influye la relación entre la mujer y los profesionales que la atienden en la evolución del parto y en su satisfacción con la experiencia del parto?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
CINAHL (1982 – mayo 2005), **EMBASE** (1980 – 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – mayo 2005). **PsycINFO** (1967 - mayo 2005)	Los estudios incluidos en esta pregunta variaron tanto en la metodología como en el análisis empleado. Sin embargo, hubo temas comunes importantes, como la influencia de la actitud del personal sanitario en la vivencia de la mujer de su parto. Las mujeres valoraron temas como el ser tratadas como personas, con respeto y afecto, necesitando la mayoría, información clara y sentirse guiadas y apoyadas a lo largo del parto. Palabras que las mujeres usan para describir tanto a la comadrona como a los sentimientos implicados en una experiencia positiva del parto son: afecto, consideración, comprensión, competencia profesional, confianza, empatía, ternura, amabilidad, amigable,	A todas las mujeres en trabajo de parto se las debería tratar con respeto, debiendo tener información y estar implicadas en la toma de decisiones. Para facilitar esto, los profesionales sanitarios y el resto de cuidadores deberán establecer una relación con la mujer, preguntándole por sus necesidades y expectativas del parto, debiendo ser conscientes de la importancia del tono, del comportamiento, y de las palabras utilizadas. La información debe usarse para apoyar y guiar a la mujer durante el parto. Para establecer la comunicación con la mujer, los profesionales del sistema sanitario deberán: • Dar la bienvenida a la mujer con una sonrisa y un saludo personal, determinar sus necesidades de lenguaje, presentarse ellos mismos y explicar su papel. • Tener un comportamiento tranquilo y confiado, lo que tranquilizará a la mujer de que todo va bien. • Llamar y esperar antes de entrar en la habitación, respetando ese espacio como personal, e indica al resto de personal que hagan lo mismo. • Preguntar a la mujer cómo se siente y si hay algo en particular que la esté angustiando. • Si la mujer tiene un plan concreto sobre el parto, discutirlo con ella.	Las recomendaciones realizadas por NICE no tienen grado de recomendación, sin embargo en un documento de trabajo disponible en su página Web, el grado de recomendación para estas recomendaciones sería D, ya que el nivel de evidencia de los estudios es de 2^+ en dos estudios y el resto es de 3. La necesidad de analgesia, oxitocina, duración del parto y tasas de cesáreas que aparecen como medidas de resultados en el planteamiento del grupo, no están reflejados en la guía NICE.

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
	tranquilidad, atención, pacífico, especialización profesional y pausado. Las mujeres quieren recibir información y ayuda, estar involucradas, sentirse seguras y confiadas, sentirse a gusto y poder ser ellas mismas.	• Evaluar el conocimiento que la mujer tiene sobre métodos para aliviar el dolor y proporcionar la información adecuada para encontrar dentro de los posibles, el que más se adapte a ella. • Animar a la mujer para adaptar el ambiente a sus necesidades individuales. • Obtener permiso de la mujer antes de realizar procedimientos y exámenes, centrándose en la mujer más que en la tecnología o en la documentación. • Enseñar a la mujer y a su compañero que pueden hacer para ayudarse y tranquilizarse siempre que lo necesiten. Al salir de la habitación, los profesionales sanitarios deben informar de cuando volverán a pasar visita. • Informar a la mujer de cualquier cambio de profesional, como cuando se solicita la consulta de un especialista o cuando se produce un cambio de turno.	

2. ¿Cómo influye el perfil del profesional en los resultados del parto?

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Hatem M 2008 RS	RS:11 ECAs 12.276 mujeres	Interv: modelos de atención del embarazo, parto y puerperio dirigidos por matronas Control: otros modelos de atención médica: modelo compartido entre diferentes profesionales y modelo médico -	Ingresos hospitalarios durante el embarazo: RR 0,90 [IC 95% 0,81 a 0,99], Utilización de Analgésicos regional durante el parto: RR 0,81 [IC 95% 0.73 a 0,91],	La atención Dirigida por matronas ofrece beneficios y no muestra resultados adversos.	1+

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y está p

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

3. ¿Cuál es la efectividad de acompañar a la mujer durante el parto?

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Hodnett ED et al 2008 RS	16 estudios 13391 mujeres	El objetivo principal de la revisión es evaluar los efectos del apoyo personal continuo en la madre y el recién nacido comparado con la atención habitual. Uno de los objetivos secundarios era analizar políticas acerca de acompañamiento por personas a elección de la mujer.	En políticas en las que se le permitía a la paciente contar con el apoyo de personas de su propia elección durante el parto además del apoyo continuado frente a solo apoyo continuado: • <u>Probabilidad de recibir ANESTESIA durante el parto:</u> Con acompañamiento (vs. atención habitual): 7 estudios; n = 9752; RR 0,97; IC 95 %: 0,96 a 0,99 Sin acompañamiento: 5 estudios; n = 1899; RR 0,72; IC 95 %: 0,49 a 1,05 La diferencia entre subgrupos no fue estadísticamente significativa (X^2 = 3,33; p = 0,07) • <u>Probabilidad de PARTO VAGINAL ESPONTÁNEO:</u> Con acompañamiento: 8 estudios; n = 10 889; RR 1,03; IC 95 %: 1,00 a 1,06 No presencia de apoyo: 6 estudios; n = 1468; RR 1,11; IC 95 %: 1,04 a 1,19 El efecto del apoyo continuo parece ser más fuerte en los ámbitos en los que no se permitió la presencia de otras personas de apoyo (X^2 = 9,89; p < 0,01) • <u>Probabilidad de PARTO VAGINAL INSTRUMENTADO:</u> Con acompañamiento: 9 estudios; n = 10 889; RR 0,90; IC 95 %: 0,84 a 0,97 Sin acompañamiento: 6 estudios; n = 2468; RR 0,68; IC 95 %: 0,42 a 1,10 La diferencia entre subgrupos no fue estadísticamente significativa (X^2 = 1,25; p = 0,26) • <u>Probabilidad de PARTO POR CESÁREA:</u> Con acompañamiento: 10 estudios; n = 10 923; RR 0,97; IC 95 %: 0,88 a 1,07 Sin acompañamiento: 6 estudios; n = 2468; RR 0,71; IC 95 %: 0,54 a 0,93 El efecto del apoyo continuo parece ser más fuerte en los ámbitos en los que no se permitió la presencia de otras personas de apoyo (X^2 = 4,83; p = 0,03) • <u>SATISFACCIÓN DE LA PACIENTE</u> Con acompañamiento: 3 estudios; n = 8499; RR 0,83; IC 95 %: 0,67 a 1,02 Sin acompañamiento: 3 estudios; n = 1325; RR 0,67; IC 95 %: 0,58 a 0,78 La diferencia entre subgrupos no fue estadísticamente significativa (X^2 = 3,09; p = 0,08)	Los resultados de la revisión muestran que el acompañamiento de las mujeres por parte de un familiar durante el trabajo de parto parece no ser beneficioso en el efecto del acompañamiento continuo, ya que reduce la probabilidad de presentar parto vaginal espontáneo y aumenta la probabilidad de cesárea. De todas formas los autores recomiendan “estimular a las mujeres a invitar a un miembro de la familia o amigo a que se	1+

				comprometa a estar presente en el parto y asuma esta función”.	

Ingesta de líquidos y sólidos.

4. ¿Cuál es la efectividad de la restricción de líquidos y sólidos durante el parto?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
CINAHL, de 1982 a Marzo de 2006. **EMBASE**, de 1980 a Marzo de 2006. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Marzo de 2006.	Evidencia: Un ECA con [NE = 1+] La limitada evidencia existente sugiere que una dieta baja en residuo reduce significativamente los incrementos de ß-hidroxibutirato y de ácidos grasos no esterificados, mientras que incrementa significativamente la glucosa y la insulina en plasma. Sin embargo, se debe tener en cuenta el incremento del volumen de vómitos, dado que no existían diferencias significativas en los resultados maternos y neonatales.	-Las mujeres pueden comer dieta ligera durante el parto a menos que se les hayan administrado opioides o hayan desarrollado factores de riesgo que recomienden la utilización de anestesia general [A].	En los resultados del estudio que incluye la guía para responder a esta pregunta no se responde a todas las variables que propone el GEG, en la guía, se hace una muy breve alusión en alguna de ellas (únicamente se dice que no existen diferencia significativas en estas variables entre el grupo con dieta y el que solo tomaba agua) y otras variables ni se nombran.

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
ASA Task Force, 2007 Grupo de expertos.	Mujeres embarazadas con partos no complicados a	Evaluar el efecto de la ingesta de líquidos y	Dieta con líquidos claros. No existe suficiente evidencia para extraer conclusiones sobre la relación entre el tiempo de ayuno de líquidos claros y el riesgo de reflujo o	Dieta con líquidos claros. El panel de expertos y miembros de ASA acordaron que la ingesta de líquidos claros durante el parto	4

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Han transcurrido más de 4 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

	las que se les va a practicar una técnica de anestesia obstétrica.	sólidos sobre la prevención de la aspiración.	aspiración pulmonar durante el parto. Sólidos. No se han podido determinar los tiempos de ayuno que previenen complicaciones en pacientes con anestesia. No hay evidencia para valorar la seguridad del tiempo de ayuno en pacientes obstétricas.	mejora el confort y la satisfacción materna. Aunque los miembros de ASA eran equívocos, el panel de expertos estaba de acuerdo en que la ingesta oral de líquidos claros durante el parto no incrementa las complicaciones maternas. Sólidos. El panel de expertos y los miembros de ASA acordaron que la ingesta oral de sólidos durante el parto incrementa las complicaciones maternas. La Task Force reconoce que el momento de alumbramiento en las parturientas es incierto, y por tanto, no es posible establecer un periodo de ayuno predeterminado en pacientes con parto no programado.	
O´Sullivan G, et al. 2009 ECA	2.443 mujeres nulíparas sin complicaciones clínicas, con 36 semanas de gestación o más y con una dilatación cervical de hasta 6 cm.	Evaluar el efecto de la alimentación en mujeres aleatorizadas a un grupo en el que se les permitía y animaba a comer una dieta baja en residuos en pequeñas cantidades regulares (n=1.227), y a otro grupo en el que sólo se	tasa de partos espontáneos: RR 0,99 [IC 95% 0,90 a 1,06], duración del parto: RMG (razón de medias geométricas) 0,97 [IC 95% 0,92 a 1,02], tasa de partos instrumentales: RR 1,04 [IC 95% 0,91 a 1,19], tasa de cesáreas: RR 0,98 [IC 95% 0,87 a 1,12] y vómitos: RR 1,05 [IC 95% 0,94 a 1,17]. .	La dieta baja en residuos no afecta a los resultados neonatales (Apgar, ingreso en UCIN) ni obstétricos. El estudio no obtuvo el poder estadístico necesario para evaluar la seguridad de esta práctica en relación a la aspiración, debido a la extremadamente baja prevalencia de la aspiración ácida pulmonar en obstetricia	1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

		les permitía beber agua (práctica habitual en el hospital donde se realizó el ensayo).			
Singata M, et al. 2010 RS-MA	cinco estudios con un total de 3.130 mujeres con bajo riesgo y que pudieran requerir una anestesia general durante el parto.	*(1 ECA) restricción total frente a la libertad para comer y beber a voluntad *(2 ECAS: La incluida en NICE y O´Sullivan G, et al. 2010)la ingesta de sólo agua frente a ingesta de líquidos y dieta baja en residuos en pequeñas cantidades regulares * ingesta de sólo agua frente a ingesta de bebidas arbohidratadas	* restricción de líquidos y alimentos vs. ingesta de algún tipo de nutrición durante el parto: Cesárea (5 ECAs, 3.103 mujeres): RR 0,89 [IC 95% 0,63 a 1,25], partos vaginales (5 ECAs, 3.103 mujeres): RR 0,98 [IC 95% 0,88 a 1,10], puntuaciones de Apgar menor a siete a los cinco minutos (3 ECAs, 2.574 neonatos): RR 1,43 [IC 95% 0,77 a 2,68], ni en ninguno de los otros resultados evaluados. Las opiniones de las mujeres no fueron evaluadas.	Los datos agrupados fueron insuficientes para evaluar la incidencia del síndrome de Mendelson la evidencia no muestra beneficios o daños de la restricción de líquidos en el trabajo de parto para las mujeres en bajo riesgo de complicaciones.	**1+**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

5. ¿Qué es aconsejable para prevenir la cetosis durante el parto?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
CINAHL, de 1982 a marzo de 2006. **EMBASE**, de 1980 a marzo de 2006. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a marzo de 2006.	1. Soluciones de carbohidratos vs agua Evidencia: tres ECA con [NE = 1+]. No existe evidencia sobre el efecto en el modo de nacimiento ni en el balance acido-base del feto y neonato entre tomar soluciones de carbohidratos y placebo durante el parto. 2. Bebidas isotónicas vs. agua Evidencia: un ECA con [NE = 1+] Existe una cierta evidencia que demuestra que la cetosis se previene con ingestas calóricas relativamente pequeñas suministradas mediante bebidas isotónicas, ya que proporcionan una fuente alternativa de nutrientes que rápidamente se vacían del estomago y son absorbidas por el tracto gastrointestinal. La evidencia es limitada acerca de que los resultados en el parto no se vieron comprometidos en ninguno de los dos grupos.	-Las mujeres pueden beber durante el parto y han de ser informadas de que las bebidas isotónicas pueden ser más beneficiosas que el agua [A].	En la guía NICE, al igual que el GEG, se divide la pregunta en dos apartados: soluciones de carbohidratos frente a placebo y bebidas isotónicas frente a agua. La guía responde perfectamente a los requerimientos del grupo elaborador, empleando artículos de alto nivel de evidencia.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

II. Dilatación: primera etapa del parto.

Definición de la primera etapa del parto.

6. ¿Cuál es la definición de fase latente de la primera etapa del parto?

7. ¿Cuál es la definición de fase activa de la primera etapa del parto?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
CINAHL, de 1982 a marzo de 2006. **EMBASE**, de 1980 a marzo de 2006. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a marzo de 2006. **British Nursing Index (BNI)** (1985 a marzo de 2006), **CINAHL - Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature** (1982 – a marzo de 2006) **EMBASE** (1980 (a marzo de 2006), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 - a marzo de 2006) y en **PsycINFO** (1967 - a marzo de 2006).	No se identificaron estudios que investigaran los resultados de diferentes definiciones del parto	• Fase latente: Periodo transcurrido desde el inicio del parto hasta los 4 cm de dilatación. • Fase activa: Periodo transcurrido desde los 4 a los 10 cm de dilatación.	La guía NICE incluye en la definición las características de las contracciones, sin embargo, al entrañar un componente subjetivo por parte de la mujer, puede ser preferible la definición basada en cambios objetivos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Duración y progreso de la primera etapa del parto

8. ¿Cuál es la duración de la fase latente y fase activa de la primera etapa del parto?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
CINAHL, de 1982 a marzo de 2006. **EMBASE**, de 1980 a marzo de 2006. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a marzo de 2006. **British Nursing Index (BNI)** (1985 a marzo de 2006), **CINAHL - Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature** (1982 – a marzo de 2006) **EMBASE** (1980 a marzo de 2006), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – a marzo de 2006), y en **PsycINFO** (1967 - a marzo de 2006).	Se incluyen tres estudios transversales, dos estudios caso-control, seis estudios observacionales] y un estudio descriptivo]. Los niveles de evidencia son de 2- y 3	La guía NICE establece en sus recomendaciones la duración exclusivamente de la fase activa: Nulíparas: duración media de 8 horas y máxima de alrededor de 18 horas. Multíparas: duración media de 5 horas y máxima de alrededor de 12 horas.	Hay pocos datos para establecer recomendaciones respecto a la duración de la fase latente.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

9. ¿Influyen la duración y el progreso de la primera etapa del parto en los resultados?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI, de 1985 a Mayo de 2005. **CINAHL**, de 1982 a Mayo de 2005. **EMBASE**, de 1980 a Mayo de 2005. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Mayo de 2005.	Evidencia: 7 estudios observacionales [NE = 3], 3 transversales [NE = 3] y 2 de casos y controles [NE = 2-]. La duración del parto varía de mujer a mujer, y está influenciado por el número de embarazos de la parturienta. En el parto activo, muchas mujeres en la 1ª etapa tardan 18 horas en llegar a la segunda etapa, sin intervención. Los rangos de tiempo empleado en la fase activa del parto en pacientes nulíparas se sitúa entre 1 y 19,4 horas, en las multíparas es inferior, entre 0,5 y 14,9 horas.	Las mujeres deben ser informadas que la duración de la primera etapa del parto es variable. Los primeros partos duran un promedio de 8 horas y no se suelen alargar más de 18 horas. Los segundos partos y siguientes duran un promedio de 5 horas y no suelen alargarse más de 12 horas [C]. Sería recomendable realizar un estudio de cohortes prospectivo para analizar el impacto de la duración del parto en los resultados.	La guía responde perfectamente a la pregunta del GEG, aunque el nivel de evidencia de los artículos incluidos no es muy alto y de ahí que las recomendaciones sean de grado C y se recomienden nuevos estudios.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Admisión en maternidad.

10. ¿Cuál es el momento idóneo para admitir en la maternidad a una mujer en trabajo de parto?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI, de 1985 a Mayo de 2005 **CINAHL**, de 1982 a Mayo de 2005. **EMBASE**, de 1980 a Mayo de 2005. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Mayo de 2005.	Evidencia: Dos ECAs [NE = 1-], dos estudios de cohortes [NE = 2-+] y uno transversal [NE =3]. No existe evidencia de buena calidad sobre el momento idóneo de la admisión. La limitada calidad de la evidencia muestra que una evaluación precoz por parte de una matrona, en comparación con un ingreso precoz en la maternidad, parece reducir los índices de intervenciones médicas e incrementan la satisfacción de las pacientes. La evidencia es insuficiente en cuanto a la morbi-mortalidad de madres o neonatos. Se encontró una débil evidencia de efectos sobre los resultados de la visita domiciliaria de matronas en las labores precoces de parto.	Algunas mujeres presentan dolores de parto sin que se produzcan cambios cervicales. Aunque estas mujeres no se describen como de parto, ellas mismas se pueden considerar en este estado. Aquellas mujeres que acudan para consejo o para ser atendidas debido a presentar contracciones dolorosas pero que no están en fase activa de parto se les debería ofrecer un apoyo individualizado y ocasionalmente analgesia y alentarlas a que permanezcan o retornen a sus domicilios [GPP].	En los resultados de los estudios que se incluyen en la guía para responder a esta pregunta se responde relativamente bien a la pregunta propuesta por el GEG. El problema es que por el nivel de evidencia de los estudios incluidos no se pueden extraer recomendaciones de calidad.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Cuidados durante la admisión

11. ¿Cuál es el beneficio de realizar amnioscopia a todas las mujeres que llegan a admisión por sospecha de trabajo de parto?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI, de 1985 a Mayo de 2005. **CINAHL**, de 1982 a Mayo de 2005. **EMBASE**, de 1980 a Mayo de 2005. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Mayo de 2005.	La evidencia: una revisión sistemática, con [NE 1+]. Incluye 3 ECAs y 11 estudios observacionales. Existe un alto nivel de evidencia de que entre las mujeres a las que se les hace CTG de rutina en admisión son más propensas a padecer intervenciones durante el parto (analgesia epidural, monitorizado electrónico fetal continuo y muestreo de sangre fetal). Se observó una débil evidencia de que las mujeres con monitorización electrónica continua son más propensas a sufrir partos instrumentados y cesáreas En comparación con la auscultación en admisión, se observó que no existía evidencia de diferencias en la mortalidad perinatal ni en morbilidad neonatal.	El uso de la cardiotocografía en admisión en embarazos de bajo riesgo no es aconsejable en ningún caso. [A]	A la vista de los resultados y de la evidencia existente no parece razonable el uso de la CTG, y mucho menos su aplicación rutinaria. No ha demostrado ser un buen procedimiento para la predicción y prevención de resultados adversos. En muchos casos su uso aumenta el número de intervenciones durante el parto.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Locatelli A et al, 2005	Estudio entre 1992 y 1999. Grupos de estudio según LA al ingreso y en el parto: Grupo 1 (n=16.975): LA limpio al ingreso y en el momento del parto; grupo 2 (n=973): LA con meconio claro o espeso al ingreso o en el momento del parto; grupo 3 (n=986): LA limpio al ingreso y con meconio claro o espeso en el parto y grupo 4 (n=156): LA con meconio claro al ingreso y espeso en el parto.	Determinar significado clínico del cambio de color y densidad del LA durante el trabajo de parto y su valor predictivo sobre resultados perinatales. Examen del LA al ingreso mediante amnioscopia o inspección del líquido si existía rotura de membranas.	• Mayor número de cambio de color del LA durante el trabajo de parto en mujeres nulíparas. • La edad gestacional (>42 semanas) no indicaba mayor tasa de LA con meconio en el ingreso, sino mayor riesgo de cambio de color de LA durante el parto. • Mujeres con LA meconial al ingreso, presentan mayor tasa de parto inducido. • Grupo 3; paso de LA limpio a manchado, presenta niveles más bajo de puntuación Apgar a los 5 minutos y pH < 7,10, asociado con mayor tasa de ingresos en UCI. • Mayores tasas de niños con síndrome de aspiración de meconio en grupo 4.	Debe apoyarse la práctica de evaluar el color del LA al ingreso, pero la realización de amnioscopia presenta un gran número de falsos negativos, lo que hace recomendar la necesidad de nuevas técnicas de evaluación.	3
Levran D et al, 1988	289 mujeres consecutivas, con gestaciones > 41 semanas y de bajo riesgo, a las que se les realizó una amnioscopia cada 48 horas.	Realización de amnioscopia en embarazos mayor de > 41 semanas.	No se produjo ninguna muerte perinatal. Sufrimiento fetal en 60 casos. Cesárea en el 8%; partos instrumentales en el 13,5%. Morbilidad: asfixia (5,2%) e incompatibilidad ABO (2,3%). Mayor incompatibilidad ABO (p < 0,05) en grupo con meconio. La amnioscopia presentó un 16,2% (47 casos) de falsos positivos y negativos, de ellos el 78,7% (37 casos) eran falsos negativos. 65 nacimientos con meconio sólo 28 (43%) se había detectado en la amnioscopia. Grupo con meconio e inducción del parto presentaron mayor sufrimiento fetal que partos con meconio no inducidos, aunque las diferencias no fueron significativas.	Amnioscopia procedimiento simple y seguro que no predice con precisión la presencia de meconio. La inducción del parto por meconio no disminuye morbilidad fetal. No se recomienda la amnioscopia como un proceso de predicción en la vigilancia del	2+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

				embarazo después de 41 semanas.	

12. ¿Cuál es el beneficio de realizar CTG a todas las mujeres que llegan a admisión por sospecha de trabajo de parto?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI, de 1985 a Mayo de 2005. **CINAHL**, de 1982 a Mayo de 2005. **EMBASE**, de 1980 a Mayo de 2005. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Mayo de 2005.	La evidencia: una revisión sistemática , con [NE 1+]. Incluye 3 ECAs y 13 estudios observacionales. Existe un alto nivel de evidencia de que entre las mujeres a las que se les hace CTG de rutina en admisión son más propensas a padecer intervenciones durante el parto (analgesia epidural, monitorizado electrónico fetal continuo y muestreo de sangre fetal). Se observó una débil evidencia de que las mujeres con monitorización electrónica continua son más propensas a sufrir partos instrumentados y cesáreas En comparación con la auscultación en admisión, se observó que no existía evidencia de diferencias en la mortalidad perinatal ni en morbilidad neonatal.	El uso de la cardiotocografía en admisión en embarazos de bajo riesgo no es aconsejable en ningún caso. [A]	A la vista de los resultados y de la evidencia existente no parece razonable el uso de la CTG, y mucho menos su aplicación rutinaria. No ha demostrado ser un buen procedimiento para la predicción y prevención de resultados adversos. En muchos casos su uso aumenta el número de intervenciones durante el parto.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Intervenciones rutinarias posibles durante la dilatación

13. ¿Cuál es la efectividad del enema rutinario durante el parto?

Tabla de evidencia actualizada

<table>
<tr><th>Autor, Año, Tipo de estudio</th><th>Población</th><th>Intervención</th><th>Resultados</th><th>Conclusiones</th><th>Grado de evidencia</th></tr>
<tr>
<td>Reveiz L et al, , 2007,
RS.</td>
<td>3 ECAs con un total de 1765 mujeres. Se realiza metaanálisis.</td>
<td>Evaluar efecto de enema aplicado durante el período de dilatación.</td>
<td>✓ Resultados del RN
<table>
<tr><th></th><th>N° ECA</th><th>N</th><th>RR [IC 95%]</th></tr>
<tr><td>Infección RN</td><td>1</td><td>222</td><td>0,89 [0,31-2,56]</td></tr>
<tr><td>Infección Umbilical</td><td>2</td><td>592</td><td>3,16 [0,50-19,82]</td></tr>
<tr><td>Apgar 1 minuto < 7 y 5 minutos</td><td>1</td><td>431</td><td>1,31 [0,57-3,06]</td></tr>
</table>
✓ Resultados puerperales
<table>
<tr><td>Desgarro perineal sin músculo</td><td>2</td><td>1.448</td><td>1,14 [0,76-1,71]</td></tr>
<tr><td>Desgarro perineal con músculo anal</td><td>2</td><td>1.448</td><td>0,46 [0,13-1,64]</td></tr>
<tr><td>Infecciones</td><td>2</td><td>594</td><td>0,66 [0,42-1,04]</td></tr>
<tr><td>Dehiscencia episiotomía</td><td>1</td><td>372</td><td>0,69 [0,41-1,14]</td></tr>
</table>
✓ Duración del trabajo de parto
<table>
<tr><th>N° ECA</th><th>N</th><th>Tamaño efecto, medias ponderadas [IC 95%]</th></tr>
<tr><td>1</td><td>1.027</td><td>-50,40 [-75,68 a -25,12]</td></tr>
</table>
✓ Nivel satisfacción materna
<table>
<tr><th>N° ECA</th><th>N</th><th>Tamaño efecto, medias ponderadas [IC 95%]</th></tr>
<tr><td>1</td><td>1.027</td><td>00,00 [-0,10 a 0,10]</td></tr>
</table>
</td>
<td>Los resultados no apoyan el uso habitual de enemas durante el trabajo de parto, se debe desalentar dicha práctica.</td>
<td>1+</td>
</tr>
</table>

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

14. ¿Cuál es la efectividad del rasurado perineal rutinario durante el parto?

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Basevi V et al, 2001, RS.	2 ECAs, con un total de 539 mujeres (389 y 150 participantes respectivamente)	Rasurado perineal sistemático vs ningún rasurado.	Infección materna: no diferencias entre ambos grupos de los dos estudios, OR combinado 1,26 [IC 95% (0,75-2,12)]. Menor número de colonias gramnegativas en mujeres rasuradas de un estudio; OR 0,43 [IC 95% (0,20-0,92)]. Efectos secundarios: sólo un estudio los presenta.	No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres antes del parto.	1-

15. ¿Cuál es la efectividad de la atención una a una durante el parto?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI, de 1985 a Mayo de 2005 **CINAHL**, de 1982 a Mayo de 2005. **EMBASE**, de 1980 a Mayo de 2005. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Mayo de 2005.	Evidencia: Revisión sistemática [NE = 1+]. En general, los estudios incluidos fueron de buena calidad. Existe evidencia que sugiere que las mujeres con cuidados uno a uno durante el parto tienen menos probabilidad de tener cesáreas o partos vaginales instrumentados, estarán más satisfechas y tendrán una experiencia más positiva del parto. Estos resultados son más apreciables cuando los miembros del personal no son profesionales que cuando es personal profesional. Existe una débil evidencia en cuanto a la mortalidad perinatal y el bienestar a largo plazo de las madres y los niños.	Una mujer en fase activa del parto debería recibir cuidados individualizados (uno a uno) [A]. Una mujer en fase activa del parto no debería dejarse sola, excepto por cortos periodos de tiempo o a no ser que la mujer lo solicite [A]. La mujer debería ser apoyada durante el nacimiento por una persona de su elección [A]. *Recomendaciones en la investigación de los cuidados uno a uno*: los estudios deberían evaluar el impacto de un	En los resultados de los estudios que se incluyen en la guía para responder a esta pregunta se responde bien a la pregunta del GEG, y extraer conclusiones de un grado alto de evidencia. A pesar de que la guía aborda la atención uno a uno durante el parto considerando la atención por profesionales y la atención por no profesionales. Nosotros solo hemos evaluado la atención

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
	Hay una falta de evidencia de calidad que apunte a que los cuidados por parte de la pareja, otros miembros de la familia o amigos influyan en los resultados clínicos. Uso de analgesia: RR 0,97 [IC 95 % 0,95-0,99] Parto vaginal espontáneo: RR 1,03 [IC 95 % 1,01-1,06] Cesárea: RR 0,92 [IC 95 % 0,85-0,99]	programa estandarizado para el apoyo de los cuidados maternos durante el parto. Los resultados deberían incluir mortalidad materna y neonatal, reacciones adversas, resultados a largo plazo, satisfacción de las pacientes y costes.	por profesionales (matronas).

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Hodnett ED et al, 2008, RS	16 ensayos 13391 mujeres	Evaluar los efectos sobre las madres y los recién nacidos, del apoyo personal y continuo durante el parto, comparado con la atención habitual. Se incluyeron ensayos clínicos que comparan el apoyo continuo durante el trabajo del parto con la atención habitual.	Solo se tuvieron en cuenta los resultados del análisis estratificado por cuidados prestados por miembros del hospital: **-Probabilidad de recibir analgesia/anestesia** (6 ensayos; n=9152; RR 0,97; IC95%: 0,95 a 0,99) **-Probabilidad de tener un parto vaginal espontáneo** (8 ensayos; n=10713; RR 1,03; IC95%: 1.01 a 1,06); **-Probabilidad de tener un parto vaginal instrumental** (8 ensayos; n=10713; RR 0,92; IC95%: 0,85 a 0,99); **-Probabilidad de tener un parto por cesárea** (16 ensayos; n=10713; RR 0,95; IC95%: 0,86 a 1,06); **-Insatisfacción o clasificación negativa en relación con la experiencia de parto** (3 ensayos; n=8499; RR 0,83; IC95%: 0,67 a 1,02). En general, se observaron mejores resultados en función del momento de comienzo del apoyo continuo.	La principal conclusión es que todas las mujeres deben contar con apoyo durante todo el trabajo del parto. Se han observado mejores resultados cuando el prestador no es un empleado de la institución, cuando la analgesia epidural no se usa de forma sistemática y cuando el apoyo comienza en una etapa temprana del trabajo del parto.	1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

16. ¿Qué efecto tiene la movilización y la adopción de diferentes posiciones sobre el parto y sus resultados?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI (1985 – julio 2005), **CINAHL** (1982 – julio 2005), **EMBASE** (1980 – 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – julio 2005), **PsycINFO** (1967 - agosto 2005).	No existe evidencia de calidad que sugiera que la movilización o una determinada posición en la primera fase de parto afecta a los resultados. No existen ensayos que examinen la libertad de movimientos frente a la restricción durante el trabajo de parto, evaluando resultados como el confort, el progreso del parto o el bienestar fetal. <u>Movimiento con anestesia</u> El grupo de trabajo de NICE, realiza el comentario de que "la ventaja de la movilización en mujeres con bajas dosis de anestésicos locales disminuye con el tiempo. No existe un efecto de la movilización después de la anestesia epidural tanto en resultados maternos como neonatales"	▪ Se debe alentar y ayudar a las mujeres a moverse y a adoptar cualquier posición que encuentran más cómoda a lo largo del trabajo de parto. [A] ▪ Debe recomendarse a las mujeres con analgesia regional que se muevan y adopten la posición en la que se encuentren más cómodas a lo largo del trabajo de parto. [A]	Aunque los estudios incluidos son de alta calidad ya que presentan un NE entre [1+] y [1-], los resultados presentados son distintos en unos estudios y otros, unos no encuentran diferencias entre los grupos (andar/no andar) y otros si, unos encuentran diferencias en el dolor y otros no. La comparación entre los grupos es difícil ya que plantean grupos distintos no homogéneos y preguntas de investigación distintas. El nivel de recomendación [A] que aparece en la ficha, no se encuentra en la guía publicada por NICE, sino en un documento de trabajo que tienen en su página Web.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Souza JP et al, 2006. RS	Revisión sistemática que incluye 9 ECAs, con un total de 2220 mujeres (rango 14-1067).	RS para evaluar el efecto de la posición materna durante la primera etapa del parto. Principalmente si la posición vertical o la deambulación reduce la duración en esta primera etapa.	Los autores realizan un metanálisis con los ECAs obtenidos sobre distintas medidas de resultados. Duración de la primera etapa (7 estudios) (2166 mujeres). Menor en grupo que deambula [-0,83 IC 95% (-1,60 a -0,06)]. Tipo de parto: (8 estudios), tasa de cesárea de 5,5% grupo deambulación y 5,6% para grupo control. [OR (fija) 0,98, IC 95% (0,67-1,43)]. Uso de analgesia: (6 estudios), el uso de analgesia fue alta (69,0%). [OR (al azar) 0,69, IC 95% (0,37-1,30)]. Confort maternal: (3 estudios), los datos no pueden ser agrupados por presentar distintas escalas. Inducción del parto: (4 estudios), todos los estudios informaron que podría ser un efecto protector, pero sin significación estadística. [OR (fija) 0,81, IC 95% (0,65-1,01)]. Apgar a los 5 minutos: (6 estudios). Un estudio diferencia significativa a favor del grupo de deambulación, [0,11, IC 95% (0,07-0,28)].	La posición vertical o deambulación en la primera etapa del parto es segura. No se recomienda como una intervención eficaz para reducir la duración de la primera etapa del parto.	1-

17. ¿Cuál es la efectividad de la amniorrexis artificial rutinaria y de la perfusión rutinaria de oxitocina?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
amniorrexis artificial rutinaria			
(BNI (1985 – julio 2005), **CINAHL** (1982 – julio 2005), **EMBASE** (1980 – 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – julio 2005),	No existen diferencias significativas entre la amniorrexis artificial rutinaria y un manejo conservador del parto en temas como: - Tipo de nacimiento RR 0,80 [IC 95 % 0,55-1,17]	▪ En los partos que progresan de forma normal, no debería realizarse amniorrexis de forma rutinaria. [A]. ▪ No debe usarse de forma rutinaria la amniorrexis y la	La evidencia de que no existen diferencias entre la realización de la amniorrexis rutinaria realizada de forma temprana, asociada o no a la oxitocina, frente al manejo conservador del parto, es alta [1+],

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
PsycINFO (1967 - agosto 2005).	-Uso de epidural RR 1,02 [IC 95 % 0,92-1,12] -Duración del parto -Resultados neonatales -Utilización selectiva de la oxitocina. Tampoco existen evidencia del uso rutinario de amniorrexis y oxitocina frente al parto conservador (no hacer nada)	oxitocina al principio del parto. [A]	los autores realizan unas recomendación de tipo [A], especificadas en un documento de trabajo, sobre la no realización de la amniorrexis de forma rutinaria y la administración de oxitocina.

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Smyth RMD et al 2008. RS	RS que incluye 14 estudios (ECAs), con un total de 4893 mujeres.	Comparación de realización de amniorrexis vs preservar membranas. Realización de metaanálisis para cada una de las medidas de resultados.	**Resultados principales**: no existen diferencia en: Duración del período de dilatación (minutos): (5 ensayos). Diferencia de medias ponderadas -20,43 minutos [IC 95% (-95,93-55,06)]. Nulíparas -57,93 minutos [IC 95% (-152,66-36,80)] y multíparas 23,10 minutos [IC 95% (-50,89-97,09)] Cesárea, (9 ensayos), mujeres grupo amniorrexis presentaba mayor riesgo de parto por cesárea, pero la diferencia no fue significativa: RR 1,26 [IC 95% (0,98-1,62)]. Satisfacción materna con la experiencia del parto, (2 ensayos) diferencias de media estandarizadas 0,27 [IC 95% [-0,49-1,04)]. Puntuación Apgar menor de 7 a los 5 minutos. (6 ensayos), RN del grupo que no realiza amniorrexis presenta mayor riesgo de tener Apgar menor de 7 a los 5 minutos, pero las diferencias no fueron significativas, RR 0,55 [IC 95% (0,29-1,05)]. El análisis del grupo sin amniorrexis de mujeres primíparas, **sí presentaba diferencias** significativas para una puntación Apgar menor de 7 a los 5 minutos, RR 0,42 [IC 95% (0,20-0,88)].	Los autores no recomiendan la realización de amniorrexis de forma sistémica.	1++

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

			Resultados secundarios: no existen diferencias en: Alivio del dolor, (8 ensayos) RR 1,01 [IC 95% (0,94-1,09)]. Parto vaginal instrumentado (10 ensayos), RR 1,01 [IC 95% (0,88-1,15)]. Morbilidad (infección). Infección materna (2 ensayos), RR 0,81 [IC 95% (0,38-1,72)]. Ingreso en unidad de cuidados intensivos neonatal (5 ensayos), RR 1,12 [IC 95% (0,79-1,57)]. Frecuencia cardíaca fetal, (4 ensayos) etapa dilatación, RR 1,09 [IC 95% (0,97-1,23)].		

Tabla de evidencia de la guía NICE

perfusión rutinaria de oxitocina			
Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	**Evidencia**	**Recomendación (grado)**	**Comentarios**
BNI, de 1985 a Agosto de 2005. **CINAHL**, de 1982 a Agosto de 2005. **EMBASE**, de 1980 a Agosto de 2005. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Agosto de 2005.	-Altas dosis frente a bajas dosis de oxitocina, para la inducción del parto. *Evidencia*: 4 ECA [NE = 1+] Existe una razonable calidad de la evidencia para dosis altas y bajas de oxitocina. Las pacientes con altas dosis de oxitocina para la inducción completaron el parto más rápido pero con un máximo de dosis de oxitocina mayor que aquellas con dosis bajas. Las pacientes con dosis elevadas de oxitocina para la inducción del parto tienen menos cesáreas (la mayor parte por distocia), más partos vaginales espontáneos y menos corioamnionitis, aunque tienen más hiperestimulación que aquellas con bajas dosis. Los estudios no tienen suficiente potencia para evaluar la morbilidad y mortalidad infantil. No se encontró evidencia de resultados de la	-Altas dosis frente a bajas dosis de oxitocina, para la inducción del parto. *Interpretación de la evidencia del GEG*: Existe evidencia de altas dosis frente a bajas dosis de oxitocina, aunque los estudios son heterogéneos. Las pacientes cuyos partos fueron inducidos con dosis altas de oxitocina pueden tener partos cortos, menos cesáreas y más partos vaginales espontáneos que aquellas que reciben bajas dosis. Sin embargo, el grupo elaborador de la guía se mantiene cauto sobre el uso de dosis altas de oxitocina porque	En la guía no se hace una comparación entre la administración de oxitocina y el manejo conservador, como pregunta el GEG, sino que evalúan la administración de oxitocina a diferentes dosis.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

	satisfacción de las pacientes ni de resultados a largo plazo. Cesáreas totales; RR 0,76 [IC 95 % 0,62-0,92] Cesáreas por distocia; RR 0,72 [IC 95 % 0,57-0,91]) Hiperestimulación; RR 1,35 [IC 95 % 1,21-1,50] Corioamnionitis; RR 0,71 [IC 95 % 0.56-0,90] <u>-Comparación de diferentes regimenes de dosis de oxitocina</u> *Evidencia*: 5 ECA [NE = 1+ y 1-]. La evidencia de diferentes regímenes de dosis de oxitocina para la inducción es limitada, los estudios no tienen suficiente potencia y en ellos se emplean diferentes pautas de dosificación. Las pacientes con rápidos incrementos en la dosis de oxitocina para la inducción parecen tener mayor hiperestimulación, menos cesáreas por distocia, aunque experimentan más casos de sufrimiento fetal que aquellas con incrementos más lentos en la dosis. Existe una limitada evidencia en la administración de oxitocina pulsátil frente a la perfusión continua. La limitada evidencia mostró que se requería una menor cantidad de oxitocina con las inyecciones pulsátiles y no hubo evidencia de diferencias en otros resultados. No existe suficiente evidencia en otras variables, como resultados neonatales y satisfacción materna para diferentes dosis.	la evidencia es insuficiente en los resultados neonatales y no existe ninguna evidencia sobre el dolor de las pacientes que reciben dosis elevadas de oxitocina (4mU/minuto o mayores) para la inducción <u>-Comparación de diferentes regimenes de dosis de oxitocina.</u> *Interpretación de la evidencia del GEG*: La evidencia en los regímenes de dosificación de oxitocina para la inducción del parto es limitada debido a que los estudios no tienen suficiente potencia y en ellos se emplean diferentes pautas de dosificación. El incremento de la velocidad a frecuencias mayores de 20 minutos puede estar asociado a mayor hiperestimulación uterina e índices de ritmo cardiaco fetal preocupantes. <u>Recomendaciones para futuras investigaciones</u> La dosis inicial de oxitocina para la inducción, y sus incrementos, deberían ser el tema de futuras investigaciones.	

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

18. ¿Es necesario el empleo de antisépticos en el lavado vulvovaginal previo al tacto vaginal?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI (1985 – marzo 2005), **CINAHL** (1982 – 2005, 4ª semana marzo), **EMBASE** (1980 – 2005, semana 13), en **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – 2005, 4ª semana marzo) **PsycINFO (**1967- 2005, 3ª semama marzo).	Irrigación vaginal con clorhexidina Revisión sistemática con tres ECAs [NE 1++]. Resultados maternos: incidencia de corioamnionitis, sin diferencias significativas; endometritis postparto, pequeña reducción no estadísticamente significativa. Resultados en recién nacidos: sin diferencias significativas en neumonía neonatal, meningitis neonatal, cultivos de sangre confirmatorios de sepsis, mortalidad perinatal y sepsis neonatal. Se observó una asociación no significativa entre el uso de clorhexidina vaginal y una mayor tendencia a que los neonatos recibieran antibióticos. Lavado perineal (cetrimida/clorhexidina vs agua) Un estudio controlado [NE 2+]. Resultados maternos: no diferencias significativas en número de mujeres con fiebre, utilización de antibiotico, infección perineal, rotura perineal o infección de la herida quirúrgica de la cesárea. Resultados en neonatos: no diferencias respecto de infección ocular, infección del cordón, otras infecciones no especificadas, ingreso en unidad de neonatos, uso de antibióticos o fiebre.	▪ Si se necesita un aseo antes de un examen vaginal, puede utilizarse agua del grifo.	Existe evidencia de que el uso de cetrimida/clorhexidina no es más efectivo que el agua sola para el lavado perineal. No existe evidencia en la literatura que permita realizar recomendaciones sobre si el uso de trajes estériles, packs estériles o limpieza de la vulva antes de un examen vaginal o del parto vaginal reduce la mortalidad materna o neonatal.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

19. ¿La utilización del partograma mejora los resultados?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
CINAHL, de 1982 a Julio de 2005. **EMBASE**, de 1980 a Julio de 2005. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Julio de 2005.	Evidencia: GPC (con tres ECAs) -Utilización/No utilización del partograma: La evidencia obtenida de estudios de países con bajos ingresos muestra que el uso de partogramas con una línea de acción, aumenta los partos vaginales y reduce la morbilidad materna. Una línea de acción de 4 horas está asociada con menos intervenciones durante el parto que una línea de acción de 2 horas con los mismos resultados. Parto mayor de 18 horas, RR 0,56 [IC 95 % 0,47-0,67] Uso de inducción del parto, RR 0,43 [IC 95 % 0,39-0,47] Tasa de sepsis postparto, RR 0,09 [IC 95 % 0,03-0,31] Tasa de cesáreas, RR 0,70 [IC 95 % 0,61-0,81] -Partograma con o sin línea de acción No existe evidencia actual sobre la eficacia de partogramas sin líneas de acción o de alerta. -Partograma con línea de acción de 2 ó 4 horas Poner una línea de acción antes de lo recomendado por la OMS (en 4 horas) incrementa las intervenciones sin ningún beneficio en los resultados de la paciente y el neonato.	-Partograma con o sin línea de acción *Recomendaciones para la investigación:* se deberían realizar estudios que valorasen la eficacia del uso del partograma y la comparación de un partograma con o sin línea de acción. -Partograma con línea de acción de 2 ó 4 horas Si el partograma presenta una línea de acción, la recomendación de la OMS es utilizar una línea de acción de 4 horas (15).	La guía contesta perfectamente la pregunta planteada por GEG, aunque para ello se necesitaron emplear dos apartados de la misma. Es por eso que podría plantearse la opción de dividir esta pregunta en dos o incluso en tres.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

20. ¿Cuál es la frecuencia óptima de exploraciones vaginales durante el periodo de dilatación?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
Distintas búsquedas **BNI** (1985 – mayo 2005), **CINAHL** (1982 – junio 2005), **EMBASE** (1980 – 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – junio 2005). **CINAHL** (1982 – marzo 2006), **EMBASE** (1980 – 2006), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – 2006).	Evidencia en número de tactos vaginales cuando existe rotura de membranas: • menos de 3 vs 3-4, OR era de 2,06 [IC 95 % 1,07-3,97]. • menos de 3 vs 7-8, OR era de 3,80 [IC 95 % 1,92-7,53]. • siete o más, OR 5,89 [IC 95 % 2,02-4,68]. • 7-8 vs 0-2, OR 2,37 [IC 95 % 1,03-5,43].	▪ Examen vaginal cada 4 horas, o cuando existe preocupación por el progreso del parto o en respuesta a los deseos de la mujer (después de la palpación abdominal y evaluación de pérdidas vaginales).	NICE encuentra estudios de baja calidad sobre el número de tactos vaginales y la duración del parto, y estudios con alguna evidencia que indican que existe una asociación entre la infección materno/neonatal, con el número de exámenes vaginales en mujeres con rotura prematura de membranas. La guía NICE no evalúa en ningún apartado la relación entre el número de tactos vaginales y la utilización de oxitocina, la duración del parto, la tasa de partos instrumentales, la tasa de cesáreas, y la satisfacción materna. La recomendación que aparece en la guía según el documento interno de trabajo de NICE sería una recomendación realizada por consenso del grupo de trabajo.

21. ¿Qué métodos son eficaces para tratar el retardo de la primera fase del parto?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI, de 1985 a Julio de 2005 **CINAHL**, de 1982 a Julio de 2005. **EMBASE**, de 1980 a Julio de 2005.	- Amniorrexis / manejo expectante: Evidencia: revisión sistemática [NE = 1++] Cuando hay retraso en la fase activa de la primera etapa del parto, existe un alto nivel de evidencia de que la	▪ Si existe sospecha de retraso en la fase activa de la primera etapa del parto, se debería considerar la amniorrexis en mujeres con membranas intactas, seguido de explicación del procedimiento y consejo de que acortará el parto sobre una hora y que puede aumentar la fuerza y el dolor de las contracciones.	La guía contesta perfectamente la pregunta planteada por GEG. Las recomendaciones sobre las

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
Ovid MEDLINE, de 1966 a Julio de 2005.	duración del parto se reduce mediante amniorrexis. Diferencia en la duración del parto=-53,67 minutos [IC 95 % -66.50 a -40.83 minutos]) <u>- Amniorrexis y oxitocina / oxitocina</u> Evidencia: un ECA [NE = 1+] No existe evidencia de diferencias entre ambas. <u>- Amniorrexis / amniorrexis y oxitocina</u> Evidencia: tres ECAs [NE = 1+] No se encontró evidencia de diferencias. <u>- Amniorrexis y oxitocina / amniorrexis y oxitocina retardadas</u> Evidencia: un ECA [NE = 1+] Cuando el parto tiene retraso, hay evidencia de que la amniorrexis seguida de oxitocina perfundida con régimen a dosis bajas (0-3 mU/minuto) reduce la duración de la primera etapa del parto pero no parece mejorar el riesgo de parto vaginal o algún otro resultado. Cuando hay rotura de membranas, no existe evidencia de que el dar oxitocina en las siguientes 8 horas altere cualquier valor a excepción de la duración del parto. **Diferencia en la duración del parto**: intervención = 266 minutos (SD 166), control 463 minutos (SD 164 minutos), P < 0,001. <u>- Aumento de los efectos sobre la frecuencia cardíaca fetal anormal</u>: **Amniorrexis**: evidencia: una revisión	▪ Todas las mujeres con sospecha de retraso de parto en la primera etapa deben ser informadas sobre la necesidad de tener un examen vaginal al cabo de 2 horas, y si el progreso es inferior a 1 cm se diagnóstica el retraso en el parto. ▪ En mujeres con membranas intactas en las que se diagnosticó un retraso en la primera etapa del parto, debe informarse a la mujer de la necesidad de realizar una amniorrexis, la mujer debe saber que es necesario repetir el examen vaginal a las 2 horas, si se produce la ruptura de las membranas o si están intactas. ▪ Cuando se confirma el retraso en el trabajo de parto en la primera etapa en mujeres nulíparas, debe solicitarse el consejo de un obstetra y debe considerarse el uso de oxitocina. La mujer debe ser informada de que el uso de la oxitocina seguido de rotura espontánea o artificial de membranas puede adelantar el parto, pero no influirá en el tipo de parto, ni en otros resultados. ▪ Las mujeres multíparas con retraso confirmado deben ser vistas por un tocólogo que debe hacer una evaluación completa, que incluya una palpación abdominal y un examen vaginal, antes de tomar una decisión sobre el uso de la oxitocina. ▪ A todas las mujeres con diagnóstico de retraso de parto en la primera etapa se les debe ofrecer apoyo y métodos eficaces de alivio del dolor. ▪ Las pacientes deben ser avisadas de que la oxitocina incrementará la frecuencia y fuerza de sus contracciones y que su uso implicará que el neonato sea monitorizado continuamente. Se debe ofrecer analgesia epidural antes de que comiencen los efectos de la oxitocina. ▪ En el caso de que se utilice la oxitocina, el tiempo entre los incrementos de dosis no debe ser mayor de	intervenciones en el retraso del trabajo de parto en la primera etapa son en su mayoría realizadas por el grupo de consenso de elaboración de la guía NICE, la mayoría de las recomendaciones están recogidas en el documento de trabajo publicado en la página Web de NICE.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
	sistemática [1+]. No existen diferencias. Nulíparas: RR 1,06 [IC 95 % 0,80 a 1,42] Multíparas: RR 0,93 [IC 95 % 0,67 a 1,31] **Oxitocina**: dos estudios. No existen diferencias Nulíparas: RR 0,40 [IC 95 % 0,45 a 1,03] Multíparas: RR 0,66 [IC 95 % 0,20 a 2,13] - <u>Comparación de distintos regimenes de administración de oxitocina</u>: ▪ Mujeres aumento rápido de oxitocina = mayor hiperestimulación. ▪ Mujeres con altas dosis oxitocina = menor nº cesáreas de distocias. ▪ Aumento rápido de dosis bajas de oxitocina = aumento de sufrimiento fetal. ▪ Administración pulsátil de oxitocina = menor cantidad de oxitocina administrada.	cada 30 minutos. La oxitocina debe aumentarse hasta que las contracciones sean entre cada 4-5 ó 10 minutos. ▪ Debe informarse a la mujer que a las 4 horas de comenzar con la oxitocina va a sufrir un examen vaginal. Si hay menos de 2 cm de progreso después de 4 horas de la administración de oxitocina, además de la revisión obstétrica es necesaria una valoración para la cesárea. Si hay 2 cm o más de progreso en la dilatación, los exámenes vaginales deben ser realizados cada 4 horas. ▪ La realización de la amniorrexis por sospecha de retraso en la primera etapa del parto, no es una indicación para iniciar una monitorización electrónica fetal continua. ▪ Cuando el retraso en la primera etapa del parto está diagnosticado debe ofrecerse una monitorización electrónica fetal continua. ▪ Una monitorización electrónica fetal continua debe utilizarse cuando se administra oxitocina para el aumento de trabajo de parto.	

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

III. Segunda etapa del parto.

Definición

22. ¿Cuál es la definición de fase latente de la segunda etapa del parto?

23. ¿Cuál es la definición de fase activa de la segunda etapa del parto?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI (1985 – Mayo 2005), **CINAHL** (1982 – Mayo 2005) **EMBASE** (1980 Mayo 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – Mayo 2005).	No se identificaron estudios que investigaran los resultados de diferentes definiciones del parto	• Fase pasiva de la segunda etapa del parto: º el hallazgo de dilatación completa antes de o en ausencia de contracciones de expulsivo • Comienzo de la segunda etapa de parto º El feto es visible º Contracciones de expulsivo con el hallazgo de dilatación completa u otros signos de dilatación completa del cuello º Pujos maternos con dilatación completa en ausencia de contracciones de expulsivo.	

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Practica Clínica y está p

Duración y progreso

24. ¿Influyen la duración y el progreso de la segunda etapa del parto en los resultados?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI, de 1985 a Mayo de 2005 **CINAHL**, de 1982 a Mayo de 2005. **EMBASE**, de 1980 a Mayo de 2005. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Mayo de 2005.	Evidencia: 16 estudios con [NE entre 2+ y 3] La limitada calidad de la evidencia hace difícil evaluar el significado de una segunda etapa del parto prolongada en los resultados perinatales tanto para el neonato como para la madre. Tanto la posición como el empuje son importantes y no queda nada claro en los estudios. *Interpretación de la evidencia del GEG*: Los resultados obtenidos de los estudios descriptivos, resumidos en la tabla, muestran que el rango superiores de la duración normal de la segunda etapa del parto, sería: -**nulíparas**: entre 0,5-2,5 horas en mujeres sin epidural, y 1-3 horas las pacientes con epidural. -**multíparas**: alrededor de 1 hora en mujeres sin epidural, y 2 horas en las pacientes con epidural. Desgraciadamente, estos datos son deficientes, dado que se calcularon usando SD, con lo que se asume una distribución normal, que no es el caso cuando consideramos la duración del parto.	Mujeres nulíparas: - Es de esperar que el parto ocurra dentro de las 3 primeras horas de la fase activa de la segunda etapa del parto en la mayor parte de las mujeres [GPP]. - Un diagnostico de retraso en la fase activa de la segunda etapa del parto se debería hacer cuando ha durado 2 horas. La paciente debería ser remitida a un profesional sanitario entrenado para llevar a cabo un parto vaginal operatorio si el parto no es inminente [GPP]. Mujeres multíparas: - Es de esperar que el parto ocurra dentro de las 2 primeras horas de la fase activa de la segunda etapa en la mayor parte de las mujeres [GPP]. - Un diagnostico de retraso en la fase activa de la segunda etapa del parto se debería hacer cuando ha durado 1 hora. La paciente debería ser remitida a un profesional sanitario entrenado para llevar a cabo un parto vaginal operatorio si el parto no es inminente [GPP]. Si se ha diagnosticado dilatación total del cérvix en una paciente sin analgesia epidural, pero ella no consigue impulso para empujar, pasada una hora se deben tener en cuenta otras valoraciones.	La guía contesta a la pregunta planteada por GEG. Aunque debida a la poca evidencia de los estudios incluidos no se pueden extraer recomendaciones de calidad.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Sprague AE et al, 2006. GPC	Hospital de Ottawa	Duración de la segunda etapa del parto	Según los autores, el protocolo de su hospital da más oportunidades de tener un parto vaginal que las guías ACOG (duración en nulíparas con anestesia 3 horas, sin ella 2; multíparas con anestesia 2 horas y sin ella 1 hora) y SOGC (dos horas nulíparas y una hora multíparas). Se recomienda una evaluación reiterada y el uso de medidas que faciliten el progreso y descenso. Los médicos y enfermeros están informados para que reevalúen al comienzo de la cuarta hora de la segunda etapa, para determinar si es probable el parto espontáneo. Si no, se avisa al equipo para que estime cuanto más de cuatro horas se prolongará para considerar posibles alternativas. La probabilidad de parto vaginal espontáneo en mujeres nulíparas que no han dado a luz después de cuatro horas es del 24% en pacientes sin anestesia epidural y 28% en mujeres con anestesia epidural. En ocasiones la duración prolongada de la segunda etapa se debe a desproporciones céfalo-pélvicas o malposiciones, y se podría decidir realizar un parto asistido con anterioridad.	Mantener la segunda etapa del parto más allá de los límites de tiempo no es apropiado si no hay progreso o es lento a pesar de la inducción con oxitocina. Sobrepasar este tiempo límite es apropiado si el progreso continúa y el parto vaginal es inminente. - Nulípara con anestesia epidural: 4 horas. - Nulípara sin anestesia epidural: 3 horas. - Multípara con anestesia epidural: 3 horas. - Multípara sin anestesia epidural: 2 horas.	II-B ó 2+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Medidas de asepsia

25. ¿Las medidas de asepsia durante la asistencia al parto influyen en los resultados?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI (1985 – marzo 2005) **CINAHL** (1982 – 2005, 1ª semana abril), **EMBASE** (1980 – 2005, semana 15) **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – 2005, 5ª semana marzo)	**Doble guante durante la episiotomía** Dos ECAS (n = 2058 y 300 sets de guantes). Tasas de perforación primer ensayo: - guante interior, 2,7 % (p < 0,05) - guante exterior, 5,9 % - guantes sencillos, 6,7 %. Tasas de perforación segundo ensayo: - guante interior, 4,6 % (p < 0,05) - guante exterior, 22,6 % - guantes sencillos, 18,0 %. **Manguitos** Serie de casos (n = 80) [NE = 3]. Contaminación del 3,8 % en brazos y del 5 % en manos, con manguitos estériles.	Existe insuficiente evidencia sobre el uso de manguitos estériles para prevenir contaminación. Recomendación sobre doble guante: Las medidas de higiene rutinarias llevadas a cabo por el personal que participa en las labores de parto de una mujer, que incluyen la higiene estándar de las manos y el uso de guantes sencillos no estériles, son apropiados para reducir la contaminación cruzada entre la mujer, el neonato y los profesionales sanitarios.	La utilización de doble guante parece reducir la frecuencia de perforación de los guantes interiores en comparación con los guantes únicos. Sin embargo, se necesita precaución al interpretar estos resultados debido a que no hubo ocultamiento.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Posición durante el periodo expulsivo

26. ¿Cuál es la posición más adecuada durante el periodo expulsivo?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI (1985 – julio 2005), **CINAHL -** (1982 – julio 2005), **EMBASE** (1980 – 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – julio 2005), y en **PsycINFO** (1967 - agosto 2005).	▪ Existe evidencia de alto nivel que indica que la posición supina en la segunda etapa del parto produce un mayor número de partos instrumentales e incrementa el dolor, pudiendo aumentar la incidencia de anormalidades en la frecuencia cardiaca fetal. ▪ No se encontraron diferencias en lo que respecta a desgarros perineales. ▪ Existe evidencia de calidad de que la posición a cuatro en rodillas disminuye el dolor y no aumenta los efectos adversos maternos o neonatales. ▪ El uso de una silla o un taburete para dar a luz, aunque no la posición vertical *per se*, se asocia con pérdidas sanguíneas superiores a 500 ml. ▪ No existe un efecto de la movilización después de la anestesia epidural en resultados maternos y neonatales.	▪ No debe animarse a las mujeres a que adopten la posición supina o semi-supina en la segunda etapa del parto, procurando que adopten cualquier otra posición que encuentren más cómoda [A]. ▪ Se recomienda a las mujeres con anestesia local que se muevan y adopten la posición en la que se encuentren más cómodas. [A].	Con los resultados obtenidos y el nivel de evidencia existente parece prudente que las mujeres adopten otra posición en la segunda etapa del parto distinta a la supina o litotomía. No todos los resultados planteados por el grupo elaborador se contemplan en la guía NICE. El nivel de recomendación viene dado por un trabajo publicado en la página Web de NICE.

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Cuerva Carvajal A et al 2006 RS	RS para comparar resultados maternos y fetales	La revisión sistemática sólo incluyó ECAs de alta o media calidad,	**Resultados maternos** Traumatismo perineal: (9 estudios). Existe tendencia a presentar mayor porcentaje de desgarros y menor número de episiotomías con la postura vertical. Sangrado materno: (6 estudios). Existe cierta relación en la	No se encuentran diferencias entre las dos posiciones en cuanto a seguridad maternofetal, existen aspectos subjetivos	1

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

	según la postura adoptada en periodo expulsivo (postura vertical vs decúbito supino incluyendo litotomía).	del total de la búsqueda incluyeron 10 ensayos.	predisposición a mayor sangrado en posición vertical. Duración del periodo expulsivo: (9 ensayos). No existen diferencias significativas entre las dos posiciones. Dolor: (3 ensayos). Sólo 1/3 encuentra diferencias significativas y van en sentido de menor dolor en posición vertical. Satisfacción materna: (4 ensayos). Sólo 1/4 presenta diferencias, pero existe una tendencia a obtener mayor satisfacción en posición vertical. Anestesia epidural: (5 ensayos). No ofrecen información sobre la capacidad de la mujer para mantener posición vertical cuando recibe anestesia epidural, ni tampoco sobre que tipo y dosis de anestesia es mejor en posición vertical. **Resultados neonatales** Puntuación de Apgar: *al primer minuto* (6 ensayos), y *después del primer minuto* (5 ensayos). En ningún caso existen diferencias entre las posiciones. Frecuencia cardíaca: (3 ensayos). Sólo 1/3 encuentra que existe un 3% más de patrones anormales de la frecuencia cardíaca en posición horizontal. Asistencia neonatal en Unidades de Cuidados Críticos en los primeros momentos tras el parto: (1 ensayo). No existen diferencias entre las posiciones. pH de la arteria umbilical: (2 ensayos). No encuentran diferencias entre las posturas.	de la mujer a tener mayor beneficio en posición vertical. El grupo de trabajo que realiza la revisión realiza dos recomendaciones: • Los servicios sanitarios deberían facilitar a cada mujer la elección de la posición en que prefiere parir. • Necesidad de realizar estudios para conocer qué tipo y dosis de anestesia facilita el mantenimiento de posiciones verticales durante el periodo expulsivo del parto.	

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Pujos maternos y pujos dirigidos

27. ¿Cuál es la efectividad de las diferentes técnicas de pujo durante la segunda etapa del parto sobre los resultados maternos y neonatales?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI, de 1985 a Mayo de 2005 **CINAHL**, de 1982 a Mayo de 2005. **EMBASE**, de 1980 a Mayo de 2005. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Mayo de 2005.	Evidencia: 2 ECAs con [NE = 1+ y 3] ECAs con [NE = 1-]. No existe evidencia de que los pujos dirigidos afecten a los resultados. En un estudio (16) se observó que los pujos dirigidos reducían la segunda etapa del parto: 46 minutos frente a 59, p = 0,014. En el resto no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos.	Se debería informar a las pacientes de que en la 2ª etapa del parto, deberían guiarse por su propio deseo de pujo. Si los pujos no son efectivos o si lo demanda la paciente, se pueden emplear estrategias de asistencia al parto como la ayuda, el cambio de posición, el vaciamiento vesical y el apoyo.	La guía no contesta completamente la pregunta planteada por GEG ya que no se cubren todos los perfiles de pacientes propuestos por el grupo, al incluir sólo artículos con pacientes sin analgesia epidural.

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Brancato RM et al, 2007, RS	7 estudios 2827 mujeres	Determinar el método de pujo más beneficioso (pujo dirigido vs pujo espontáneo) en mujeres con anestesia epidural durante la segunda etapa del parto.	Los datos indican que las pacientes sin pujos dirigidos presentan: -Más partos vaginales espontáneos (RR 1.08; IC95% 1.01 a 1.15; p=0.025) -Menor riesgo de parto instrumentado (RR 0.07; IC95% 0.71 a 0.85; $p \leq 0.0001$) -Menos tiempo de pujo (DM -0.19 horas; IC95% -0.27 a -0.12; $p \leq 0.0001$) No se encontraron diferencias en las tasas de cesáreas, laceraciones y episiotomías	Los resultados obtenidos indican que el parto con pujos no dirigidos incrementan la seguridad y efectividad del parto, los partos vaginales y reducen los partos instrumentados y el tiempo de pujo. El parto pasivo esta recomendado en mujeres sanas con partos no complicados y analgesia epidural efectiva. Las mujeres deberían comenzar a pujar cuando ellas sientan la necesidad.	1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

28. ¿Cuál es el momento óptimo de recomendar los pujos dirigidos?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI, de 1985 a Mayo de 2005 **CINAHL**, de 1982 a Mayo de 2005. **EMBASE**, de 1980 a Mayo de 2005. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Mayo de 2005.	Evidencia: 1 revisión sistemática [NE = 1+], 1 ECA [NE = 1+] y 1 estudio de cohortes [NE = 2+]. Existe un elevado nivel de evidencia de que los pujos con retraso (de 1 a 3 horas, o antes si se siente necesidad involuntaria de pujar), comparado con el pujo dirigido en el diagnóstico de la 2ª etapa del parto, reduce el riesgo de fórceps medio y de parto instrumentado rotacional.	En mujeres con analgesia regional, cuando la dilatación cervical es completa, el pujo debe ser retrasado al menos una hora o más, si la mujer lo desea, a menos que sienta necesidad de pujar o la cabeza del neonato sea visible. Después, el pujo debe ser apoyado activamente durante las contracciones. En una mujer con analgesia regional, tras el diagnóstico de dilatación completa se debería acordar un esquema con la paciente para asegurar de que el nacimiento habrá ocurrido en el plazo de 4 horas, sin importar la paridad.	La guía contesta a la pregunta planteada por GEG, aunque no responde a todos los perfiles de pacientes planteados por el GEG.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Prevención del trauma perineal

29. ¿Cuál es la efectividad de las siguientes intervenciones en la prevención del trauma genital? (masaje del periné, aplicación de calor perineal, uso de anestésicos locales en periné, aplicación de frío perineal, protección del periné, deflexión activa de la cabeza y extracción activa de los hombros versus no hacer nada)

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
CINAHL (1982 – febrero 2006), **EMBASE** (1980 – 2006), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – febrero 2006),	Masaje perineal durante el parto Desgarro grado III: favorable para el masaje: RR 0,47 [IC 95 % 0,23-0,93] Calor/frío y posición de la mano Existe un alto nivel de evidencia de que el masaje o la aplicación de compresas calientes durante la 2ª etapa del parto no mejoran los resultados del perineo. El nivel de evidencia para comparar la técnica donde una mano controla la deflexión de la cabeza y la otra protege el periné vs la técnica donde las manos se mantienen preparadas pero ninguna toca ni la cabeza fetal ni el periné es limitado, el nivel de trauma perineal es similar en ambas técnicas, mientras la episiotomía es más alta con la técnica en la que las manos tocan la cabeza y el periné (un estudio RR 0,79 [IC 95 % 1,02-2,78] y otro (p < 0,01). Sin embargo la extracción manual de placenta da diferencias significativas en un estudio (RR 1,69 % [IC 95 % 1,02-2,78], mientras que en el otro las diferencias no son significativas. Anestesia local con spray El uso de la lidocaína en spray en la 2ª etapa del parto no se asocia con una reducción en el dolor perineal (4,8 [IC 95 % -1,7 a 11,2], P = 0,14) con evidencia de alto nivel, pero puede estar	▪ El masaje perineal no debería ser realizado en la segunda etapa del trabajo de parto. ▪ Cualquiera de las dos técnicas (mano controla la deflexión de la cabeza y protege el periné vs manos se mantienen preparadas pero ninguna toca ni la cabeza fetal ni el periné) pueden utilizarse para facilitar el nacimiento espontáneo. ▪ No debe usarse lidocaína en spray para reducir el dolor en la segunda etapa del parto.	Las tres recomendaciones realizadas por NICE para este apartado tienen un alto nivel de evidencia y por lo tanto un grado de recomendación [A], según el documento de trabajo de la NICE publicado en su página Web. La Guía NICE no aborda algunas de las variables sugeridas por el grupo como la depresión postnatal, el pH de cordón, o el ingreso del recién nacido.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
	asociada con una reducción del traumatismo perineal (RR 0,63 [IC 95% 0,42-0,93], p = 0,019).		

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Beckmann MM et al, 2005 RS.	3 ECAs (2434 mujeres), comparan masaje perineal con un grupo control.	Se realiza el masaje perineal antes del parto como técnica para disminuir la incidencia del trauma perineal.	▪ Traumatismo perineal que necesita sutura: disminuye un 9% en el grupo con masaje. RR 0,91 [IC 95% (0,86-0,96)], NNT de 16 [10 a 39]. Reducción estadísticamente significativa en mujeres sin parto vaginal anterior, RR 0,90 [IC 95% (0,84-0,96)] y un NNT de 14 [9 a 35]. ▪ Incidencia de episiotomías: se reduce en un 15% en las mujeres con masaje. RR 0,85 [IC 95% (0,75-0,97)], y un NNT 23 [13 a 111]. Reducción estadísticamente significativa en mujeres sin parto vaginal anterior, RR 0,85 [IC 95% (0,74-0,97)] y un NNT de 20 [11 a 110]. ▪ Dolor perineal continuo después del parto: el dolor a los tres meses se reduce en un 32% en las mujeres con masaje. RR 0,68 [IC 95% (0,50-0,91)], y un NNT 16 (7 a 70). A los tres mes sólo era estadísticamente significativa en mujeres con parto vaginal anterior, RR 0,68 [IC 95% (0,50-0,91)] y un NNT de 13 [7 a 60]. No se encontraron diferencias en la incidencia de desgarros de 1er grado, 2º grado, 3er y 4º grado, tampoco existen diferencias en número de partos instrumentales, satisfacción sexual y la incontinencia de orina, heces o flatos.	El masaje perineal antes del parto reduce el traumatismo perineal y el dolor. Se aconseja informar a la mujer sobre las ventajas del masaje perineal y como debe realizarse.	1++
Steen M. et al 2006. RS.	Se incluyeron 8 ECAs	Evaluar métodos de frío localizados para paliar el traumatismo perineal o sus efectos.	Utilización de frío mejora: • Satisfacción de la mujer (2 ECAs) • Alivio del dolor (6 ECAs) • Reducción de la respuesta inflamatoria (4 ECAs)	La aplicación de frío puede reducir la respuesta inflamatoria, y disminuir los niveles de dolor	1-

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
				perineal.	
Laine K, et al 2008, Estudio cohortes	12.369 partos vaginales entre 2002-07. 4 grupos antes de intervencion (02-04) instrumentales y no instrumentales y después intervención no instrumentales e instrumentales	Ralentización de la fase de salida de la cabeza para proteger el periné,mediante rotación de la cabeza y no empujar.	-Disminución del desagarro del esfínter anal en período de intervención (p<0,001). -Aumento de partos instrumentales en período intervención. Primeros 9 meses (p=0,011), 2º 9 meses (p<0,001). -Aumento de episiotomías en periodo de intervención. Primeros 9 meses (p<0,001), 2º 9 meses (p<0,001).	La ralentización de la expulsión de la cabeza, mediante rotación y no empujar disminuye el número de roturas del esfínter anal.	2

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Episiotomía

30. ¿Cuál es la efectividad de la episiotomía?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
CINAHL (1982 – febrero 2006), **EMBASE** (1980 – 2006), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – febrero 2006).	La NICE encuentra un alto nivel de evidencia de que el uso rutinario de la episiotomía (media del 71,6 % en los ensayos) no es beneficioso para la mujer, ni a corto ni a largo plazo, en comparación con el uso restrictivo (media en los ensayos del 29,1 %). [NE 1+]. Dentro de la revisión sistemática realizan un metaanálisis para analizar distintos puntos: Perineo intacto**:** 33,9 % vs 24 % (epis.sistemática). Reparación quirúrgica**:** 63 % vs 88 % (epis.sistemática). Dolor día de alta**:** 42,5 % vs 30,7 % (epis.sistemática). Incontinencia urinaria No existen diferencias entre los dos grupos, RR 1,02 [IC 95 % 0,83-1,26]. Incontinencia rectal**:** incremento de riesgo asociado a la episiotomía para incontinencia rectal (RR 1,91 [IC 95 % 1,03-3,56]). Función sexual**:** Al mes: mayor número de mujeres del grupo restrictivo reanudaba la vida sexual antes que en el grupo de episiotomía rutinaria (27 % vs 37 %, p < 0,01). Tres meses: no existen diferencias Apgar o pH de sangre umbilical: no existen diferencias.	▪ No debe realizarse episiotomía rutinaria durante el parto vaginal espontáneo. [A] ▪ Cuando se realiza una episiotomía, la técnica recomendada es la de episiotomía mediolateral, comenzándola en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho. El ángulo respecto del eje vertical deberá estar entre 45 y 60 grados en el momento de la episiotomía. ▪ La episiotomía deberá realizarse si hay necesidad clínica, como parto instrumental o sospecha de compromiso fetal. ▪ Antes de llevar a cabo una episiotomía deberá realizarse una analgesia eficaz, excepto en una emergencia debido a un compromiso fetal agudo. ▪ La episiotomía no debe ser realizada de forma rutinaria durante un parto vaginal en mujeres con desgarros de tercer o cuarto grado en partos anteriores.	Las distintas medidas de resultados realizadas por el grupo en la pregunta quedan reflejadas en los puntos estudiados por la guía NICE [1]. Las recomendaciones que hace NICE en su guía no muestran el grado de recomendación que tiene cada una de ellas. Sin embargo un documento de trabajo previo que NICE tiene en su página Web, muestra que la primera recomendación es de grado [A]. Curiosamente, el resto de recomendaciones que realiza en ese documento no son las mismas que en el documento final y por tanto carecen de grado de recomendación. Los valores obtenidos por los metaanálisis realizados con los distintos ECAs muestran que la incontinencia urinaria y la rectal, así como la función sexual aunque presenten valores similares los RR son mayores de uno y por tanto la episiotomía sistemática es un

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
	Con los datos de dos estudios se realiza un metaanálisis donde se obtienen los siguientes resultados: • El trauma perineal severo (desgarro grado tercero o cuarto) presenta un RR 0,74 [IC 95 % 0,42-1,28] (seis estudios). • Trauma perineal posterior: RR 0,87 [IC 95 % 0,83-0,91] (cinco estudios). • Trauma perineal anterior: RR 1,75 [IC 95 % 1,52-2,01] (cinco estudios). • Apgar < de 7 a 1 minuto: RR 1,05 [IC 95 % 0,76-1,45]. Sobrepeso del niño (p = 0,021) y episiotomía mediolateral (OR 4,04 [rango 1,71-9,56]) son factores de riesgo independientes en la lesión anal.		factor de riesgo para estos factores. Cuando se realiza el metaanálisis entre los datos de la revisión sistemática y el ECA alemán, los RR encontrados indican que mientras que para el trauma perineal severo y posterior, la episiotomía sistemática no es un factor de riesgo, mientras que sí lo es para el trauma anterior y para el Apgar < de 7 a un minuto, ya que el RR es mayor de uno.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y está p

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Método y material de sutura en la reparación perineal

31. ¿Cuál es la efectividad de la sutura de desgarros perineales de I y II grado?

32. ¿Cuál es la técnica de sutura más efectiva para la episiotomía y/o los desgarros perineales de I y II grado?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
CINAHL (1982 – febrero 2006), **EMBASE** (1980 – 2006), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – febrero 2006).	**Abordaje de la reparación** Hay una limitada evidencia de alto nivel de que la no sutura en traumas perineales de primer o segundo grado se asocia con una peor cicatrización de la herida a las 6 semanas. No hay pruebas en cuanto a resultados a largo plazo. *Sutura vs no sutura en desgarro grado I ó II.* Nivel de dolor: no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Nivel de curación: existen diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de sutura. Total valores de curación: existen diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de sutura. *Experiencia de la mujer* Durante reparación: relaciones entre mujer y personal. Después de la reparación: sentimientos negativos. **Método de reparación**: Hay un alto nivel de evidencia a favor de que una sutura continua, en la reparación de los músculos perineales, es asociada con menor dolor a corto plazo, y con un mayor grado de satisfacción de las mujeres a los tres meses. Dos planos de sutura no está asociado con dehiscencia de la herida pero si con dispareunia a los 3 meses. *Sutura subcuticular continua vs sutura transcutanea discontinua* Existen diferencias significativas, a favor de la sutura continua en el dolor a corto plazo, la incomodidad y la satisfacción de la mujer a los 3 y 12 meses.	**Recomendaciones para el abordaje de la reparación:** ▪ Debe aconsejarse a las mujeres que en el caso de trauma de primer grado, la herida debe suturarse para mejorar la curación, a menos que los bordes superficiales estén bien aproximados. ▪ En el caso de traumas de segundo grado, debe aconsejarse a las mujeres la sutura del músculo para mejorar la curación. **Recomendaciones para el método de reparación:** ▪ En traumas de segundo grado, si la piel está bien pegada en los bordes, no es necesario suturar. ▪ Si la piel necesita sutura, esta debe realizarse de forma subcuticular continua. ▪ La reparación perineal de la pared vaginal y la capa muscular debe realizarse	En las recomendaciones sobre el abordaje de la reparación hay que tener en cuenta que aunque los autores de los estudios realizan conclusiones y la NICE realiza las recomendaciones, el número de mujeres que participan en los estudios es bajo. Las recomendaciones sobre el método de reparación tendrían un grado [A] según un trabajo publicado en la página de la NICE. No todas las medidas de resultados que el grupo de elaboración de la guía sugiere

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
	Reparación perineal en dos-planos vs reparación de tres-planos La sutura en dos-planos presenta menor tirantez de la sutura, retirada de sutura, dispareunia y además la sensación de "sentir el área perineal" normal es mayor en este grupo. Mientras que la sutura en tres-planos presenta menor abertura de la herida.	mediante una sutura continua "no cerrada".	están reflejadas en la guía NICE.

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Kettle C. et al 2007, RS.	Siete ECAs de 4 países, con un total de 3.822 mujeres. Se realiza metaanálisis de los estudios.	Técnica reparación perineal (suturas continuas vs interrumpidas), tienen relación con el grado de dolor y dispareunia superficial.	• Dolor a corto plazo (hasta 10 días después del parto): (6 ECAs), la sutura continua se asocia con menor dolor a corto plazo; RR 0,70; [IC 95% (0,64-0,76)]. Un análisis de subgrupos muestra una mayor reducción del dolor con sutura continua en todas las capas vs sutura continua piel perineal; RR 0,65; [IC 95% (0,60-0,71)]. • Analgesia a corto plazo (hasta 10 días después del parto): (4 ECAs), disminución del uso de analgesia cuando se usa la técnica subcutánea continua vs sutura interrumpida; RR 0,70; [IC 95% (0,58-0,84)]. • Necesidad de nueva sutura (hasta 3 meses después del parto): (4 ECAs), no existen diferencias en el riesgo de nueva sutura entre los grupos. • Dolor a largo plazo (hasta 3 meses después del parto): (2 ECAs), no existen diferencias significativas entre los grupos; RR 0,86; [IC 95% (0,69-1,07)]. • Dispareunia (hasta 3 meses después del parto): (6 ECAs), no existe reducción estadísticamente significativa en la dispareunia presentada en la sutura continua (todas las capas vs piel sola); RR 0,93; [IC 95% (0,81-1,06)], aunque existe heterogeneidad significativa entre los estudios que dificulta el resumen de los resultados • Imposibilidad de coito sin dolor (hasta 3 meses después del parto): (2 ECAs), no hubo diferencias significativas; RR 1,07; [IC 95% (0,93-1,24)]. • Extracción material de sutura (hasta 3 meses después del parto): (3 ECAs), era menos frecuente en los grupos de cierre perineal continuo; RR	La sutura continua se asocia con menos dolor a corto plazo, frente a la sutura interrumpida. También si la sutura es continua para todas las capas (vagina, músculos perineales y piel) la reducción del dolor es mayor frente a la sutura continua en piel perineal solamente.	1+

Han transcurrido más de 3 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y está p

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
			0,54; [IC 95% (0,45-0,65)].		
Verspyck E. et al, 2006, RS	Este estudio no debería estar excluido ya que los artículos utilizados para la parte de "comparación entre distintas técnicas de sutura para la reparación de episiotomía", están incluidos en la RS anterior (44), además la utilizada en este artículo es una versión anterior. Sin embargo, hemos decidido desarrollar aquí una serie de recomendaciones que realiza el artículo ya que presentan grado de recomendación, lo que no ocurre en la RS en sí. Recomendaciones: ▪ La sutura continua es preferible a discontinua, porque reduce significativamente el dolor y el riesgo de dehiscencia, presenta además mayor satisfacción entre las mujeres [grado A]. ▪ La aplicación de sutura discontinua puede aumentar la tasa de dispareunia a los 3 meses [Grado B].				
Kindberg S. et al, 2008, ECA.	De un total de 1.820 primíparas se les ofreció entrar en el estudio a 400, 5 no dieron su consentimiento y se formaron dos grupos 198 con sutura continua y 197 con sutura discontinua. Las mujeres eran todas primíparas con parto vaginal a término. El estudio fue doble ciego.	Comparar sutura continua vs discontinua, ambas sin resurado perineal (que era lo recomendado)	• Dolor a los 10 días después del parto. Dolor no presenta diferencias RR 0,90 [IC 95% (0,68-1,18)]; p = 0,44. Necesidad de analgesia no existen diferencias; RR 1,04 [IC 95% (0,59-1,87)]; p = 0,88. • Satisfacción materna a los 6 meses. No existen diferencias; RR 0,99 [IC 95% (0,91-1,08)]; p = 0,80. • Dispareunia. No presenta diferencias: -- Dispareunia en la primera relación sexual; RR 1,13 [IC 95% (0,96-1,33)]; p = 0,14. --Dispareunia a los 6 meses; RR 0,81 [IC 95% (0,58-1,12)]; p = 0,20. Existen diferencias en dos variables • Tiempo trascurrido durante la reparación. Sutura continua 15 minutos vs sutura discontinua 17 minutos, p = 0,03 • Cantidad de material de sutura empleado Sutura continua un paquete vs sutura discontinua dos paquetes; p < 0,01.	La técnica de sutura discontinua es igual de eficaz que la sutura continua, y ofrece los mismos resultados para el dolor, cicatrización, satisfacción, número de re-suturas y frecuencia de la dispareunia. Sin embargo la técnica de sutura continua es más rentable ya que es más rápida y	1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
				necesitas de menos material.	

33. ¿Cuál es el material más adecuado para la reparación del periné?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
CINAHL (1982 – febrero 2006), **EMBASE** (1980 – 2006) **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – febrero 2006).	Hay un alto nivel de evidencia [1+] de que el material de sutura sintético y de absorción rápida se asocia con: -Menor dolor a corto plazo (a los 3 días, OR 0,62 [IC 95 % 0,54-0,71]) -Menor dehiscencia de la sutura (a los 10 días, OR 0,45 [IC 95 % 0,29-0,70]) -Menor necesidad de re-sutura a los 3 meses [OR 0,26 [IC 95 % 0,10-0,66]	▪ Para suturar el perineo debe utilizarse material de sutura sintético y absorbible [A]. Principios básicos que se deben observar al realizar reparaciones perineales [GPP]: ▪ Utilizar técnicas asépticas. ▪ Verificar el equipo, contar los algodones y las agujas antes y después del procedimiento. ▪ Es necesario una buena iluminación para ver e identificar las estructuras involucradas. ▪ Un trauma perineal difícil debe ser reparado por un profesional con experiencia, y bajo anestesia regional o general. Debe colocarse una sonda vesical durante 24 horas para prevenir la retención urinaria. ▪ Debe lograrse una buena adaptación anatómica de la herida, y considerar los cosméticos para un mejor resultado. ▪ Debe llevarse a cabo un examen rectal después de completar la reparación para garantizar que el material de sutura no se ha insertado accidentalmente a través de la mucosa rectal. ▪ Después de completar la reparación, debe detallarse en un documentado el alcance de los traumas, el método de reparación y los materiales utilizados. ▪ Debe informarse a la mujer del alcance de los	La guía NICE también recomienda la necesidad de realizar investigaciones sobre cual sería la analgesia óptima durante la realización de la sutura perineal. Recordamos que el grado de recomendación que aparece en las recomendaciones viene determinado en un documento de trabajo que la NICE tiene publicado en su página Web. La [GPP] es una recomendación de consenso realizada por el grupo de trabajo de la guía NICE.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
		traumatismos sufridos, como puede aliviar el dolor, la dieta, la higiene y la importancia de los ejercicios pélvico.	

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Verspyck E. et al, 2006; RS.	✓ Material absorbible vs no absorbible. Incluye una RS con un total de 6 estudios (311). ✓ Material absorbible vs absorbible *RS ya incluida por NICE (300, 301). *Estudio comparativo no randomizado con n = 62 mujeres (312).	✓ Material absorbible vs no absorbible. Compara material Dexon® reabsorbible y sintético vs seda o nailon (no absorbible). ✓ Material absorbible vs absorbible *Catgut (animal) vs Dexon® o Vicryl® (sintético). RS incluida por NICE (300). *Vicryl® estándar vs Vicryl® rápido. RS incluida por NICE (301). *Pegamento biológico (Enbucrilate Histoacryl®) vs Dexon® o Vicryl®. Estudio comparativo (312).	✓ Material absorbible vs no absorbible. *Presenta menor dolor a corto plazo en mujeres cuyo material es Dexon® en comparación con: La seda: OR 0,72 [IC 95% (0,57-0,92)] Nailon: OR 0,39 [IC 95% (0,28-0,55)] *No se informa del dolor a largo plazo, ni de la dispareunia. ✓ Material absorbible vs absorbible *Catgut (animal) vs Dexon® o Vicryl® (sintético). Mismos datos que NICE. *Vicryl® estándar vs Vicryl® rápido. Además de los datos aportados en NICE, presenta dos valores más: ▪ Número de pacientes con material de sutura retirada fue menor en el grupo con Vicryl® rápido: a los 10 días; OR 0,38 [IC95% (0,23-0,64)] y a los 3 meses; OR 0,26 [IC 95% (0,18-0,37)]. ▪ Número de pacientes con dehiscencia fue superior en el grupo con Vicryl® rápido; OR 1,83 [IC95% (1,14-2,92)] *Pegamento biológico (Enbucrilate Histoacryl®) vs Dexon® o Vicryl®. El pegamento presentaba: ▪ Desaparición del dolor antes (18 vs 25 días) ▪ Reanudación sexualidad antes (34 vs 52 días)	✓ Material absorbible vs no absorbible. El material absorbible parece ser preferible al no reabsorbibles, ya que genera menor dolor inmediato. GR [B]. ✓ Material absorbible vs absorbible Los resultados de los estudios aconsejan la utilización de sutura sintética reabsorbibles. GR [A]. Distintos materiales: ▪ Dexon® duracción reabsorción más bajo que Vicryl® (60-90 vs 120 días) ▪ Vicryl rápido presenta mayor riesgo de dehiscencias. GR [A].	1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Maniobra de Kristeller

34. ¿Cuál es la efectividad de la maniobra de Kristeller?

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Api O et al. 2009 ECA	Se incluyen 197 mujeres de 37 a 42 semanas de gestación.	En el grupo intervención se realiza la maniobra de kristeller durante la segunda etapa del parto	Los resultados no muestran diferencias significativas en la duración promedio de la segunda etapa de trabajo ni en las medidas de resultado secundarias (pH de la arteria umbilical, HCO3-, exceso de base, pO2, pCO2 valores y tasa de partos instrumentales, morbilidad materna grave y mortalidad, traumatismos neonatales, admisión a la unidad neonatal de cuidados intensivos, y muerte neonatal) excepto para los valores de pO2 que es más baja el grupo de intervención y la pCO2 que fue mayor. Sin embargo, los valores aún se mantuvo dentro de rangos normales y no hubo recién nacidos con una puntuación de Apgar <7 en cualquiera de los grupos.	la maniobra de kristeller es ineficaz en la reducción de la segunda etapa del trabajo.	1+
Cox et al, 1999 Un ECA	500 mujeres nulíparas con analgesia epidura (260 mujeres intervención vs. 240 control)	Utilización de una cinta obstétrica inflable para aplicar la presión del fondo durante la contracción uterina en la segunda etapa del parto.	parto espontáneo: 42,7% de las del grupo de cinturón vs. 39,2% del grupo control, p = 0,423 tasa de partos instrumentado: 41,5% de las del grupo de cinturón vs. 42,1% del grupo control, p = 0,902. tasa de partos instrumental rotacional: 10% de las del grupo de cinturón vs. 15% del grupo control, p = 0,09. Cesáreas: 5,8% de las del grupo de cinturón vs. 3,8% del grupo control, p = 0,292. perineo intacto: 16,5% de las del grupo de cinturón vs. 9,6% del grupo control, p = 0,022. Trauma de 3º grado: 6,5% vs. 0,4% p=0,001.	Se concluye que la presión del fondo del útero, aplicado de esta manera, no redujo significativamente la tasa de parto instrumental.	1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

IV. Alumbramiento

Duración del periodo de alumbramiento

35. ¿Cuál es la duración del periodo del alumbramiento?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
CINAHL, de 1982 a Septiembre de 2006. **EMBASE**, de 1980 a Septiembre de 2006. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Septiembre de 2006.	Evidencia: dos estudios [NE = 3 y 2+] respectivamente y una revisión sistemática [NE = 3]. Dada la evidencia existente se puede decir que: -existe un moderado nivel de evidencia de que un manejo activo de la tercera etapa del parto de 30 minutos o más, se asocia con incrementos en la incidencia de hemorragias post-parto. -el periodo de alumbramiento espontáneo tiene una duración menor de 60 minutos en el 95% de las pacientes.	La duración de la tercera etapa del parto se considera elevada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato con manejo activo y 60 minutos con el manejo fisiológico.	La pregunta realizada por el GEG se contesta perfectamente en la guía, aunque no se dan valores exactos de tiempo si se dan duraciones aproximados que se pueden utilizar como referencia. Se debe tener en cuenta que se ha definido como manejo activo de la tercera etapa del parto el paquete formado por uso de uterotónicos, pinzamiento, corte y tracción controlada del cordón.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Practica Clínica y está p

Manejo del alumbramiento

36. ¿El método de manejo del alumbramiento influye sobre los resultados?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI, de 1985 a septiembre de 2005. **CINAHL**, de 1982 a septiembre de 2005. **EMBASE**, de 1980 a septiembre de 2005. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a septiembre de 2005.	Evidencia: revisión sistemática [NE = 1+]. El manejo activo del alumbramiento reduce la necesidad de administración de oxitócicos y reduce la duración de esta fase, sin existir diferencias en la tasa de extracción manual de placenta. Sin embargo, se observó un aumento de complicaciones maternas, como presión diastólica superior a 100 mm de Hg, nauseas, vómitos y cefalea. No se observó evidencia en otras complicaciones como incremento del dolor durante la tercera etapa, HPP secundaria, readmisiones por sangrado, necesidad de antibióticos o fatiga materna a las seis semanas. No se encontraron diferencias en los resultados neonatales.	-El manejo activo del periodo de alumbramiento es recomendable, incluye el uso de oxitocina (10 UI mediante inyección intramuscular), seguido de pinzamiento y corte temprano del cordón y de tracción controlada del mismo. [A] -Mujeres con riesgo bajo de hemorragia post-parto que demanden manejo fisiológico deben ser apoyadas en su elección. [GPP] -El cambio de manejo fisiológico a activo está indicado en caso de: hemorragia, problemas para extraer la placenta en el plazo de 1 hora y mujeres que deseen acortar el tercer periodo del parto artificialmente. -La mujeres deben ser informadas que el manejo activo de la tercera etapa del parto reduce el riesgo de hemorragia materna y acorta el tiempo de duración de esta tercera etapa.	En la guía de NICE se responde a la pregunta del grupo elaborador de la guía en todos los puntos que se plantean. Aunque en el punto de "resultados del empleo de oxitocina", la guía NICE responde de forma genérica a todo tipo de tratamientos oxitócicos. En una pregunta posterior (9.3.3.) se centran en este punto y realizan una comparación del empleo de diferentes uterotónicos en el manejo de la tercera etapa del parto.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Utilización de uterotónicos.

37. ¿Qué uterotónico es el más adecuado para el alumbramiento dirigido? (oxitocina, ergotínicos, prostaglandinas y carbetocina)

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI, de 1985 a septiembre de 2005 **CINAHL**, de 1982 a Septiembre de 2005. **EMBASE**, de 1980 a Septiembre de 2005. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Septiembre de 2005.	Evidencia: 4 RS (NE = 1+), 6 estudios [con diferentes NE]; y 4 estudios [NE = 1+]. • Oxitocina/no uterotónicos: Para pérdidas > 500 ml: RR 0,50 (0,43-0,59) Para pérdidas > 1000 ml: RR 0,61 (0,44-0,87) • Oxitocina / Ergotínicos: Para pérdidas > 500 ml: RR 0,90 (0,70-1,16) Para pérdidas > 1000 ml: RR 0,99 (0,56-1,74) • Oxitocina + Ergotínicos / Ergotínicos: Para pérdidas > 500 ml: RR 1,29 (0,90-1,84) Para pérdidas > 1000 ml: RR 1,67 (0,40-6,94) Extracción placenta: RR 0,57 (0,41-0,79) • Oxitocina + Ergotínicos / Oxitócicos: Para pérdidas > 500 ml: RR 0,82 (0,71-0,95) Para pérdidas > 1000 ml: RR 0,78 (0,58-1,03) Vómitos y/o nauseas: RR 5,71 (4,97-6,57) • Oxitocina / Prostaglandinas: Para pérdidas > 500 ml: RR 1,49 (1,39-1,59) Para pérdidas > 1000 ml: RR 1,31 (1,14-1,50) • Oxitocina /Carbetocina: no hay información	El empleo de oxitocina parece reducir la incidencia de HPP, en comparación con su no uso, sin que exista evidencia de diferencias en la incidencia de nauseas. Cuando se compara la oxitocina sola con los alcaloides ergotínicos, no se observan diferencias significativas en la incidencia de HPP, aunque se encontró una reducción significativa en la necesidad de extracción manual de la placenta en el grupo con oxitocina. No hubo evidencia de diferencias entre el uso de alcaloides ergotínicos más oxitocina y su empleo en solitario. Sin embargo, los alcaloides ergotínicos+oxitocina parecen reducir la incidencia de las HPP incrementando la incidencia de vómitos y nauseas, con respecto a la oxitocina sola. El uso de 10 UI de oxitocina sola muestra un efecto más próximo a los alcaloides ergotínicos+oxitocina en la reducción de la HPP que el empleo de 5 UI de oxitocina sola. El uso de prostaglandinas presentó una menor incidencia de HPP y mayores efectos adversos que el resto de uterotónicos.	La guía no contesta completamente la pregunta planteada por GEG ya que no se responde a una de las intervenciones planteadas (Oxitocina vs Carbetocina). El resto de medidas de resultados está bien contestado y apoyado en estudios y revisiones con un elevado nivel de evidencia.

Ha transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Gülmezoglu AM et al, 2008 Revisión Cochrane.	42621 mujeres 46 estudios	Evaluar el efecto del uso de las prostaglandinas en el alumbramiento. - Misoprostol / Placebo - Misoprostol / Uterotónicos - Prostaglandinas / Uterot.	- Misoprostol / Placebo (9 estudios) El misoprostol en general tiene un cierto efecto protector sobre la HPP grave. El rectal por separado no y el sublingual si (1 estudio; n=661; RR 0.66; IC95% 0.45-0.98) Reduce la transfusión de sangre (5 estudios; n=3519; RR 0.31; IC95% 0.10-0.94) - Misoprostol / Uterotónicos (25 estudios) 16 oral, 5 rectal y 4 sublingual. Misoprostol oral aumenta el riesgo de HPP grave (16 estudios; n=29042; RR 1.31; IC95% 1.16-1.59) Misoprostol rectal fue similar a los uterotónicos en cuanto a la HPP grave El misoprostol combinado con oxitocina fue más efectivo que el placebo y la oxitocina en la reducción de la HPP grave y la HPP - Prostaglandinas / Uterotónicos (10 estudios) Las prostaglandinas tuvieron una media de pérdida de sangre menor que el no uso de uterotónicos (1 estudio, n=50). En comparación con los uterotónicos también presentaron menores pérdidas de sangre y menor duración en el alumbramiento EFECTOS SECUNDARIOS: - misoprostol: el oral (600mcg) se asoció con altas tasas de nauseas, vómitos, diarrea, temblores y pirexia en comparación con placebo y uterotónicos convencionales. Los efectos 2º fueron menores con dosis de 400mcg y con misoprostol rectal. - prostaglandinas: vómitos, dolor abdominal y diarrea.	Si no puede emplearse la oxitocina (10 UI), según las pruebas actuales puede usarse el misoprostol (600 o 400mcg vía oral y 600mcg vía sublingual) Las prostaglandinas inyectables no son preferibles a los uterotónicos convencionales en el manejo del alumbramiento, especialmente en mujeres de bajo riesgo.	1+
Liabsuetrakul T et al, 2008 RS	6 estudios 3941 mujeres	Evaluar el efecto del uso profiláctico de los alcaloides	- Ergotínicos I.M. o I.V. / ningún uterotónico Se observaron diferencias significativas en la perdida de sangre media, la HPP moderada, hemoglobina posnatal media y el uso de uterotónicos, que fueron menores en los pacientes con ergotínicos.	Los resultados obtenidos son frente a placebo en lugar de frente a oxitocina,	1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y está p

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
		del cornezuelo en la "etapa expulsiva" comparado con ningún agente uterotónico. - Ergotínicos I.M. o I.V. / ningún uterotónico - Ergotínicos orales / Placebo	No se observaron diferencias en la extracción manual de la placenta, las transfusiones sanguíneas, la duración de la etapa expulsiva... En los pacientes tratados se notó un aumento significativo en algunos efectos secundarios como vómitos y presión arterial. - Ergotínicos orales / Placebo No mostró beneficio significativo en cuanto a pérdida de sangre media, HPP moderada, HPP grave, extracción manual de la placenta, necesidad de transfusión sanguínea o uso de oxitócicos adicionales.	que debería ser la intervención de comparación. El empleo de alcaloides del cornezuelo previene la HPP pero tiene efectos secundarios. Por lo tanto el riesgo y beneficio de los agentes uterotónicos elegidos para prevenir la HPP se deben considerar con precaución	
Mousa HA et al, 2008. RS	3 estudios 462 mujeres	Determinar la efectividad y seguridad de las intervenciones radiológicas, quirúrgicas y farmacológicas utilizadas para la HPP.	- Misoprostol vs oxitocina7ergometrina (1 estudio) Misoprostol rectal vs combinación de sintometrina (I.M.) + infusión de oxitocina. El misoprostol fue superior en el cese de la hemorragia a los 20 minutos (n=64, RR 0.18; IC95% 0.04 a 0.76) y la reducción de mujeres que requieren uterotónicos adicionales (n=64, RR 0.18; IC95% 0.04 a 0.76). - Misoprostol vs placebo (2 estudios) El misoprostol se asoció a una reducción significativa de HPP moderada (2 estudios, n=397, RR 0.57; IC95% 0.34 a 0.96) No hubo diferencias en el uso adicional de uterotónicos, transfusión de sangre y evacuación de productos retenidos. En cuanto a los efectos secundarios se observó un aumento significativo en la pirexia materna y temblor.	Las pruebas no son suficientemente sólidas como para recomendar reemplazar la combinación de oxitocina y ergometrina por misoprostol. Se debería hacer un registro de efectos adversos asociados al uso del misoprostol	1+
Su LL et al, 2008 RS	4 estudios 1037 mujeres	Determinar si la carbetocina es tan eficaz	Mujeres con parto vaginal (1 estudio, n=152): - Oxitocina / Carbetocina La carbetocina redujo la necesidad de masaje uterino (RR 0.70;	No hay suficientes evidencia para demostrar el	1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y está p

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
	Tres eran de partos con cesárea y uno sobre parto normal (n=152)	como los agentes uterotónicos convencionales para la HPP.	IC95% 0.51 a 0.94). No se observaron diferencias significativas en la HPP, la pérdida de sangre, la hemoglobina o el uso de uterotónicos terapéuticos. EFECTOS ADVERSOS: Las pacientes que recibieron carbetocina presentaron un riesgo inferior de cefalea, náuseas y vómitos, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa.	beneficio de la carbetocina sobre la oxitocina en la prevención de la HPP. Por lo tanto, no se justifica el uso de la carbetocina como agente uterotónico sistemático de primera línea.	

Dosis de oxitocina (I.V.) para el alumbramiento dirigido.

38. ¿Cuál sería la dosis de oxitocina intravenosa (IV) más adecuada para el alumbramiento dirigido?

Tabla de evidencia actualizada

ECAs					
Autor, Año, Tipo de estudio	**Población**	**Intervención**	**Resultados**	**Conclusiones**	**Grado de evidencia**
Fujimoto M et al, 2006. ECA	n=438 parturientas divididas en seis grupos.	5UI de oxitocina vs. 0.2mg de metilergometrina, IV o gotero tras la 3ª etapa o al final de la 2ª. Oxitocina IV: Final 2ª etapa, inyección n=82 m-ergometrina: Final 2ª etapa, inyección n=70 Final 2ª etapa, gotero n=95 Final 2ª etapa, gotero n=79 Después 3ª et,	La **oxitocina IV** inmediatamente **después de la salida del hombro anterior** del recién nacido produjo **reducciones en la pérdida de sangre postparto** más acusadas que la metilergometrina. No hubo diferencias significativas en las concentraciones de hemoglobina ni en la presión sanguínea.	La oxitocina IV inmediatamente después de la salida del hombro anterior del recién nacido es más efectiva en la prevención de la hemorragia postparto que otros momentos o formas de administración.	1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

ECAs					
Autor, Año, Tipo de estudio	**Población**	**Intervención**	**Resultados**	**Conclusiones**	**Grado de evidencia**
		inyección n=52 inyección n=60			
Jago AA et al, 2007. ECA	n=510 pacientes	10UI de oxitocina IV (n=256) vs. 0.5mg ergometrina IM (n=254)	**Presión sanguínea elevada**: 52.6% en el grupo de la ergometrina, 11.3% en el de la oxitocina, p=0.001. **Pérdida sanguínea**: menor en el grupo con ergometrina.	En la práctica obstétrica de rutina es preferible el uso de oxitocina, reservando la ergometrina para pacientes con riesgo de hemorragia postparto por sus mejores resultados para la pérdida sanguínea.	1+
Ghulmiyyah LM et al, 2007. ECA	n=79 pacientes	20UI de oxitocina IV (n=39) vs. solución salina (n=40)	**Duración de la 3ª etapa**: Fue una media de 2 minutos menor en el grupo con oxitocina (diferencia no significativa). **Descensos de los niveles de hemoglobina**: en el grupo con oxitocina fueron menores (*P*=0.02). **Hemorragia postparto**: Tres casos en el grupo con suero salino, uno en el de oxitocina. **Retención placentaria >15 minutos**: fue significativamente menor en el grupo con oxitocina.	El empleo de oxitocina IV reduce la tasa de retenciones placentarias y se asocia a una reducción de la pérdida sanguínea postparto.	1+
Martínez MM et al, 2006. ECA	n=64 pacientes	10UI de oxitocina IV (n=32) vs. solución salina (n=32)	**Pérdida sanguínea**: grupo de oxitocina 263.7±220.9mL; placebo 286.7±230.4mL (p=0.64) **Tiempo de alumbramiento**: grupo de oxitocina 265.3±383.9 segundos; placebo 197.1±314.3 segundos (p=0.44). **Retención placentaria**: grupo de oxitocina un caso; placebo 2 casos (RR 0.5, IC95% 0.04 a 5.24)	La oxitocina IV (10UI) no fue eficaz en la reducción de las pérdidas sanguíneas, la retención placentaria ni el tiempo de alumbramiento.	1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

V. Cuidados del recién nacido

Pinzamiento del cordón umbilical

39. ¿Cuál es el momento más adecuado para pinzar el cordón umbilical?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
CINAHL, de 1982 a Septiembre de 2006. **EMBASE**, de 1980 a Septiembre de 2006. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Septiembre de 2006.	-Existe una evidencia limitada y de nivel medio en los estudios de países con elevados ingresos. Los resultados muestran que el pinzamiento tardío del cordón reduce la incidencia de anemia e incrementa la incidencia de hiperbilirrubinemia en el neonato. Otros resultados a largo plazo mostraron variabilidad. -En cuanto a los estudios en países con ingresos bajos o medios existe un nivel alto de evidencia de que el pinzamiento tardío del cordón reduce la incidencia de anemia. También en este caso otros resultados a largo plazo han demostrado variabilidad.	En esta pregunta no se hacen recomendaciones pero si aparece la interpretación de la evidencia del grupo elaborador, que es la siguiente: Mucha de la evidencia existente proviene de estudios de países con ingresos bajos en los cuales la anemia en neonatos es más prevalente, y estudios de países con ingresos elevados que, salvo una excepción, todos los estudios son no aleatorizados. El elevado número de las variables descriptoras del momento adecuado de pinzamiento puede provocar confusiones en los resultados de los estudios. No se conoce el impacto en neonatos de países con elevados ingresos donde la anemia es menos prevalente.	La guía NICE responde de una forma bastante adecuada y completa a la pregunta realizada por el grupo elaborador de la guía, aunque en algunos casos no se hace alusión a las variables de resultado requeridas como es el caso del estrés del recién nacido, las reservas del hierro fetal... En la guía se propone que las nuevas investigaciones deberían ir encaminadas a estudiar el momento adecuado del pinzamiento del cordón y el balance riesgo-beneficio del niño y de la madre.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Hutton EK et al. 2007 RS	Revisión sistemática con 15 estudios incluidos: ocho ECAs y siete estudios no aleatorizados. El número total de pacientes fue de 1912: 1001 pacientes con pinzamiento tardío de al menos 2 minutos y 911 con pinzamiento temprano.	Pinzamiento temprano vs tardío del cordón umbilical en partos de neonatos con periodos de gestación de 37 o más semanas.	Con el pinzamiento tardío, las ventajas a los 2 y 6 meses incluyeron mejoras del estado hematológico, como el hematocrito, el hierro (medido como la concentración de ferritina) y las reservas de hierro, con importantes descensos en el riesgo de anemia. Sin embargo, se observó un mayor riesgo de policitemia entre estos pacientes con pinzamiento tardío del cordón. PARÁMETROS FISIOLÓGICOS: **Hematocrito**: algo superior en pacientes con pinzamiento tardío, pero no muy significativo. **Nivel de hemoglobina**: superior en pacientes con PT 7horas después del parto. No existieron diferencias significativas a los 2 y 3 meses. **Volumen de sangre y plasma y viscosidad sanguínea**: se observaron diferencias a las 2 y 3 horas en los pacientes con PT, pero después no se observaron diferencias significativas. **Bilirrubina**: no se encontraron diferencias. **Hierro**: Mayores niveles de ferritina en pacientes con PT, incluso después de tres meses. RESULTADOS CLÍNICOS: **Riesgo de anemia**: fue menor en los pacientes con PT, a las 24 y 48 horas. **Riesgo de ictericia**: No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos. **Riesgo de policitemia**: Se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con PT, estos son estadísticamente más propensos a padecerla. Al hacer el análisis solo con estudios de buena calidad las diferencias se mantenían, pero se perdía la significación estadística. **Riego de admisión en UCIN**: Solo se analizó en un estudio y no se observaron diferencias significativas.	El pinzamiento tardío del cordón umbilical en neonatos a término, al menos dos minutos después del parto, es beneficioso para el recién nacido. A pesar de que existe un aumento de niños con policitemia entre los de pinzamiento tardío, este hecho parece ser benigno.	1+/2+
McDonald SJ et al. 2008 RS	Revisión sistemática. Incluye 11 ECAs con	Determinar los efectos de diferentes políticas en el	RESULTADOS MATERNOS: **Niveles de ferritina materna**: fueron significativamente mayores en el grupo con el pinzamiento inmediato (DMP 9.10 µg/L; IC95% 7.86-10.34; n=107).	El pinzamiento tardío del cordón en al menos 2 ó 3 minutos demostró	1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y está p

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
	n=2989 pacientes.	momento del pinzamiento del cordón en los resultados maternos y neonatales.	No se observaron diferencias significativas en otras variables como la hemorragia postparto, pérdida media de sangre, necesidad de transfusión, uso de uterotónicos o duración de la tercera etapa del parto. RESULTADOS NEONATALES: **Ictericia**: Se observó un menor número de neonatos en el grupo con pinzamiento temprano que necesitaron fototerapia para la ictericia (RR 0.59; IC95% 0.38-0.92; 5 estudios, n=1762). **Nivel de hemoglobina al nacer**: Existe un nivel significativamente menor en el grupo con pinzamiento tardío (DMP -2.17; IC95% -4.06 a -0.28; 3 estudios, n=671). Aunque hubo una gran heterogeneidad entre los estudios. Las diferencias también se observaron a las 24-48 horas, en cambio no fueron significativas a los 2-4 meses, a los 4 meses y a los 6 meses. **Hematocrito**: medido como valores de hematocrito mayores del 45%, menos recién nacidos tienen anemia en el grupo con pinzamiento tardío tanto a las 6 como a las 24-48 horas. No se observaron diferencias significativas en otras variables como la policitemia, valores Apgar, lactancia, problemas respiratorios, ingresos en UCIN...	no incrementar el riesgo de hemorragia postparto. Además, el pinzamiento tardío puede ser ventajoso para neonatos porque mejoran los niveles de hierro, los cuales pueden tener valor clínico en niños cuyo acceso a una buena alimentación es deficitario. Por otra parte el pinzamiento tardío aumenta el riesgo de ictericia con requerimiento de fototerapia.	

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Contacto piel con piel

40. ¿Cuál es el beneficio del contacto piel con piel?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI (1985 – septiembre 2005), **CINAHL** (1982 – octubre 2005), **EMBASE** (1980 – 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – octubre 2005).	La evidencia aportada por NICE es la encontrada en la guía *"Postnatal Care"* realizada en el 2006 con niveles [1+, 1- y 3]. Contacto piel con piel: ▪ Beneficio en lactancia materna y llanto del niño ▪ Mayor duración de lactancia materna	▪ Debe animarse a las mujeres a tener contacto piel con piel con sus bebés lo antes posible después del nacimiento. [GPP] ▪ Para mantener caliente al bebé, se debe secar y cubrir con una manta o toalla al tiempo que se mantiene contacto piel con piel con la madre. [GPP] ▪ La separación de la madre y el bebe dentro de la primera hora del nacimiento para llevar a cabo los procedimientos de rutina postnatal, por ejemplo pesar, medir y baño, deben evitarse a menos que estas medidas sean solicitadas por la madre, o sean necesarias para la inmediata atención del bebé. [GPP]	La guía NICE no presenta ningún otro resultado sobre el contacto inmediato de piel con piel entre madre e hijo.

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Mercer JS et al 2007 RS.	El estudio analiza el contacto piel con piel inmediato. Se encuentran 5	La revisión tiene como objetivo revisar la evidencia existente sobre	El contacto piel con piel temprano presenta beneficios tanto a corto como a largo plazo. A corto plazo: aumenta y mantiene la Tª del RN. El RN duerme más tiempo, y llora menos. A largo plazo: cuando se produce el contacto piel con piel y el	El contacto piel con piel es el soporte principal de la termorregulación	1-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
	estudios (una RS Cohrane, 3 ECAs y un estudio cualitativo). La RS y un ECA ya están incluidos en la guía *Postnatal* (19).	prácticas existentes en la transición del neonato, una de ellas es el control de la termorregulación.	amamantamiento en la primera hora, aumenta el tiempo de lactancia, se aumenta el afecto materno y se obtiene una puntación más alta en los niveles de sentimientos maternales.	del RN.	
Moore ER et al, 2007, RS	30 estudios (29 ECAs y 1 cuasi-aleatorio), con un total de 1.925 participantes.	Analizar si el contacto piel con piel temprano tiene resultados beneficiosos o adversos sobre la lactancia, conducta y adaptación madre-hijo.	El estudio analiza un tota de 64 items, pero muchos de ellos sólo presentan resultados con un estudio. A continuación reflejamos los más significativos: ▪ Lactancia 1 mes a 4 meses después del nacimiento, (10 est), total participantes 552, tamaño del efecto OR 1,82 [IC 95% (1,08-3,07)]. ▪ Duración de la lactancia, (7 est), total participantes 324, tamaño del efecto DMP 42,55 [IC 95% (-1,69-86,79)]. ▪ Tª axilar a los 90 minutos, 2 horas después del nacimiento, (3 est), total participantes 168, tamaño del efecto DMP 0,25 [IC 95% (-0,15-0,65)]. ▪ Frecuencia cardíaca 75 minutos a 2 horas después del nacimiento, (3 est), total participantes 183, tamaño del efecto DMP -3,05 [IC 95% (7,84-1,75)]. ▪ Frecuencia respiratoria 75 minutos a 2 horas, (3 est), total participantes 183, tamaño del efecto DMP -2,76 [IC 95% (-7,29-1,77)]. ▪ Contacto afectivo durante lactancia 36-49 horas después del nacimiento, (4 est), total participantes 314, tamaño del efecto DME 0,52 [IC 95% (0,07-0,98)]. ▪ Conducta de apego materno durante alimentación al primer o segundo día postparto, (6 est), total participantes 396, tamaño del efecto DME 0,52 [IC 95% (0,31-0,72)].	El contacto piel con piel temprano entre madre e hijo mejora la interacción entre ellos, reduce la duración del llanto al nacer y ayuda a obtener una tasa de lactancia exitosa y duradera.	1+
Galligan M et al,	El artículo utiliza distintos	El objetivo de esta propuesta de	<u>Propuesta de recomendaciones.</u> ▪ Determinar si el RN es candidato: presenta hipotermia leve (Tª		

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
2006, Propuesta de guía.	estudios, peo no explica como realiza la búsqueda. Sin embargo si describe los criterios de clasificación de las recomendaciones	guía es realizar una serie de recomendaciones sobre el contacto piel con piel para la termorregulación en RN. Criterios para los grados de evidencia: A1: ECAs de la población estudio. A2: ECAs de otras poblaciones. C: recomendaciones oficiales. D: opinión de expertos.	entre 36-36,4º C), RN de 37 semanas, sin sepsis y con FC y FR normal. [A1] ▪ Informar a la madre de los efectos del contacto piel con piel. Alentar a la madre a vaciar la vejiga y si es necesario medicar para el dolor. [B] ▪ Asegurarse que la Tª ambiente es al menos de 25º C. La madre debe estar seca y presentar Tª oral normal. [C] ▪ Colocar al niño desnudo, sólo con un pañal, en contacto con la piel desnuda de la madre, entre los dos pechos, con la cabeza ladeada. [A1] ▪ Madre debe optar por una postura cómoda y asegurarse que el RN no esté encorvado. [B] ▪ Debe ponerse un gorro sobre la cabeza del RN. [B] ✓ Debe permitirse la mayor cantidad de superficie de contacto entre madre e hijo. [D] ▪ Cubrir la espalda del RN con una manta doblada en cuartos. [A2] ✓ Manta debe estar previamente calentada. [C] ▪ Para el seguimiento de la Tª del RN: ✓ Medir Tª axilar. [C] ✓ Tomar Tª rectal para confirmar Tª axilar cuando esta es menor de 36º C. [C] ▪ Procedimiento para la toma de Tª rectal: RN acostado lateralmente, lubricar el termómetro y no insertar más de 2 cm. [C] ▪ Evaluar el RN durante el contacto piel con piel. Tª axilar cada 15 minutos, si Tª es ≥ cada 30, si después es ≥ cada hora. Si la Tª del RN disminuye hay que evaluar la Tª de la madre y la ambiental.[D] ▪ Se debe alentar al RN a amamantar. [A1] ▪ Puede realizarse el contacto piel con piel con otra persona: ✓ El padre del RN es una alternativa. [B] ✓ Para padres adoptivos es beneficioso el contacto pie con piel. [B]		
Gardner MR et al ,	Se recuperan tres estudios que	Estudio de intervenciones	Se analizan cinco grupos de intervenciones (educación individual, programas en grupo, contacto madre-hijo (piel con piel), visitas a	La estrategia del contacto piel con	2-

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
2006, RS.	tratan el contacto piel con piel, dos ECA y un cuasi-experimental.	que están relacionadas con los cuidados maternales que mejoran la relación madre-hijo y la lactancia.	casa y multi-componentes). - Contacto madre-hijo (piel con piel): mejoran la percepción materna sobre el RN.	piel facilita los procesos de adaptación maternal.	

Lactancia materna

41. ¿Es recomendable favorecer que el RN coja el pecho espontáneamente?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI (1985 – septiembre 2005), **CINAHL -** (1982 – octubre 2005), **EMBASE** (1980 – 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – octubre 2005).	✓ La mayoría de RN sanos nacidos a término, presentaron comportamientos de alimentación en la primera hora de vida [NE 1++]. ✓ Debe ofrecerse el amamantamiento poco después del nacimiento. Recomendaciones de la OMS y UNICEF [NE 4]. ✓ El contacto temprano piel con piel con succión se asocia con una mayor duración de la lactancia [NE 1+]. ✓ La lactancia materna puede verse facilitada si la madre está	▪ La iniciación de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento, lo ideal sería que en el plazo de 1 hora .[D[GPP]] ▪ Debe indicarse a las mujeres que si el RN no está intentando mamar, la mujer puede por ejemplo unir los labios del RN con su pezón y abrir la boca del RN [D (GPP)].	La guía NICE (6) en el tema de lactancia remite a otra de sus guías (352) sobre cuidados postnatales del año 2006. Las dos únicas recomendaciones que incluimos están realizadas por consenso por el grupo de elaboración de la guía. Los resultados que se pedían en esta pregunta no los contesta ninguna de las dos guías NICE.

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
	cómoda, tiene el cuerpo bien acomodado y el RN es llevado a la mama [NE 4].		

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Moore ER et al (358), 2007, RS Cochrane.	30 estudios (29 ECAs y uno cuasi-aleatorio), con un total de 1.925 participantes. Los resultados en lactancia vienen dados por 16 estudios.	Analizar si el contacto piel con piel temprano tiene resultados beneficiosos o adversos sobre la lactancia.	El contacto temprano piel con piel produjo mejor rendimiento estadísticamente significativo en todas las medidas de la lactancia. ▪ Primer lactancia exitosa (puntuación BAT 8 a 12), nº estudios 2, total participantes 223, tamaño del efecto OR 2,65 [IC 95% (1,19-5,91)]. ▪ Éxito de la primera lactancia (puntuación IBFAT), nº estudios 1, total participantes 20, tamaño del efecto DMP 2,40 [IC 95% (0,33-4,47)]. ▪ Período de tiempo hasta una lactancia materna efectiva después del nacimiento (horas), nº estudios 1, total participantes 17, tamaño del efecto DMP -13,37 [IC 95% (27,34 a 0,60)].	El momento de la intervención es importante, ya que la mayoría de los RN están alerta en las primeras dos horas después del nacimiento. El RN prenderá el pezón correctamente aproximadamente en 55 minutos después del nacimiento.	1+

Baño del RN

42. ¿Cuál es el efecto del baño en el RN?

SIN TABLAS

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Han transcurrido más de 4 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Aspiración nasofaríngea y sondaje gástrico-rectal en el período neonatal.

43. El paso de sondas gástrica-rectal y/o la aspiración naso-orofaríngea sistemática en el período neonatal inmediato ¿mejoran o no el pronóstico neonatal?

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Gungor S. et al, 2005, ECAs.	140 pacientes sanos, nacidos de parto vaginal. Dos grupos 70 en cada uno aleatorizados.	Comparar aspiración naso-orofaringe en RN sanos vs no aspiración	*Frecuencia cardíaca*: a los 3-6 minutos es significativamente menor en grupo no de aspiración ($p < 0.001$) *Niveles* SaO_2: alcanzar el > 92% y 8% es mayor tiempo en grupo aspiración. ($p < 0.001$) *Apgar*: al minuto no existen diferencias entre grupos, cuando el valor es a los 5 minutos el grupo de aspirados no llega a puntuación 10.	No existen diferencias estadísticamente significativas para tener una política de aspiración rutinaria en RN sanos.	1-
Estol PC et al, 1992, ECA.	40 RN por parto vaginal aleatorizados en dos grupos. 20 succión y 20 no succión.	El objetivo es analizar el efecto de la succión con sonda oro-nasofaringe en RN sanos, nacidos por vía vaginal vs la no succión.	Los resultados muestran que aumenta la mecánica respiratoria y disminuye la resistencia pulmonar en ambos grupos sin existir diferencia entre ellos.	Ya que no se benefician ni el ritmo cardíaco ni el mecanismo respiratorio con la succión, no debe de realizarse de forma rutinaria, en RN sanos.	1-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Profilaxis oftálmica

44. ¿Cuál es la efectividad de la profilaxis oftálmica sistemática en el RN?

46. ¿Cuál es el producto más eficaz para la profilaxis oftálmica del RN?

45. ¿Cuál es el momento idóneo para realizar la profilaxis oftálmica en el RN?

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Goldbloom RB et al, 1994 RS de ECAs, E. cuasiexperimental y e. cohorte	Profilaxis ocular en 1 hora después del nacimiento con solución de nitrato de plata al 1%, pomada de tetraciclina al 1% o de eritromicina al 0,5%. Una dosis única en ampollas.	✓ **Infección gonocócica**: drástica reducción en la incidencia de oftalmía gonocócica y ceguera. NE (II-3) ✓ La eficacia de los agentes es comparable. NE (II-1) ✓ **Infección por chlamydia:** agentes tienen eficacia comparable, pero las pruebas de la eficacia de cualquier agente no es concluyente. NE (I) ✓ Profilaxis inmediata vs demora en la profilaxis con nitrato de plata. NE (I)	Buena evidencia para recomendar la profilaxis ocular en los recién nacidos. [A]	2+
Dumas L et al, 2002.	Momento idóneo para la profilaxis oftálmica mediante eritromicina.	✓ El tiempo de administración de profilaxis oftálmica puede ampliarse ya que el período de incubación de las enfermedades es mayor, gonorrea (9 días) y Chlamydia (3-4 días). ✓ El producto administrado es la eritromicina.	El momento ideal para la administración de la profilaxis oftálmica es 4 horas después del parto.	2-
Workowski KA et al, 2006.	Profilaxis ocular en RN.	✓ La profilaxis oftálmica para gonococos debe realizarse a todos los RN (la evidencia es clara). La profilaxis frente a Chlamydia es menos clara. ✓ Es importante el diagnóstico y tratamiento en la mujer embarazada.	Administración de pomada oftálmica de eritromicina al 0,5% o tetraciclina al 1% en una sola aplicación.	

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Profilaxis de la enfermedad hemorrágica con vitamina K

47. ¿Cuál es la relación riesgo/beneficio de realizar la profilaxis neonatal con vitamina K?

48. ¿Cuál es la vía más recomendable en la profilaxis con vitamina K?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
Medline, Embase, CINAHL, CENTRAL (Cochrane Controlled Trials Register), PsycINFO, Allied & Complementary Medicine (20), DH-Data (Department of Health) & British Nursing Index (21). Julio-Agosto 2005.	▪ A la luz de la evidencia disponible en estos momentos no parece existir una relación directa entre el cáncer infantil y la profilaxis con vitamina K IM. [Nivel 1+] ▪ Una dosis única de 1 mg de vitamina IM parece ser efectiva para prevenir la hemorragia por déficit de vitamina K, tanto temprana como tardía. [Nivel 1+] ▪ Si se administra vitamina K oral, se necesitan múltiples dosis para una adecuada protección de los lactantes frente a la HDVK tardía. [Nivel 1+] ▪ La dosis exacta y el momento de administrar la vitamina K tras el nacimiento no ha sido determinada. [Nivel 2+] ▪ La administración IM de vitamina K parece ser la más efectiva clínicamente y la más coste-efectiva. [Nivel 1+]	▪ La profilaxis con vitamina K de los recién nacidos debería ser ofrecida a todos los padres para prevenir el raro, aunque grave y a veces fatal síndrome de hemorragia por déficit de vitamina K. [A] ▪ La vitamina K debería ser administrada de forma única y por vía IM (1 mg), debido a haber sido el método de administración que mejores resultados clínicos y coste-efectivos presenta. [A] ▪ Si los padres rechazan la vía IM de la vitamina K, debería ofertarse la vía oral como segunda opción terapéutica. Los padres deberán ser informados que la vitamina K por vía oral deberá ser administrada de acuerdo a las instrucciones de los fabricantes y que requerirá múltiples dosis para conseguir eficacia clínica. [D/Consenso]	

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Puckett RM, 2006 RS	2 ECAs que comparaban el uso de una dosis única de vitamina K por vía intramuscular contra un placebo o contra nada	* sangrado entre el primero y el séptimo día se encontró una diferencia significativa a favor del uso profiláctico de vitamina K, RR 0,73 [IC 95%0,56 a 0,96), DR -0,02 [IC 95%-0,04 a 0,00). * sangrado después de una circuncisión diferencia significativa a favor del uso profiláctico de vitamina K: RR 0,18 [IC 95%0,08 a 0,42), DR -0,11 [IC 95%-0,16 a -0,07].	Los resultados de los 2 ensayos apoyan la presencia de un efecto derivado de la vitamina K intramuscular para prevenir la HDVK clásica.	1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esa Guía de Práctica Clínica y está p

VI. Alivio del dolor durante el parto.

Dolor, analgesia y satisfacción materna.

49. ¿Cómo influyen el dolor durante el parto y su alivio en la satisfacción de la mujer?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI (1985 – octubre-2005), **CINAHL** (1982 – octubre-2005), **EMBASE** (1980-2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – octubre-2005), **PsycINFO** (1967 – marzo 2006).	La experiencia de la mujer durante el parto varía enormemente y está influido por varios factores (expectativas, grado de preparación, complejidad del parto y severidad de dolor sufrido). La actitud y comportamiento de los profesionales de salud es el factor que más influye en la satisfacción materna. Las mujeres están más satisfechas cuando sus expectativas de dolor y la elección del alivio del mismo se cumplen.	Los profesionales de la salud deberían considerar cómo sus propios valores influyen en la actitud del manejo del dolor y deberían asegurar el apoyo para facilitar a las mujeres en su elección.	No estamos de acuerdo en la valoración de [1+] del ECA, ya que no hay cegamiento y el análisis por intención de tratar es muy confuso. El estudio de Ranta P et al. (37) confirma el hallazgo de la RS.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Lally JE, et al 2008 R.S	(Mujer en trabajo de parto) n = 19 cuantitat. + 13 cualitativos	Expectativas y Experiencia de la mujer en el alivio del dolor y en el proceso de toma de decisiones.	- las mujeres subestiman el dolor que pudieran experimentar. - Las mujeres esperan partos sin alivio del dolor, pero muchas encuentran el alivio necesario o beneficioso. -Existe una diferencia entre el deseo de un parto sin fármacos y el hecho de que pudieran necesitar algún tipo de alivio del dolor. -Expectativas no realistas sobre el dolor sugiere que las mujeres no están preparadas apropiadamente para el parto. -Muchas mujeres quieren participar en la toma de decisiones , pero el grado de participación varía. - Las mujeres esperan tener control del parto en diferentes formas, pero el grado de control informado fue menor que el esperado.	- La experiencia de las mujeres en muchas ocasiones es muy diferente a las expectativas respecto al alivio del dolor, control y toma de decisiones. - En la preparación preparto tienen que asegurar una adecuada preparación de la mujer sobre lo que ocurrirá durante el parto, para limitar el desajuste entre las expectativas y experiencias y para potenciar mayor satisfacción con el parto.	2++
Smith CA, et al. 2006 R.S de ECAs	Mujeres primíparas y multíparas	Tratamientos complementarios y alternativos utilizados durante el trabajo de parto (excepto la biorretroalimentación) con o sin el uso concurrente de intervenciones farmacológicas o no-farmacológicas con placebo, ningún tratamiento o formas farmacológicas de tratamiento del dolor.	Acupuntu./Control: RR 1,08 (0,95-1,22) Audioanalg./Cotr: RR 2,00 (0,82-4,89) Hipno./Control: RR 2,33 (1,15-4,71) Masaj/Control: DMP –0,47 (-1,07 - 0.13)	La acupuntura y la hipnosis pueden ser beneficiosas para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto, pero el número de mujeres estudiadas es escaso. Pocos tratamientos complementarios han sido sometidos a estudios científicos adecuados.	1-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Métodos no farmacológicos de alivio del dolor.

50. ¿Cuál es la efectividad de la inmersión en el agua durante el período de dilatación en el alivio del dolor?

51. ¿Cuál es la efectividad del masaje para el alivio del dolor durante el parto?

52. ¿Cuál es la efectividad del uso de pelotas de parto para el alivio del dolor durante el parto?

53. ¿Cuál es la efectividad de las técnicas de relajación para el alivio del dolor durante el parto?

54. ¿Cuál es la efectividad de la inyección de agua estéril para el alivio del dolor durante el parto?

55. ¿Cuál es la efectividad de la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS) para el alivio del dolor durante el parto?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
Inmersión en agua caliente			
BNI (1985 – marzo 2005), **CINAHL** (1982 – abril 2005), **EMBASE** (1980 – 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – marzo 2005	La evidencia encontrada son estudios con nivel [1+ y 1-], de los cuales se deduce que la inmersión en agua reduce el dolor (OR 0,23, [IC 95 % 0,08-0,63] y el uso de analgesia regional (OR 0,84 [IC 95 % 0,71-0,99]. Existe evidencia de que no hay diferencias significativas en los resultados adversos cuando se utiliza o no la inmersión en agua. No hay suficiente evidencia sobre el momento adecuado de la inmersión en agua y no hay buena evidencia sobre las medidas higiénicas en la inmersión en agua.	▪ Se recomienda dar la oportunidad de realizar la dilatación o tener un parto en el agua para aliviar dolor. [A] ▪ Cuando se realiza la dilatación en el agua o un parto en el agua deberá supervisarse su temperatura y la de la mujer cada hora para asegurar su comodidad y de que no presenta fiebre. La temperatura del agua no debe ser superior a 37,5 ºC. [GPP] ▪ Cualquier baño o piscina de partos deberá seguir un protocolo de limpieza realizado por el departamento de microbiología y de acuerdo con las pautas del fabricante.	Los resultados que pretende analizar el grupo de trabajo están todos en la guía NICE excepto la duración del parto y la hipertermia tanto fetal como materna. El grado de recomendación que ofrece NICE para las recomendaciones de este apartado viene dado en el documento de trabajo de NICE en su página Web.
Masaje			
BNI (1985 – julio 2005), **CINAHL** (1982 – julio 2005),	Los estudios mostraron una reducción significativa del dolor	Las mujeres que eligen utilizar técnicas de masaje durante el parto con compañeros de	Entre los resultados que pretende analizar el grupo de trabajo solo se

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
EMBASE (1980 - 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – julio 2005), **PsycINFO** (1967 - agosto 2005).	durante el parto en el grupo experimental. La limitada evidencia sugiere que el masaje y el tacto tranquilizador reducen el dolor medido por la mujer y la ansiedad expresada durante el parto. No existe evidencia de alto nivel sobre la influencia del masaje en los resultados del parto.	parto que han sido entrenados, deben ser apoyadas en su elección [B].	contemplan el alivio del dolor y la satisfacción materna. No existe evidencia de alto nivel sobre la influencia del masaje en los resultados del parto. El grado de recomendación que ofrece NICE para las recomendaciones de este apartado viene dado en el documento de trabajo de NICE en su página Web.
Pelotas de parto			
BNI (1985 – Julio 2005), **CINAHL** (1982 – Julio 2005), **EMBASE** (1980 - 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – Julio 2005), **PsycINFO** (1967 - Agosto 2005).	No se identificó ningún estudio que examinase el uso de Pelotas de parto		
Técnicas de relajación			
BNI (1985 – Julio 2005), **CINAHL** (1982 – Julio 2005), **EMBASE** (1980 - 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – Julio 2005), **PsycINFO** (1967 - Agosto 2005).	Existe una falta de evidencia que las técnicas de respiración y relajación reduzcan el dolor medido durante el parto o afecten a cualquier otro resultado.	Las mujeres que elijan utilizar técnicas de respiración o relajación debieran ser apoyadas en su elección [GPP].	No existe evidencia sobre la influencia de las técnicas de respiración y relajación en los resultados del parto. El grado de recomendación que ofrece NICE para las recomendaciones de este apartado viene dado en el documento de trabajo de NICE en su página Web
Inyección de agua esteril			
BNI (1985 – Julio 2005), **CINAHL** (1982 – Julio 2005), **EMBASE** (1980 - 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – Julio	Existe falta de evidencia del beneficio de la inyección de agua estéril en la experiencia del parto o en los resultados clínicos del	No se recomienda la utilización de inyección de agua estéril [A].	No existe evidencia sobre la influencia de la utilización de inyección de agua estéril en los resultados del parto.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
2005), **PsycINFO** (1967 - Agosto 2005).	parto.		El grado de recomendación que ofrece NICE para las recomendaciones de este apartado viene dado en el documento de trabajo de NICE en su página Web
TENS			
BNI (1985 – Julio 2005), **CINAHL** (1982 – Julio 2005), **EMBASE** (1980 - 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – Julio 2005), **PsycINFO** (1967 - Agosto 2005).	Existe un nivel alto de evidencia de que la TENS no es una analgesia efectiva en el parto establecido. No existe un nivel alto de evidencia sobre el efecto analgésico de la TENS en la fase latente del parto.	La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) no debiera ser ofrecido a las mujeres con parto establecido [A].	No existe evidencia sobre la influencia de la utilización de TENS en los resultados del parto. El grado de recomendación que ofrece NICE para las recomendaciones de este apartado viene dado en el documento de trabajo de NICE en su página Web.

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Masaje					
Smith CA et al, 2006, R.S	Ensayos controlados aleatorios publicados y no publicados donde se incluyeron todas las mujeres, primíparas o multíparas, que se encontraban en la primera y segunda etapa del trabajo de parto espontáneo o inducido.	Tratamientos complementarios y alternativos (excepto biorretroalimentación) Vs placebo, ningún tratamiento o formulaciones farmacológicas para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. Masaje: masaje suave, presión sacra y masaje firme del hombro y la espalda de media hora en las 3 etapas del parto durante las contracciones, realizado por un acompañante previa enseñanza de	- Masaje 30 vs placebo 30: (24) - duración del parto: (DMP 1,35; IC del 95%: -0,98 a 3,68 - satisfacción materna: DMP -0,47; IC del 95%: -1,07 a 0,13) - percepción del dolor: 1ªFase:-0,57;IC del 95%: -0,84-0,29; P < 0,001; 2ªfase -0,43; IC del 95%: -0,71 a 0,16; P < 0,01; 3ªfase -0,7; IC del 95%: -1,04 a 0,36; P < 0,01)	No se ha establecido la eficacia del masaje (y otros ttos complementarios: acupresión, aromaterapia, Audioanalgesia relajación). Comentario: SOLO NOS INTERESABA UNO DE LOS ECAS INCLUIDOS EN LA R.S, llevado a cabo en Tailandia , donde se	1-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

		la técnica por un profesional.		establece la eficaca del masaje frente a placebo.	
Inyección de agua esteril					
Martensson L et al, (a) 2008, RS	Mujeres en trabajo de parto con dolor lumbar.	Inyección de agua estéril (SC O IC) Vs Placebo/TENS	La inyección de agua estéril disminuye el dolor lumbar durante el parto. Muestra una reducción aproximada del 60% manteniéndose el efecto hasta dos horas después.	La inyección de agua estéril parece ser una buena alternativa en el tratamiento del dolor lumbar durante el parto.	1-
Martensson L et al (b), 2008, ECA	Mujeres con 37-42 semanas de gestación, con comienzo espontáneo del parto, frecuencia de contracciones cada 3-10m.	Inyección con agua esteril Vs Acupuntura	**Diferencia mx dolor:** -4.7±24.9 (AGUA) Vs 12±14.1(ACUP) p>0.001 **Diferencia media dolor:** 57.0±22.7 (AGUA) Vs 75.6±18.7(ACUP) p>0.001 Relajación mx: -4.4±23.9 (AGUA) Vs 11.4±21.2(ACUP) p>0.001 Relajación media: 56.60±22.2 (AGUA) Vs 68.6±22.7(ACUP) p>0.003	Las mujeres ttdas con agua esteril experimentan menor dolor del parto que las ttdas con acupuntura	1+
TENS					
An-Shine Chao, et al. 2007 ECA	Mujeres sanas en la etapa activa de la 1ª fase del parto que quieren parto sin epidural.	Aplicación del TENS en 4 puntos de acupuntura Vs Aplicación de placebo TENS.	Disminución ≥3cm en VAS: 31/50 VS 7/50 p<0.001	La aplicación de TENS en puntos específicos de acupuntura pudiera ser un tto adyuvante no invasivo para el alivio del dolor durante la primera fase del parto.	1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Métodos farmacológicos de alivio del dolor.

56. ¿Cuál es la efectividad del óxido nitroso para el alivio del dolor durante el parto?

57. ¿Cuál es la efectividad del petidina para el alivio del dolor durante el parto?

58. ¿Cuál es la efectividad del pentazocina para el alivio del dolor durante el parto?

59. ¿Cuál es la efectividad del remifentanilo para el alivio del dolor durante el parto?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
Oxido nitroso			
BNI (1985 – Octubre 2005), **CINAHL** (1982 – Octubre 2005), **EMBASE** (1980 - 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – Octubre 2005).	Existe un nivel moderado/medio de evidencia para el uso de óxido nitroso durante el parto. Parece que el oxido nitroso alivia algo el dolor pero puede provocar nauseas y un ligero dolor de cabeza en la mujer. No existe evidencia sobre el daño fetal.	La recomendación sobre el oxido nitroso Entonox (una mezcla al 50:50 de oxigeno y oxido nitroso) debiera de estar disponible en todos los lugares de parto, ya que puede disminuir el dolor en el parto, pero las mujeres deberían ser informadas de que pueden sufrir nauseas y un ligero dolor de cabeza [C].	Entre los resultados que pretende analizar el grupo de trabajo solo se contemplan el alivio del dolor, el progreso del parto, test de apgar y los efectos adversos nauseas y vómitos en la guía NICE. El grado de recomendación que ofrece NICE para las recomendaciones de este apartado viene dado en el documento de trabajo de NICE en su página Web.
Opiaceos (petidina y pentazozina) y remifentanilo			
BNI (1985 – Octubre 2005), **CINAHL** (1982 – Octubre 2005), **EMBASE** (1980 - 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – Octubre 2005).	Los opiáceos parenterales tienen un efecto limitado en el dolor del parto, independientemente del fármaco o vía de administración. Tramadol, meptazinol y pentazocina no son muy utilizados en el Reino Unido y la evidencia de los datos no demuestra ventajas sobre petidina Existe falta de evidencia de la dosis	Petidina, diamorfina y otros opiáceos deberían estar disponibles en todos los sitios de parto.Las mujeres deben ser informadas que los opiáceos solo proveen un limitado alivio del dolor y que podrían sufrir e.a significativos tanto la mujer (somnolencia, nauseas y vómitos) cómo el RN (depresión respiratoria a corto plazo, y somnolencia que puede durar varios días) [B]	Recomendación para futura investigación del efecto de opiáceos IV/IM: El ECA que compara el efecto de la petidina y diamorfina IM y que explora la dosis optima, los resultados debieran englobar el efecto analgésico a corto y largo plazo, y resultados neonatales a

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y está p

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
	óptima o vía de administración, así cómo del efecto a largo plazo de los opiáceos en el comportamiento del RN, particularmente en la lactancia. Existe una limitada evidencia de que la diamorfina IM provea analgesia más efectiva que otros opiáceos estudiados, con menores e.a sobre la mujer.	Las mujeres deben ser informadas que la petidina, diamorfina u otros opiáceos pueden interferir en la lactancia. Si se utiliza la administración IV o IM debe acompañarse de un antiemético.[GPP] Las mujeres no deben sumergirse en agua (baño o piscina de parto) durante las 2 horas tras la administración de opiáceos, o si se sienten somnolientas [GPP].	corto y largo plazo (incluyendo la lactancia) El grado de recomendación que ofrece NICE para las recomendaciones de este apartado viene dado en el documento de trabajo de NICE en su página Web.

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
remifentanilo					
Evron S et al. 2005 ECA	88 mujeres de las cuales 43 fueron aleatorizadas al grupo de remifentanilo y 45 a meperidina.	compararon el efecto analgésico de la administración de dosis crecientes de remifentanilo (bolos de 0.27-0.93 mcg/kg) en la analgesia controlada por la mujer (PCA) durante el parto, con el efecto de una infusión de 150 mg (rango 75-200 mg) de meperidina IV	* *puntuación en la escala analógica* visual de dolor fue inferior en la dministración de remifentanilo IV en PCA: 35,8±10,2 frente a 58,8±12,8; p<0,001 * *grado de satisfacción materna* fue mayor: 3,9±0,6 frente a 1,9±0,4; p<0,001, * con menor *efecto sedante*: 1,2±0,1 frente a 2,9±0,1; p<0,001 * menor *desaturación de la hemoglobina*: 97,5%±1,0 frente a 94,2%±1,5, p<0,007. * El *porcentaje de fracaso de la analgesia* (o tasa de cruce a tratamiento con epidural) también fue menor para el remifentanilo en comparación con la	La administración de remifentanilo IV en PCA fue más eficaz y seguro para la analgesia que la infusión IV de meperidina	1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

			meperidina: 10,8% versus 38,8%; p<0,007. * *tipo de parto* y r*esultados neonatale*:.No hubo diferencias significativas * *patrones anormales alarmantes de la FCF:* En el grupo de remifentanilo hubo menos,		
Shahriari A et al, 2007 ECA	40 mujeres con partos sin complicaciones, embarazo único y presentación cefálica.	compara la eficacia analgésica y la seguridad de remifentanilo IV PCA (25-50 mg cada 4 minutos, IV) durante el parto frente a meperidina IM (1 mg/kg)	* *puntuaciones de dolor* medidos con la VAS a los 60 minutos tras la administración de analgesia fueron más bajos en el grupo remifentanilo que el grupo meperidina: (p<0,0001), durante la primera etapa del parto (p<0,0001) y la segunda etapa de parto (p=0,013). * Noventa y cinco por ciento de las mujeres calificaron la *analgesia como buena a excelente* en el grupo remifentanilo en comparación con el 35% en el grupo meperidina (p<0,0001). * Los *efectos secundarios* como la *sedación, naúseas y vómitos, depresión respiratoria y desaturación de oxígeno* de la Hb fueron infrecuentes. * *tipo de parto o resultados neonatale*s: no se observaron diferencias significativas	apreciable riesgo de sesgos por dudosa aleatorización y falta de enmascaramiento.	1-
Volmanen P, et al: (1) 2008 ECA	(Mujer sana a término con embarazo simple no complicado) N= 27 vs N=25).	IV PCA remifentanilo Vs analgesia epidural (20 ml levobupivacaine 0.625mg/ml y fentanil 2 mg/ml en salino)	-Significativos: Grado de dolor (0–10)* 7.3 (5.6–8.2) Vs 5.2 (2.2–6.7) p=0.004, -Sedación 2.3 (1.3–2.6) Vs 0 (0–0.8) p=0.001 y -Nauseas durante el per	En terminos de grado de dolor, la analgesia epidural es superior a la analgesia remifentanil IV De todos modos, no hubo	1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

			iodo de estudio n 9/24 Vs 2/21 p=0.04 - No signi: -Grado alivio del dolor (0–4)* 2.5 (2.2–2.9) Vs 2.8 (2.3–3.5) p= 0.11 y -resulta 2º: Futuro uso, TAm (mmHg) FC (pul/min) SaO2 ants y durante suplemento de o 2 FCF Abnormal durante y 30'despues, tasa cesareas tras terminar el estudio, ph cordón, apgar,	diferencias en el grado del alivio del dolor entre los grupos	
Evron S, et al 2008 ECA	201 mujeres durante un parto espontáneo y sin fiebre (tº<38° C) para ser aleatorizadas	Comprobar la hipótesis que propone que la fiebre asociada al parto (debido a la utilización de la epidural, o debido a otras causas) puede ser suprimida mediante administración de opioides. Aleatorizanado a las mujeres a uno de los cuatro grupos de tratamiento: (1) solo ropivacaína epidural, (2) solo remifentanilo IV, (3) ropivacaína epidural más remifentanilo IV y (4) ropivacaína epidural más paracetamol IV.	* En el grupo de ropivacaína epidural sola, el *incremento máximo de la temperatura oral* fue mayor: 0,7±0,6 ° C en comparación con el menor del grupo de solo remifentanilo: 0,3±0,4 ° C; p= 0,013. y también * fue mayor el *porcentaje de mujeres con fiebre* (≥38 ° C) durante las primeras 6 horas del parto: 14% vs 2%, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. La vasoconstricción fue menor en el grupo remifentanilo en comparación con analgesia epidural: 1,4±1,8 vs 3,0±1,7, respectivamente; p<0,001. Estos hechos, solo confirman la teoría de que.	Las dosis bajas de opioides, utilizados en la analgesia de mujeres de parto sin analgesia epidural, inhiben la fiebre la analgesia neuroaxial es más efectiva en términos de disminución de dolor y que todavía está por esclarecerse la seguridad de la PCA IV de remifentanilo. el riesgo de la depresión respiratoria justifica una estrecha supervisión del anestesista durante la utilización de remifentanilo. No existe evidencia sobre cuál es la dosis, tipo o vía de administración óptima de los opiodes a las mujeres de parto.	1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Analgesia Neuroaxial.

60. ¿Cuál es la efectividad de la analgesia neuroaxial?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI (1985 – Octubre 2005), **CINAHL** (1982 – Octubre 2005), **EMBASE** (1980 - 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – Octubre 2005).	Existe un alto nivel de evidencia de que, comparado con la analgesia farmacológica no epidural, la analgesia epidural: • provee un alivio más efectivo del dolor durante el parto. • está asociado con una segunda etapa del parto más prolongada y con el aumento del parto instrumental, aunque dicho efecto puede ser debido a la atención que se practica en la actualidad. • No muestra evidencias de una primera etapa del parto más prolongada. • No muestra evidencias de aumento de tasa de cesareas. • Tiene un efecto positive sobre el estatus acido-básico del recien nacido.	Antes de la elección de la epidural, la mujer debe ser informada sobre los riesgos y beneficios, y las implicaciones sobre el parto. Esta información sobre la epidural debe incluir que: • Solo está disponible en unidades obstétricas. [GPP] • Provee mayor alivio del dolor que los opiáceos. [A] • Está asociado con una 2ª etapa del parto más prolongada, y con mayor riesgo de parto vaginal instrumental. [A] • No está asociado con dolor de espaldas a largo plazo. • No está asociado con una 1ª etapa del parto más prolongada, ni con mayores tasas de cesárea. [A] • Debe acompañarse por niveles más intensos de monitorización y de técnicas parenterales. [GPP] • Las soluciones modernas de epidural contienen opiáceos, y cualquiera de las vías de administración, todos opiáceos atraviesan la placenta, y en mayores (>100 microgramos en total) puede causar depresión respiratoria neonatal a corto-plazo con un recién nacido somnoliento.	La guía no responde exactamente a los requerimientos del GEG, ya que no se ha encontrado estudios que valoren la epidural frente a técnicas de alivio de dolor no farmacológicas. Sin embargo, si se valora la epidural frente a la no analgesia. El resto de las requerimientos del GEG, se responden perfectamente, empleando artículos de alto y nivel medio de evidencia El grado de recomendación que ofrece NICE para las recomendaciones de este apartado viene dado en el documento de trabajo de NICE en su página Web.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

61. ¿Cuál es la efectividad de las siguientes técnicas de analgesia neuroaxial obstétrica: Epidural tradicional vs Epidural a bajas dosis vs Combinada (intradural-epidural)?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI (1985 – Octubre 2005), **CINAHL** (1982 – Octubre 2005), **EMBASE** (1980 - 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – Octubre 2005).	-Existe alto nivel de evidencia de que: • La analgesia combinada (espinal-epidural) provee un comienzo más rápido de la analgesia que la analgesia epidural sola. • Una vez establecida la analgesia las dos técnicas son igualmente efectivas. • La analgesia combinada está asociada a una mayor incidencia de prurito cuando se utilizan opiáceos. -Existe un nivel alto de evidencia proveniente de un ensayo que muestra que el régimen moderno de epidural (mantenimiento con perfusión continua de bupivacaina al 0,1 % con 2 µg/ml de fentanil) aumenta la tasa de partos espontáneos y disminuye la duración de la 2ª etapa del parto, pero también aumenta el nº de recién nacidos con un Apgar bajo y que requieren un nivel alto de resucitación, comparado con el régimen tradicional (mantenimiento con bolos de bupivacaina al 0,25 %)	-Se recomienda cualquiera de las técnicas analgésicas, la epidural o la combinada espinal-epidural, para el establecimiento de la analgesia regional durante el parto. [GPP] -Si se requiere un rápido establecimiento se recomienda la analgesia espinal-epidural. [A]	

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Simmons SW et al, 2008. RS	19 estudios 2658 mujeres	Evaluar los efectos de la analgesia espinal-epidural combinada (EEC) frente a la epidural durante el trabajo de parto.	EEC vs. epidural tradicional. En la EEC hubo menor necesidad de analgesia de rescate y de retención urinaria, en cambio se asoció a mayor incidencia de prurito. No hubo diferencias en el modo de parto y no se pudieron establecer conclusiones con respecto al número de mujeres con analgesia efectiva a los 10 minutos, mujeres satisfechas con la analgesia, movilización, necesidad de un parche de sangre, depresión respiratoria y pH arterial del cordón umbilical. EEC vs. epidural en dosis bajas. El tiempo medio de inicio de la analgesia y la efectividad de la analgesia a los 10 minutos fue mayor en la EEC, aunque se asoció con más prurito y menor pH de la arteria umbilical. No se encontraron diferencias significativas en los resultados de pH venoso umbilical, puntuaciones Apgar a los 5 minutos, número de recién nacidos ingresados en UCIN y modalidad de parto.	Las técnicas EEC y epidural han demostrado producir un alivio efectivo del dolor durante el trabajo de parto. Al parecer hay ciertos matices para ofrecer una técnica sobre la otra, sin diferencias en la satisfacción materna general a pesar de un inicio algo más rápido con la EEC y menos prurito con las técnicas epidurales. No hay diferencias en la capacidad de movilización, el resultado obstétrico o el resultado neonatal.	1+

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

62. ¿Es útil realizar un estudio de coagulación de forma sistemática previo a la administración de una analgesia neuroaxial?

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
ASA, Task Force 2007 Grupo de expertos	Mujeres embarazadas con partos no complicados a las que se les va a practicar una técnica de anestesia obstétrica	Recuento de plaquetas, determinación del grupo sanguíneo y determinaciones sanguíneas en mujeres con parto no complicado a la que se le va a practicar una técnica de anestesia obstétrica.	Según la guía la literatura existente es insuficiente para evaluar si el recuento rutinario de plaquetas puede predecir efectos adversos asociados a la anestesia en partos no complicados. La literatura sugiere (basándose en series de casos y estudios observacionales) que el recuento de plaquetas es clínicamente útil en pacientes con sospecha de hipertensión relacionada con el embarazo, pre-eclampsia o síndrome HELLP y otros desordenes asociados con la coagulopatías. - Los miembros de ASA presentan dudas, pero el panel de expertos establece que una rutina de recuento de plaquetas no reduce las complicaciones maternas relacionadas con la anestesia. - El panel de expertos y los miembros de ASA establecen que, en pacientes con sospechas de pre-eclampsia, el recuento de plaquetas reduce las complicaciones maternas relacionadas con la anestesia - El panel de expertos establece firmemente y los miembros de ASA establecen que, el recuento de plaquetas reduce las complicaciones maternas relacionadas con la anestesia en pacientes con sospecha de coagulopatías.	No se ha podido determinar que el recuento de plaquetas sea un buen predictor de complicaciones relacionadas con la anestesia neuroaxial. La decisión de los médicos anestesistas de ordenar o requerir un recuento plaquetario debe ser individualizada y basada en la historia de la paciente, la examinación física y los signos clínicos. Una rutina de recuentos plaquetarios no es necesaria en parturientas sanas.	IV
Chee YL, et al, 2008 RS de E. observacionales	24 E. observacionales (prospectivos o retrospectivos de serie de casos) y un ECA.	determinar si las pruebas de coagulación anormal pueden predecir el sangrado durante procedimientos invasivos	Los estudios midieron los test de coagulación del tiempo de protrombina (TP) o de la razón normalizada internacional (INR), realizadas antes de un procedimiento invasivo. Considerando un resultado anormal como una elevación de INR> 1,2 o > 1,5 y una elevación del TP entre > 11,5 segundos hasta > 16 segundos. Los estudios se agruparon en base a los diferentes procedimientos realizados y se realizó una síntesis narrativa, ya que entre los diferentes estudios hubo una heterogeneidad cualitativa evidente y mostraban limitaciones metodológicas. Los resultados mostraron similares tasas de sangrados entre los	No existe suficiente evidencia para concluir que un resultado anormal del estudio de coagulación predice el sangrado.	III

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

		(tales como biopsia hepática o renal, la colocación del tubo de nefrostomía, la colocación del tubo transhepático biliar, la inyección epidural o punción lumbar, canulación de la vena central o la implantación del dispositivo de acceso venoso, angiografía o venografía o cateterismo cardíaco, toracocentesis o paracentesis o endoscopia).	pacientes con resultado del test de coagulación anormal y normal.		
Segal JB et al, 2005 RS	Nueve estudios observacionales (3 de ellos prospectivos) con datos	Determinar si la historia de sangrado de pacientes y las pruebas de coagulación rutinarias	La prueba de coagulación mostró un VP positivo del rango entre 0,03 [IC 95% 0,00 a 0,15] a 0,22 [IC 95% 0,09 a 0,43] en los diferentes estudios y un Cp positivo de entre 0,94 [IC 95% 0,56 a 1,57] a 5,1 [IC 95% 1,18 a 21,96] y solamente tres de los estudios mostraron valores estadísticamente significativos. La diferencia absoluta de riesgo de sangrado entre pacientes con test de coagulación anormal y n ormal, tampoco mostró ser	Todos los estudios coinciden en mostrar resultados desfavorables sobre la utilidad clínica de las pruebas de coagulación evaluadas: Tiempo de	III

	suficientes para permitir el cálculo del valor predictivo (VP) y cocientes de probabilidad (Cp) de la prueba.	antes de la cirugía predicen las hemorragias anormales perioperatorias.	estadísticamente significativa en ocho de los nueve estudios. Mostrando una diferencia absoluta del rango de -0,008 [IC 95% -0,07 a 0,069] a 0,166 [IC 95% 0,037 a 0,372]. Estos.	tromboblastina activada (APTT) y tiempo de protombina (PT). Los datos indican que las pruebas de coagulación son pobres predoctores de hemorragia perioperatoria	

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

63. ¿Cuál es la efectividad de la perfusión de soluciones intravenosas (cristaloides, coloides) previa a la realización de una técnica de analgesia neuroaxial obstétrica?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
British Nursing Index, de 1985 a Agosto de 2005 **CINAHL**, de 1982 a Agosto de 2005. **EMBASE**, de 1980 a Agosto de 2005. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Agosto de 2005	Evidencia: 1 RS; [NE = 1++]. La precarga por vía intravenosa antes de la anestesia epidural en dosis altas reduce las tasas de hipotensión materna y las anomalías de la frecuencia cardiaca fetal. No se observó evidencia de diferencias en otras variables. No existe evidencia de que la precarga con perfusiones intravenosas tenga influencia en la hipotensión materna y en las anomalías en la frecuencia cardiaca fetal, en pacientes que recibieron anestesia espinal-epidural combinada o bajas dosis de anestesia epidural.	La precarga por vía intravenosa no necesita ser administrada rutinariamente antes de la anestesia epidural con dosis bajas o con anestesia espinal-epidural combinadas [A].	En la guía no se especifica el volumen de la precarga ni a partir de que concentraciones se consideraron dosis bajas o altas de anestésico, de todas formas este apartado responde bastante bien a la pregunta planteada por el GEG.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

64. ¿Se debe posponer la instauración de una analgesia obstétrica neuroaxial hasta una fase avanzada del parto?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI (1985 –octubre 2005), **CINAHL** (1982 – octubre 2005), **EMBASE** (1980 – 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – septiembre 2005).	La mayoría de los estudios presenta [NE 1+], esto hace que la recomendación pueda llevar un grado de tipo A. La evidencia demuestra que la administración temprana (en la 1ª etapa del parto) de analgésicos regionales no afecta al progreso del parto, al tipo de nacimiento o a la condición del neonato.	No debe negarse la analgesia regional a mujeres con trabajo de parto que lo deseen. [A]	Los estudios incluidos son de alta calidad ya que presentan un nivel de evidencia de [1+], los resultados presentados son similares en la mayoría de los estudios. La comparación entre los grupos es difícil ya que plantean grupos distintos no homogéneos. El nivel de recomendación [A] que aparece en la ficha, no se encuentra en la guía publicada por NICE, sino en un documento de trabajo que tienen en su página Web.

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Marucci M et al, 2007. RS	9 estudios incluidos (5 ECAs, 1 cohorte y 3 retrospectivos). Un total de 3.320 pacientes entre los 9 estudios.	Realización de una RS con metaanálisis de la bibliografía para determinar el efecto de la administración de analgesia	**Resultados maternos** *-Cesáreas*: realización de metaanálisis con 8 estudios, un total de 2.980 mujeres (grupo: 1.578/control: 1.402). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos. OR 1,00 [IC 95% (0,82-1,23)], p=0,97. *-Parto vaginal instrumental*: metaanálisis con 8 estudios, un total de 2.816 mujeres (1.387/1.429). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos. OR 1,00 [IC 95% (0,83-1,21)], p=0,98. -No se encontraron diferencias ni en la duración de la 1ª y 2ª etapa del parto, tampoco se encontraron diferencias entre los grupos cuando usaban	Los resultados apoyan la administración de AN en cualquier etapa del parto. La AN no presenta aumento de partos instrumentales,	1-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

		neuroaxial (AN) en mujeres nulíparas, en cuanto a cesáreas y partos instrumentales como resultados en mujeres y también resultados en neonatos (Apgar, pH umbilical...)	oxitocina. -Solamente existían diferencias entre los dos grupos par el parto instrumental cuando se realizó un estudio de sensibilidad para dos estudios donde los neonatos presentaban un estado fetal no tranquilizador. Un total de 483 mujeres (246/237). Se encontraron diferencias significativas entre los grupos. OR 0,52 [IC 95% (0,32-0,85)], p=0,009. **Resultados neonatales** -*Peso del RN, Apgar* < de 7 al minuto y 5 minutos, no presentan diferencias significativas entre los dos grupos. -*pH umbilical*: presentan diferencias tanto el arterial como e venoso. *Arterial*: 3 estudios, 1.138 neonatos (572/566). OR 0,02 [IC 95% (0,01-0,02)], p<0,001. *Venoso*: 2 estudios, 483 neonatos (246/237). OR 0,02 [IC 95% (0,01-0,03)], p<0,001. -*Administración de naxolona*: 3 estudios, 1.194 neonatos (598/596). OR 0,16 [IC 95% (0,05-0,55)], p=0,003.	ni cesáreas. Los autores Se recomiendan la administración de opiáceos sólo cuando la administración de AN esté contraindicada. La práctica de retrasar la administración de la AN no está considerada una buena política sanitaria.	
Shen XF, et al, 2009 RS	12.793 mujeres	Mujeres aleatorizadas a un grupo de administración precoz de epidural (dilatación cervical de al menos 1,0 cm) o a otro grupo de dministración tardía (dilatación cervical de al menos 4,0 cm) bolo de 0,125%	* tasa de cesarea : no mostro diferencias estadisticamente significativas entre los dos grupos: 23,2% [IC 95% 18,7 a 24,5] en el grupo de analgesia temprana vs 22,8% [IC 95% 18,7 a 24,9] en el grupo de analgesia tardia. * La duracion del parto vaginal desde la petición de analgesia es igual en ambos grupos: 11,3¤}4,5 h para epidural precoz vs 11,8¤}4,9 h para las mujeres del grupo epidural tardia; p=0,90). *No hubo diferencias estadisticamente significativas en la duracion del parto vaginal, en la fase latente y activa de la primera etapa del parto, ni en la duracion de la segunda etapa del parto. La incidencia de vomitos durante el parto fue significativamente menor en el grupo de administracion temprana de epidural: 535 (8,4%) mujeres con nauseas vs. 659 (10,3%) mujeres con nauseas en el grupo de epidural tardia; p=0,002, aunque esto ultimo puede estar relacionadao porque la administracion tardia se realizaba junto a la administración de meperidina. * No se observaron diferencias significativas en el resto de efectos adversos de la epidural (fiebre materna, retencion e incontinencia urinaria, escalofrios e hipotension). * Los resultados neonatales, tambien fueron similares en ambos grupos. Sin	Los resultados apoyan la administración de analgesia neuroaxial en fases tempanas de la primera etapa del parto: que retrasar la administración de la analgesia neuroaxial cuando es solicitada no está considerada una buena práctica sanitaria.	1+

		ropivacaína más sulfentanilo 0,3 µg/ml iniciada (tras dosis test) con un bolo de 15 ml y mantenida mediante bomba PCEA (analgesia epidural controlada por la mujer) con bolos de 10ml infusión continua.	embargo, hubo una mayor tasa de exito en la lactancia a las 6 semanas en el grupo de analgesia epidural tardia; p<0,0001.		

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

65. ¿Cómo influye el modo de administración de la analgesia sobre el parto y sus resultados?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI (1985 – septiembre 2005), **CINAHL** (1982 – octubre 2005), **EMBASE** (1980 – 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – octubre 2005).	1.) La infusión continua parece aumentar la cantidad total de analgesia necesaria (DMP -5,78 [-7,61 a -3,96]), pero podría aumentar la satisfacción de las mujeres. 2.) PCEA parece reducir la necesidad de recordatorio de anestesia 3.) PCEA podría aumentar la satisfacción de la mujer. 4.) Una mayor dosis de PCEA podría reducir el dolor y aumentar la satisfacción de las mujeres. ✓ No existe evidencia de que haya diferencias en otros resultados incluyendo el tipo de nacimiento, la duración del parto, los efectos adversos o los resultados neonatales. La interpretación de la evidencia por parte del grupo de trabajo NICE es la siguiente: ▪ Todos los modos de administrar analgésicos son eficaces para el alivio del dolor. ▪ El PCEA reduce la dosis total administrada y produce un menor bloqueo motor vs la infusión continua y además aumenta la satisfacción de la mujer en el alivio del dolor cuando se compara con la administración mediante bolo intermitente por parte del personal sanitario.	Los modos recomendados para la administración de anestesia epidural son o bien la controlada por el paciente o el bolo intermitente administrado por el personal sanitario. [A]	No todas las intervenciones que sugieres el grupo para estudio están recogidas en la guía NICE (6), así como tampoco todas las medidas de resultados que propnen. La recomendación que hace NICE en su guía no muestra el grado de recomendación que tiene. Sin embargo un documento de trabajo previo que NICE tiene en su página Web, muestra que la recomendación es de grado [A].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

66. ¿Cuál es la efectividad de la vigilancia materna durante el establecimiento y mantenimiento de la analgesia neuroaxial?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI, de 1985 a Octubre de 2005 **CINAHL**, de 1982 a Octubre de 2005. **EMBASE**, de 1980 a Octubre de 2005. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Octubre de 2005.	Observaciones maternas Evidencia: 2 RS [NE = 1+]. No parece existir evidencia de que las observaciones maternas influyan sobre los resultados clínicos. Se observó evidencia de efectos adversos de analgesia epidural. Estos eran: hipotensión, retención urinaria, pirexia y prurito. Observaciones fetales (mediante MEFC) *-Analgesia epidural frente a analgesia no epidural* Evidencia: 3 ECAs [NE = 1+]. No existe una completa evidencia de diferencias en la incidencia de anormalidades en el ritmo cardiaco fetal cuando se compara el uso de dosis bajas de epidural y meperidina. *-Opioides intratecales con o sin anestesia local frente a opioides no intratecales* Evidencia: Una revisión sistemáticas [NE = 1+]. Hay un incremento en la incidencia de bradicardia fetal tras la administración de opioides intratecales, en comparación con el no empleo de los mismos.	Observaciones maternas con analgesia regional En pacientes con analgesia regional se deben llevar a cabo las siguientes observaciones adicionales: -Durante el establecimiento de la analgesia regional o después de varios bolos (10ml o más de soluciones de dosis bajas) la presión sanguínea debería ser medida cada 5 minutos durante un periodo de 15 minutos. -Si la paciente no esta libre de dolor 30 minutos después de la administración de anestesia local/solución de opioide, se debería administrar el anestésico de nuevo. -Se debe llevar a cabo evaluaciones horarias del nivel de bloqueo sensorial. Observación fetal (con MEFC) con analgesia regional La MEFC se recomienda, por lo menos, 30 minutos durante el establecimiento de la analgesia regional y después de la administración de cada bolo de 10 ml o más. *Interpretación de la evidencia por el GEG*. Las anormalidades en el ritmo cardiaco fetal podrían aparecer a corto plazo tras la administración de dosis de analgésico en analgesia regional.	La pregunta viene contestada en dos apartados diferenciados, las observaciones que se realizan a las mujeres y la monitorización electrónica fetal, como método de monitorización del estado fetal.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

67. ¿Cómo influye el anestésico local empleado en la analgesia neuroaxial obstétrica?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI (1985 –octubre 2005), **CINAHL** (1982 – marzo 2006), **EMBASE** (1980 – 2006), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – febrero 2006).	Ninguna de las tres combinaciones presentaba diferencias respecto al tipo de nacimiento, hipotensión materna y anomalías de FCF encontradas.		La guía NICE no realiza ninguna recomendación sobre el tema.

68. ¿Cómo influye el uso de opioides y coadyuvantes neuroaxiales sobre el parto y sus resultados?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI (1985 – septiembre 2005), **CINAHL** (1982 – octubre 2005), **EMBASE** (1980 – 2005), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 –octubre 2005).	✓ En el primer punto la evidencia disponible en los estudios incluidos es alta [1+], las conclusiones por el grado de evidencia son que los opioide administrados de forma intratecal podrían aumentar la bradicardia fetal y la incidencia de prurito. La anestesia local intratecal con fentanilo es más eficaz. ✓ Como en el caso anterior la revisión presenta un [NE 1++], también existe una mayor incidencia de prurito.		

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

69. ¿Se debe mantener la analgesia epidural durante la 2ª etapa del parto?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI (1985 –octubre 2005), **CINAHL** (1982 – marzo 2006), **EMBASE** (1980 – 2006), **Ovid MEDLINE(R)** (1966 – febrero 2006).	Una RS con metaanálisis de cinco ECAs y 462 mujeres con parto espontáneo e inducido. En ella se evalúa el impacto de la interrupción de la analgesia epidural en las fases finales del parto (dilatación cervical >de 8 cm) sobre el tipo de parto y alivio del dolor, comparandolo con la práctica habitual, sin interrupciones. En el metaanálisis la interrupción de la administración de analgesia epidural antes de la segunda etapa de parto no disminuyó la incidencia de partos instrumentales: RR 0,84 [IC 95% 0,61 a 1,15], ni la tasa de cesáreas: RR 0,98 [IC 95% 0,43 a 2,25]. Además, la duración de la segunda etapa del parto fue similar en los dos grupos. En cuanto a resultados neonatales (Apgar al minuto y pH de la arteria umbilical) no se encontraron diferencias significativas. La única diferencia significativa encontrada fue la inadecuada analgesia notificada por las mujeres en las que la analgesia epidural se interrumpió en la fase final de la primera etapa: RR 3,68 [IC 95% 1,99 a 6,80].	Una vez establecida, se recomienda mantener la analgesia epidural durante el periodo expulsivo, el alumbramiento y la reparación del periné si se precisa.	La analgesia epidural para la segunda etapa del trabajo no afecta significativamente a las tasas de parto instrumental, pero da lugar a un aumento significativo en la insatisfacción de las mujeres con el alivio del dolor durante la segunda etapa del parto.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y está p

VII. Monitorización fetal.

70. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: monitorización electrónica fetal continua (MEFC) frente a auscultación fetal intermitente (Estetoscopio de Pinard o Doppler)?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI, de 1985 a Diciembre de 2005 **CINAHL**, de 1982 a Diciembre de 2005. **EMBASE**, de 1980 a Diciembre de 2005. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Diciembre de 2005.	▪ *monitorización electrónica fetal continua (MEFC) frente a auscultación fetal intermitente:* Evidencia: RS [NE = 1++]. Existe un elevado nivel de evidencia de que la monitorización electrónica fetal continua reduce el índice de crisis neonatales, pero no tiene impacto en los índices de parálisis cerebral. Hay una elevada evidencia de que incrementa el número de cesáreas y de partos instrumentados. No existe un alto nivel de evidencia acerca del valor de la auscultación del ritmo cardiaco fetal cuando la mujer esta en parto temprano.	La auscultación intermitente del ritmo cardiaco fetal está recomendada en mujeres de bajo riesgo durante el trabajo de parto y en cualquier lugar que éste se produzca [A]. Se recomienda una auscultación cardiaca fetal en la primera evaluación del preparto y posteriormente tras cada examen encaminado a determinar si el trabajo de parto se ha establecido [GPP]. Una vez en la fase activa del parto, la auscultación intermitente de el ritmo cardiaco fetal después de una contracción debe ser continuo y como se detalla: • El RCF debe ser auscultado como mínimo durante un minuto después de una contracción. El pulso materno también debe ser palpado para diferenciar entre el ritmo materno y el RCF [GPP]. El cambio de auscultación intermitente a MEFC en pacientes de bajo riesgo debería ser aconsejada en las siguientes situaciones: • manchado significativo del meconio, este cambio debería ser también comunicado con manchados ligeros. • RCF anormales detectados por auscultación intermitente • fiebre materna (definida como una medida de	La guía NICE responde bien a la pregunta planteada. A pesar de que los perfiles de las pacientes no coincidan totalmente con los requeridos por el GEG. En la revisión empleada en la guía se hace dos evaluaciones, en una se analizan todas las mujeres y en otra solo mujeres con parto de alto riesgo. Se valora el uso de la analgesia epidural sobre los resultados, pero en no se responde en ningún momento a las diferencias en la perfusión o no de oxitocina.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
		38ºC o 37,5ºC dos veces consecutivas y con una hora de separación • sangrado durante el parto • uso de oxitocina para inducir el parto • por demanda de la paciente [GPP].	
BNI, de 1985 a Diciembre de 2005 **CINAHL**, de 1982 a Diciembre de 2005. **EMBASE**, de 1980 a Diciembre de 2005. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Diciembre de 2005.	▪ *Auscultación intermitente con estetóscopo de Pinard Vs. Doppler:* Evidencia: Un ECA [NE = 1+]. Existe evidencia moderada, basada en un único estudio, realizado en un país subdesarrollado y con pacientes de alto y bajo riesgo, de que la estimación de la frecuencia cardiaca fetal con Doppler manual es más efectiva que con el estetóscopo Pinard. Según el GEG esta evidencia no es suficientemente robusta como para diferenciar entre las dos técnicas. Las mujeres con dispositivo Doppler manual, respecto a las monitorizadas con estetóscopo de Pinard, tuvieron: Partos vaginales espontáneos; RR 0,83 [IC 95 % 0,76-0,91] Cesáreas; RR 1,95 [IC 95 % 1,47-2,60] Ingresos en unidades neonatales; RR 0,65 [IC 95 % 0,46-0,94] Convulsiones neonatales; RR 0,06 [IC 95 % 0,00-1,07] Encefalopatía hipóxica; RR 0,12 [IC 95 % 0,02-0,88]. No se encontraron diferencias en: mortalidad perinatal y en tests de Apgar bajos (puntuaciones menores de	La auscultación intermitente se puede realizar tanto con ultrasonografía Doppler como con estetóscopo de Pinard [GPP].	La guía solo ofrece resultados en los que se comparan las dos técnicas entre si pero no se comparan frente a la monitorización electrónica. La pregunta del GEG no queda suficientemente contestada.

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
	6 a los 5 minutos).		

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
ICSI 2007 GPC	En este apartado se emplea una RS con 7 ECAs.	Comparaban la monitorización electrónica fetal con la auscultación. Se incluían tanto mujeres de alto como de bajo riesgo	No se observaron diferencias en la mortalidad fetal. La mayoría de estudios mostró un aumento en el número de cesáreas en los grupos con MEF. El ECA publicado más recientemente mostró una reducción significativa en la mortalidad perinatal por asfixia en el grupo con MEF, aunque no está claro a qué se deben las diferencias respecto a los otros ECAs.	Cuando no se puede hacer la auscultación con las pautas de ACOG es preferible utilizar la MEF. Sin embargo, la MEF no debería sustituir el trabajo de matronas entrenadas y motivadas. La presencia de este tipo de matronas aporta calidad al proceso asistencial y mejora los resultados. Si la auscultación muestra un ritmo cardiaco fetal incierto está indicado realizar MEF. Si la medida continua siendo incierta o si existen signos de trazos preocupantes sería necesaria la MEF interna.	II

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

71. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC vs monitorización electrónica intermitente (MEFI)?

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Herbst A, et al. 1994 ECA. (incluido en una RS que se recoge la guía NICE)	4.044 parturientas con bajo riesgo de sufrir pérdida del bienestar fetal. :	* MEFC vs. MEFI: MEFI: monitorización de 10 a 30 minutos cada 2 ó 2,5 horas durante la primera etapa del parto con auscultación de FCF cada 15-30 minutos entre los periodos de registro. Durante la segunda etapa del parto se empleo monitorización continua en todos los casos.	No se observaron diferencias significativas entre los dos grupos en ninguna de las variables analizadas: frecuencia cardiaca fetal ominoso y sospechoso, cesarea por sospecha de perdida del bienestar fetal, pH umbilical, valores Apgar o admisión en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)	El empleo de monitorización electrónica fetal intermitente en intervalos regulares (con auscultación intermitente en el intermedio) parece ser tan segura como la monitorización electrónica fetal continúa en partos de bajo riesgo.	Ib

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

72. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC con o sin pulsioximetría fetal cuando se presentan alteraciones de la FCF?

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
East CE et al, 2007 RS	Cinco ensayos clínicos, 7424 participantes	Comparación de la oximetría de pulso fetal y CTG frente a CTG sola (o cuando se cegaban los valores de la oximetría)	En 4 de los 5 estudios no informaron de diferencias significativas en la tasa general de cesáreas. En el estudio restante, con menor población, se observó una disminución significativa de las cesáreas en el grupo de pulsioximetría más CTG. En dos de los cuatro análisis se observó una disminución significativa de las cesáreas por riesgo de pérdida del bienestar fetal en el grupo de pulsioximetría mas CTG: (1) con edad gestacional desde 36 semanas con muestreo de sangre fetal no requerido antes del ingreso al estudio, RR 0.68 [IC95% 0.47 a 0.99] y (2) cuando el muestreo de sangre fetal fue requerido antes del ingreso al estudio, RR 0.03 [IC95% 0.00 a 0.44]. No se observaron diferencias significativas en los partos instrumentados ni en las cesáreas por distocia cuando se realiza pulsioximetría junto con la monitorización con CTG. Tampoco se observaron diferencias significativas en resultados neonatales ni en la satisfacción materna.	Los datos proporcionan un apoyo limitado al uso de la oximetría de pulso fetal cuando se utiliza en presencia de una CTG, para reducir las cesáreas por riesgo de pérdida del bienestar fetal. El empleo de la oximetría de pulso fetal no reduce las tasas generales de cesáreas. Se necesita un método mejor para evaluar el bienestar fetal en el trabajo del parto.	Ia

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

73. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC con o sin análisis del segmento ST (STAN) del ECG fetal en presencia de un registro cardiotocográfico (RCTG) patológico?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI, de 1985 a Diciembre de 2005 **CINAHL**, de 1982 a Diciembre de 2005. **EMBASE**, de 1980 a Diciembre de 2005. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Diciembre de 2005.	Evidencia: Revisión sistemática [NE = 1++] y ECA [NE = 1+]. Se encontró un elevado nivel de evidencia, en tres estudios con mujeres de alto riesgo, que el análisis de segmento ST reduce los partos vaginales instrumentados, aunque no se encontraron diferencias en el estado acido-base fetal	Interpretación de la evidencia del GEG El análisis del segmento ST parece añadir valor al uso de la MEFC y reduce las intervenciones. A pesar de que se asocia con un menor índice de encefalopatías entre los niños que sobreviven, cuando se combina con la mortalidad perinatal, no se encontraron diferencias significativas en los resultados. Esta prueba incrementa el coste, además requiere el uso de electrodos fetales en el cuero cabelludo y un entrenamiento extra en el personal. Si se emplea cuando se presentan anormalidades en el ritmo cardiaco fetal, puede ser necesario realizar una muestra de sangre fetal antes de usar el análisis del segmento ST. Recomendaciones para futuras investigaciones Se deberían llevar a cabo más estudios controlados y aleatorizados.	Se realizó un estudio de costes para valorar el coste-efectividad del análisis del segmento ST (Apéndice F de la guía NICE). La principal evidencia encontrada fue que: empleando las asunciones basales, el coste neto del análisis del segmento ST es aproximadamente de £3.45 millones por año (análisis del año 2006). Este resultado es sensible al riesgo relativo de cesáreas y de partos vaginales instrumentados con análisis del segmento ST. El análisis ST produce ahorros en el coste neto en el mejor caso del análisis de sensibilidad.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

Tabla de evidencia actualizada

Autor, Año, Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones	Grado de evidencia
Su LL et al 2007. RS de ECAs y E. Observacionales II	Una RS, 4 ECAs (2 de ellos incluidos en la revisión), 3 estudios observacionales y un estudio prospectivo no aleatorizado	Valorar la fisiopatología del STAN, su papel en la monitorización durante el parto y el uso práctico de esta tecnología.	La incorporación del STAN a la CTG ha demostrado reducir los índices de acidosis metabólica neonatal, la encefalopatía neonatal moderada y severa, con lo que se mejoran los resultados perinatales. La reducción en el índice de partos instrumentados debidos a hipoxia fetal fue también significativa. La fisiopatología y uso práctico de esta tecnología es discutible.	La identificación más precisa de la hipoxia fetal y la reducción de intervenciones innecesarias, permite decir que la incorporación del STAN a la CTG puede mejorar el estándar de la monitorización fetal durante el parto. En el estudio promueven el uso de esta técnica.	II

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

74. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC con o sin microtoma de sangre de la calota fetal (MSF)?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI, de 1985 a Diciembre de 2005 **CINAHL**, de 1982 a Diciembre de 2005. **EMBASE**, de 1980 a Diciembre de 2005. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Diciembre de 2005.	Evidencia: Revisión sistemática [NE = 1++] y estudio observacional [NE = 2+]. Existe un bajo nivel de evidencia sobre la toma de muestras de sangre fetal con MEFC. Se observa que la toma de muestra de sangre fetal con MEFC puede reducir el índice de partos vaginales instrumentados, pero no hubo evidencia de diferencias en otras variables.	Interpretación de la evidencia del GEG Hay limitada evidencia proveniente de estudios aleatorizados de digan que las muestras de sangre fetal junto con MEFC puedan reducir el número de partos instrumentados y cesáreas. La evidencia encontrada no apoya el uso de toma de muestra de sangre fetal (MSF) por la falta de comparaciones directas, pero la experiencia clínica y evidencia de comparaciones indirectas sugiere que la toma de MSF evita algunos partos instrumentados y cesáreas. Contraindicaciones para hacer toma de MSF: • Infección materna (por ejemplo: VIH, hepatitis, herpes...) • Desórdenes sanguíneos del feto (p ej, hemofilia) • Prematuridad (menos de 34 semanas)	Como se comenta en el apartado de la interpretación de la evidencia del GEG, casi no existe evidencia de estudios comparativos para este método, lo que hace muy complicado el poder obtener evidencia de calidad. Se deberían realizar estudios aleatorizados y controlados que permitiesen tener mayor y mejor evidencia.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está p

75. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC con o sin estimulación de la calota fetal cuando se presentan alteraciones de la FCF?

Tabla de evidencia de la guía NICE

Bases de datos utilizadas y fecha de búsqueda	Evidencia	Recomendación (grado)	Comentarios
BNI, de 1985 a Diciembre de 2005 **CINAHL**, de 1982 a Diciembre de 2005. **EMBASE**, de 1980 a Diciembre de 2005. **Ovid MEDLINE**, de 1966 a Diciembre de 2005.	Evidencia: RS [NE = 3]. Existe evidencia, basada en observaciones, que indica que la estimulación digital de la calota fetal es un buen test predictivo y que la punción de la calota fetal durante la toma de muestra de sangre fetal es un test con un moderado valor predictivo para la acidemia fetal. -Razón de probabilidad combinada en la acidosis de la punción de la calota fetal: Test negativo; 0,12 [IC 95 % 0,02-0,78] Test positivo; 8,54 [IC 95 % 1,28-56,96] -Razón de probabilidad combinada en la acidosis de la estimulación digital de la calota fetal: Test negativo; 0,06 [IC 95 % 0,01-0,31] Test positivo; 15,68 [IC 95 % 3,22-76,24]	La estimulación digital de la calota fetal por profesionales sanitarios durante el examen vaginal debería considerarse en asociación con la MEFC [GPP].	La guía solo da resultados de la calidad del test. No ofrece resultados de su uso combinado con la MEFC frente a la MEFC, por lo que la pregunta del GEG no queda suficientemente contestada.

ANEXO I

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN SIGN (2;3)

Niveles de evidencia científica	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

Buena práctica clínica

√[1]	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

[1] *En ocasiones, el grupo elaborador encuentra aspectos prácticos importantes que es necesario destacar y para los cuales no se ha encontrado ninguna evidencia científica. En general, estos casos están relacionados con algún aspecto del*

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA PREGUNTAS SOBRE DIAGNÓSTICO (3;4)

Adaptación del NICE de los niveles de evidencia del Oxford Centre for Evidence Based Medicine y del Centre for Reviews and Dissemination.

Niveles de evidencia cientifica	Tipo de evidencia cientifica
Ia	Revisión sistemática con homogeneidad de estudios de nivel 1.
Ib	Estudios de nivel 1.
II	Estudios de nivel 2. Revisión sistemática de estudios de nivel 2.
III	Estudios de nivel 3. Revisión sistemática de estudios de nivel 3.
IV	Consenso, opiniones de expertos sin valoración crítica explícita.
Estudios de Nivel 1	Cumplen: • Comparación enmascarada con una prueba de referencia ("patrón oro") válida. • Espectro adecuado de pacientes.
Estudios de Nivel 2	Presentan sólo uno de estos sesgos: • Población no representativa (la muestra no refleja la población donde se aplicará la prueba). • Comparación con el patrón de referencia ("patrón oro") inadecuado (la prueba que se evaluará forma parte del patrón oro o el resultado de la prueba influye en la realización del patrón oro). • Comparación no enmascarada. • Estudios casos-control.
Estudios de Nivel 3	Presentan dos o más de los criterios descritos en los estudios de nivel 2

Recomendación	Evidencia
A	Ia o Ib
B	II
C	III
D	IV

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

ANEXO II

Glosario

Acompañamiento: Presencia de la persona elegida por la mujer durante todo el proceso de parto y nacimiento desde el ingreso en la maternidad hospitalaria (familiar, cónyuge, persona de confianza,…)

Amnioscopia: Observación directa del color y cantidad del líquido amniótico por medio del amnioscopio.

Analgesia combinada*:* Analgesia intradural+analgesia epidural

Analgesia epidural: tipo de analgesia neuroaxial en la que se introduce el anestésico en las proximidades de la médula (espacio epidural), sin perforar la duramadre.

Analgesia epidural ambulante=Walking-epidural (WE): Se denomina Walking epidural a la técnica analgésica que permite a la embarazada mantener su movilidad durante la primera fase del parto, al mismo tiempo que se mantiene una buena calidad analgésica. La epidural ambulante consiste básicamente en reducir la cantidad de anestésico neuroaxial, usando para ello los anestésicos locales a bajas concentraciones y asociándoles opioides, de tal modo que sólo las fibras sensitivas se bloqueen, manteniendo la calidad analgésica y conserven su función las motoras, las que controlan el movimiento.

Analgesia intradural*:* Es un tipo de analgesia neuroaxial en la que se perforan la duramadre y aracnoides, y se introduce el anestésico en el espacio subaracnoideo mezclándose con el líquido cefalorraquídeo.

Analgesia neuroaxial: analgesia provocada por bloqueo del impulso doloroso en el nivel de la médula espinal.

Auscultación intermitente: Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal mediante estetoscopio de Pinard o mediante Doppler, durante 1 minuto después de una contracción, cada 15-30 minutos durante la fase activa de la primera etapa del parto y cada 5-15 minutos en la segunda etapa del parto.

Bebidas isotónicas: Bebidas con gran capacidad de rehidratación. Incluyen en su composición bajas dosis de sodio, normalmente en forma de cloruro de sodio o bicarbonato sódico, azúcar o glucosa y, habitualmente, potasio y otros minerales.

Bradicardia neonatal: Frecuencia cardiaca menor de 100 lpm.

Cardiotocografía: La cardiotocografía es una forma de evaluación fetal que registra

Han transcurrido mas de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

simultáneamente la frecuencia cardíaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas. El procedimiento se puede hacer a través de la piel (cardiotocografía externa) o mediante la colocación de un electrodo directamente sobre el cuero cabelludo del feto a través del cuello uterino (cardiotocografía interna).

Categorización: Procedimiento de clasificación de los registros cardiotocográficos que permiten establecer categorías de riesgo de bienestar fetal.

Cetosis: Situación metabólica del organismo originada por un déficit en el aporte de carbohidratos, lo que induce el catabolismo de las grasas, a fin de obtener energía, generando unos compuestos denominados cuerpos cetónicos.

Corioamnionitis: infección de las membranas placentarias o del líquido amniótico. También se denomina infección intraamniótica o amnionitis.

Cochane Library: Base de datos sobre efectividad producida por la Colaboración Cochrane, compuesta entre otras por las revisiones sistemáticas originales de esta organización.

Decisión informada: Es la capacidad de decidir sobre un procedimiento o acción terapéutica después de haber recibido una información veraz y comprensible.

Dehiscencia: Separación de los bordes de una herida quirúrgica suturada en más de 0,5 cm.

Desgarro perineal grado I: desgarro que afecta a la horquilla perineal, la piel perineal y la mucosa vaginal.

Desgarro perineal grado II: afecta, además de lo descrito anteriormente, a la piel y la mucosa, la aponeurosis y los músculos del periné, sin llegar al esfínter anal.

Desgarro perineal grado III: se extiende a todo lo anterior y al esfínter rectal.

Desgarro perineal grado IV: incluye extensión a mucosa rectal, y llega a dejar descubierta la luz del recto.

Distocia: parto o alumbramiento que procede de manera anormal o difícil

Dispareunia: La dispareunia o coitalgia es la relación sexual dolorosa. Abarca desde la irritación vaginal poscoital hasta un profundo dolor. Se define como dolor o molestia antes, después o durante la relación sexual. El dolor en las mujeres puede implicar ardor, quemadura, contracción o dolor cortante, que puede localizarse en la parte interior o exterior de la vagina, en la región pélvica o en el abdomen.

Distrés respiratorio: situación de inestabilidad respiratoria que ocasione necesidad

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y está pendiente su actualización.

de vigilancia especial, monitorización, oxígenoterapia o ingreso para observación o tratamiento.

Dosis perineal - altas concentraciones: bupivacaína-levobupivacaína 0,25% o mayor; ropivacaína 0,2% o mayor y lidocaína 1,5% o mayor.

Doula: Las doulas son mujeres, en su mayoría madres, que acompañan a otras mujeres durante la gestación, parto y puerperio, ofreciendo soporte, tanto físico como emocional.

Embase: Base de datos europea (holandesa) producida por Excerpta Médica con contenido de medicina clínica y farmacología.

Encopresis: incontinencia fecal.

Enfermedad hemorrágica precoz por déficit de vitamina K: abarca los 15 primeros días de vida.

Enfermedad hemorrágica tardía por déficit de vitamina K: comprende desde las 2 semanas hasta 2-3 meses y se refiere a sujetos por lo demás sanos

Ensayo clínico aleatorizado (ECA): Es un diseño de estudio en el que los sujetos son aleatoriamente asignados a dos grupos: uno (grupo experimental) recibe el tratamiento que se está probando y el otro (grupo de comparación o control) recibe un tratamiento estándar (o a veces un placebo). Los dos grupos son seguidos para observar cualquier diferencia en los resultados. Así se evalúa la eficacia del tratamiento.

Episiotomía: realización de una incisión quirúrgica en la zona del periné femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal “blando” para abreviar el parto y ayudar a la salida del feto.

Especificidad: probabilidad de que una medida clasifique correctamente a una persona sana.

Estimulación de la calota fetal: Técnica mediante la cual se procede a la estimulación fetal mediante la presión sobre la calota fetal durante un tacto vaginal o por punción de la calota fetal. Se considera que el test es negativo si se produce, al menos, una aceleración de la FCF de al menos 15 latidos por minuto y 15 segundos de duración. El test positivo se define como ausencia de aceleración de la FCF o aceleración de menos de 15 latidos por minuto o menos de 15 segundos de duración.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Estrés post-traumático: Es una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí mismo malestar generalizado en casi cualquier persona.

Estudio de casos-control: Estudio que identifica a personas con una enfermedad (casos), por ejemplo cáncer de pulmón, y los compara con un grupo sin la enfermedad (control). La relación entre uno o varios factores (por ejemplo el tabaco) relacionados con la enfermedad se examina comparando la frecuencia de exposición a éste u otros factores entre los casos y los controles.

Estudio de cohortes: Consiste en el seguimiento de una o más cohortes de individuos que presenta diferentes grados de exposición a un factor de riesgo en quienes se mide la aparición de la enfermedad o condición en estudio.

Estudio Transversal: Es aquél que describe la frecuencia de un evento o de una exposición en un momento determinado (medición única). Permite examinar la relación entre un factor de riesgo (o exposición) y un efecto (o resultado) en una población definida y en un momento determinado (un corte). Llamados también estudios de prevalencia.

Hiperdinamia uterina: contracciones intensas del útero.

Índice kappa: proporción del acuerdo potencial por encima del azar que obtienen distintas mediciones de un mismo hecho.

Intervalo de confianza (IC): Es el intervalo dentro del que se encuentra la verdadera magnitud del efecto (nunca conocida exactamente) con un grado prefijado de seguridad o confianza. A menudo se habla de “intervalo de confianza al 95%” (o “límites de confianza al 95%”). Quiere decir que dentro de ese intervalo se encontraría el verdadero valor en el 95% los casos.

Investigación cualitativa: Es una metodología que comprende una pluralidad de corrientes teóricas, métodos y técnicas, y se caracteriza por estudiar los fenómenos en su contexto natural, intentado encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas les conceden. Para ello se sirve de los materiales empíricos (entrevistas, observaciones, textos, etc.) que mejor puedan describir las situaciones tanto rutinarias como problemáticas, y lo que significan en las vidas de los individuos.

Líquidos claros: agua, zumos de frutas sin pulpa, bebidas carbonatadas, café y té sin leche, bebidas energéticas

Litotomía: posición en la que la mujer es colocada en decúbito supino con las caderas

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

y rodillas flexionadas y los muslos en abducción y rotación externa.

Manejo activo del alumbramiento: comprende la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta.

Manejo fisiológico del alumbramiento: Manejo del alumbramiento sin administración de uterotónicos y expulsión de la placenta por la gravedad y el pujo materno.

Maniobra de Kristeller: La maniobra de kristeller consiste en presionar el fondo del útero durante 5 a 8 segundos, sincrónicamente con la contracción uterina, con una pausa de 0,5 a 3 minutos, con el fin de facilitar el avance final y la expulsión de la cabeza fetal.

Masaje perineal: Movimiento de vaivén acompañado de presión sobre la horquilla vulvar.

Medline: Base de datos predominantemente clínica producida por la National Library of Medicine de EEUU disponible en CD-Rom e Internet (PubMed).

Metaanálisis: Es una técnica estadística que permite integrar los resultados de diferentes estudios (estudios de test diagnósticos, ensayos clínicos, estudios de cohortes, etc.) en un único estimador, dando más peso a los resultados de los estudios más grandes.

Monitorización electrónica fetal intermitente: Registro cardiotocográfico de la frecuencia cardiaca fetal por un periodo de 15-30 minutos cada 2 horas con auscultación intermitente cada 15-30 minutos entre los periodos de monitorización electrónica.

Morbilidad: Enfermedad o frecuencia en que se presenta una enfermedad en una población.

Mortalidad: Tasa de defunciones o el número de defunciones por una enfermedad determinada en un grupo de personas y un período determinado.

NICE (National Institute for Clinical Excellence): Forma parte del NHS ("National Health Service" de Inglaterra). Su papel es proveer a médicos, pacientes y al público en general de la mejor evidencia disponible, fundamentalmente en forma de guías clínicas.

Nulípara: mujer que no ha dado a luz a un lactante viable con anterioridad.

Oxitocina terapéutica: la empleada como tratamiento de una posible hemorragia debido a un problema del alumbramiento (no como producto dirigido a facilitar el

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización

alumbramiento dirigido).

Partograma: representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados con el curso del trabajo de parto. La línea de acción se dibuja a la derecha de la línea que muestra el progreso de la dilatación cervical, a un ritmo de 1cm por hora. Una línea de acción de 2 horas está desplazada 2 horas a la derecha de la línea de progreso y, si el progreso se ralentiza de manera que la línea cruza la línea de acción, se establece el diagnóstico de retardo de la dilatación.

Placebo: Una sustancia administrada al grupo control de un ensayo clínico, idealmente idéntica en apariencia y sabor al tratamiento experimental, de la que se cree que no tiene ningún efecto específico para aquella enfermedad. En el contexto de intervenciones no farmacológicas al placebo se denomina habitualmente como tratamiento simulado.

Profilaxis neonatal con vitamina K: Enfermedad hemorrágica precoz por déficit de vitamina K: abarca los 15 primeros días de vida.

Pujo: fuerza que se suma a la que realiza el músculo uterino al contraerse para que esta sea más efectiva.

Pujos dirigidos: dirigiendo la forma y el momento de pujar durante el parto.

Pujos espontáneos: instintivos, sin decir ni cómo ni cuándo realizarlos.

Pujos inmediatos: inmediatamente después de alcanzar la dilatación completa.

Pujos retrasados: hasta que la mujer sienta ganas de pujar o la cabeza del feto llegue al suelo pélvico.

Rasurado perineal: práctica de eliminar el vello del periné usando una cuchilla.

Régimen moderno de analgesia neuroaxial (régimen a **bajas dosis**): analgesia neuroaxial que utiliza anestésicos neuroaxiales (ej.: bupivacaína) en una concentración < 0.25%, generalmente asociado a opioides. La cual se puede instaurar como epidural o como combinada (intradural-epidural).

Régimen tradicional (régimen a **altas dosis**): analgesia realizada con anestésicos locales (ej.: bupivacaína) en una concentración ≥0.25%.

Retraso diagnóstico: posibilidad de que pase desapercibida una atresia (rectal o esofágica) produciéndose un retraso indebido en su tratamiento.

Revisión sistemática (RS): Es una revisión en la que la evidencia sobre un tema ha sido sistemáticamente identificada, evaluada y resumida de acuerdo a unos criterios

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización

predeterminados. Puede incluir o no el metaanálisis.

Series de Casos: Análisis de series de pacientes con la enfermedad.

SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network): Agencia escocesa mutidisciplinaria que elabora guías de práctica clínica basadas en la evidencia así como documentos metodológicos sobre el diseño de las mismas

Soluciones de carbohidratos: En general, soluciones azucaradas.

STAN: análisis del segmento ST del electrocardiograma fetal.

TENS: La estimulación eléctrica nerviosa transcutánea es una técnica analgésica no invasiva basada en la estimulación electrica de fibras nerviosas aferentes a traves de la piel mediante la aplicación de unos electrodos. Su modo de acción se basa en el freno del impulso doloroso en la médula espinal, la liberación de endorfinas, la participacion en mecanismos centrales y el bloqueo nervioso periférico. Se trata de un metodo sencillo y con pocos efectos secundarios por lo que se ha estudiado su uso en analgesia obstétrica.

Tipos de Material de Sutura:

* ABSOBIBLES: materiales que pueden ser degradados por el tejido en el sitio donde se coloca. La absorción depende del tejido, del tipo de sutura, de la edad y del estado general del paciente. Existe una variedad de suturas:

NO SINTÉTICAS

Catgut. Elaborado de colágeno. Puede ser simple y cromado. Se utilizan en tejidos que cicatrizan rápido. Es ampliamente utilizada en cirugía ginecológica y genitourinaria.

SINTÉTICAS ABSORBIBLES

Están hechos de polímeros sintéticos. Producen menor reacción inflamatoria, son de más fácil manejo y tienen mayor resistencia a la tensión. ***Dexon***®: Es un polímero y ***Vicryl***®: Ácido láctico o lactato

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Abreviaturas

AGREE: Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe

AI: auscultación intermitente

CTG: cardiotocografía.

DMP: Diferencia de medias ponderadas

DE: Desviación estandar

ECA: ensayo clínico aleatorizado.

ECC: Ensayo clínico controlado

EEC: espinal-epidural combinada.

EE.UU.: Estados Unidos de América.

FCF: frecuencia cardíaca fetal.

GPC: guía de práctica clínica.

HPP: hemorragia posparto.

IC: intervalo de confianza.

IM: intramuscular.

IV: intravenoso.

LS: límite superior.

MEF: monitorización electrónica fetal.

MEFC: monitorización electrónica fetal continua.

MEFI: monitorización electrónica fetal intermitente

NE: nivel de evidencia.

NHS: National Health Service

NICE: *National Institute for Health and Clinical Excellence.*

PICO: Paciente/Intervención/Comparación/Outcome o Resultado

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OR: *odds ratios*

PCEA: analgesia epidural controlada por paciente.

RCTG: Registro cardiotocográfioco

RN: recién nacido.

RR: Riesgo relativo=razón de Riesgo

RS: revisión sistemática.

RS-MA: revisión sistemática-metaanálisis

SD: desviación estándar.

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

SIGN: *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

SPSS: Statistical Package for the Social Sciencies.

TENS: estimulación nerviosa eléctrica transcutánea.

UCI: unidad de cuidados intensivos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

BIBLIOGRAFÍA:

Abitbol MM, Castillo I, Udom-Rice I, Taylor U, Wang HP. Maternal complications following prolonged or arrested labor. J Matern Fetal Investig. 1994;4(1):9-13.

Abukhalil IH, Kilby MD, Aiken J, Persad V, Sinclair D, Johanson RB, et al. Can the frequency of vaginal examinations influence the duration of labour? A prospective randomised study. J Obstet Gynaecol. 1996;16(1):22-5.

Adams M. A Study of Communication in the Labour Ward. Research and the Midwife Conference Proceedings 1989. Manchester: Research and the Midwife. 1990:2-18.

ADAPTE. Manual for Guideline Adaptation. Version 1 0 2007;ADAPTE Collaboration.

Ahlden S, Andersch B, Stigsson L, et al. Prediction of sepsis neonatorum following a full-term pregnancy. Gynecol Obstet Invest. 1988;25(3):181-5.

Albers LL, Anderson D, Cragin L, Daniels SM, Hunter C, Sedler KD, et al. Factors related to perineal trauma in childbirth. J Nurse Midwifery. 1996;41(4):269-76.

Albers LL, Schiff M, Gorwoda JG. The length of active labor in normal pregnancies. Obstet Gynecol. 1996;87(3):355-9.

Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. J Midwifery Womens Health. 2005;50(5):365-72.

Albers LL. The duration of labor in healthy women. J Perinatol. 1999;19(2):114-9.

Alexander JM, Sharma SK, McIntire DD. Epidural analgesia lengthens the Friedman active phase of labor. Obstet Gynecol. 2002;100(1):46-50.

Alfirevic Z, Devane D, Gyte G. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database Syst Rev. 2006(3):CD006066.

American Society of Anesthesiologists (ASA) Task Force on Obstetric Anesthesia. Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. Anesthesiology. 2007;106(8):843-63.

Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-toskin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Systc Rev. 2003(2):CD003519.

Andrews CM, Chrzanowski M. Maternal position, labor, and comfort. Appl Nurs Res. 1990;3(1):7-13.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Risk factors for obstetric anal sphincter injury: a prospective study. Birth. 2006;33(2):117-22.

Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus nonepidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2005(4):CD000331.
Anonymous. World Health Organization partograph in management of labour. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Lancet. 1994;343(8910):1399-404.

Api O. Balcin ME. Ugurel V. Api M. Turan C. Unal O. The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: a randomized controlled trial. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2009; 88(3):320-4.

Arulkumaran S, Yang M, Ingemarsson PS, Singh P, Ratnam SS. Augmentation of labour: does oxytocin titration to achieve preset active contraction area values produce better obstetric outcome?. Asia Oceania J Obstet Gynaecol. 1989;15(4):333-7.

Asik I, Goktug A, Gulay I, Alkis N, Uysalel A. Comparison of bupivacaine 0.2% and ropivacaine 0.2% combined with fentanyl for epidural analgesia during labour. Eur J Anaesthesiol. 2002;19(4):263-70.

Bailit JL, Dierker L, Blanchard MH, Mercer BM. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. Obstet Gynecol. 2005;105(1):77-9.

Basevi V, Lavender T. Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos (Revisión Cochrane traducida). Oxford: Update software Ltd; 2003. Revisión sistemática; CD001236 [actualizado 17 Nov 2003; citado 24 Jun 2008] Disponible en: http://212.169.42.7/ newgenClibPlus/pdf/CD001236.pdf

Beckmann MM, Garrett AJ. Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal (Revisión Cochrane traducida) [Base de datos en Internet]. Oxford: Update software Ltd; 2008. Revisión sistemática; CD005123 [actualizado 16 Oct 2005; citado 13 May 2008] Disponible en: http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdfCD005123.pdf.

Beilin Y, Bodian CA, Weiser J, Hossain S, Arnold I, Feierman DE, et al. Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breast-feeding: a prospective, randomized, double-blind study. Anesthesiology 2005;103(6):1211-7.

Beilin Y, Nair A, Arnold I, Bernstein HH, Zahn J, Hossain S, et al. A comparison of epidural infusions in the combined spina epidural technique for labor analgesia. Anesth Analg. 2002;94(4):927-32.

Benhamou D, Hamza J, Eledjam JJ, Dailland P, Palot M, Seebacher J, et al. Continuous extradural infusion of ropivacaine 2mg ml-1 for pain relief during labour. Br J Anaesth. 1997;78(6):748-50.

Berg M, Lundgren I, Hermansson E, Wahlberg V. Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. Midwifery. 1996;12(1):11-5.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Bernard JM, Le RD, Frouin J. Ropivacaine and fentanyl concentrations in patient-controlled epidural analgesia during labor: a volume-range study. Anesth Analg. 2003;97(6):1800-7.

Bernard JM, Le Roux D, Vizquel L, Barthe A, Gonnet JM, Aldebert A, et al. Patient-controlled epidural analgesia during labor: the effects of the increase in bolus and lockout interval. Anesth Analg. 2000;90(2):328-32.

Bidgood KA, Steer PJ. A randomized control study of oxytocin augmentation of labour. 1. Obstetric outcome. Br J Obstet Gynaecol. 1987;94(6):512-17.

Blair JM, Dobson GT, Hill DA, McCracken GR, Fee JP. Patient controlled analgesia for labour: a comparison of remifentanil with pethidine. Anaesthesia. 2005;60(1):22-7.

Blanch G, Lavender T, Walkinshaw SA, Alfirevic Z. Dysfunctional labour: A randomised trial. Br J Obstet Gynaecol. 1998;105(1):117-20.

Blix E, Reiner LM, Klovning A, Oian P. Prognostic value of the labour admission test and its effectiveness compared with auscultation only: a systematic review. Br J Obstet Gynaecol. 2005;112(12):1595-604.

Bloom SL, Casey BM, Schaffer JI, McIntire DD, Leveno KJ. A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. Am J Obstet Gynecol. 2006;194(1):10-3.

Bloom SL, McIntire DD, Kelly MA, Beimer HL, Burpo RH, Garcia MA, et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. N Engl J Med. 1998;339(2):76-9.

Bolukbasi D, Sener EB, Sarihasan B, Kocamanoglu S, Tur A. Comparison of maternal and neonatal outcomes with epidural bupivacaine plus fentanyl and ropivacaine plus fentanyl for labor analgesia. Int J Obstet Anesth. 2005;14(4):288-93.

Bowen ML, Selinger M. Episiotomy closure comparing enbucrilate tissue adhesive with conventional sutures. Int J Gynecol Obstet. 2002;78:201-5.

Brancato RM, Church S, Stone PW. A meta-analysis of passive descent versus immediate pushing in nulliparus women with epidural analgesia in the second stage of labor. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2007;37(1):4-12.

Bricker L, Lavender T. Parenteral opioids for labor pain relief: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2002;186(5 Suppl Nature):S94-109.

Brown S, Lumley J. Changing childbirth: lessons from an Australian survey of 1336 women. Br J Obstet Gynaecol. 1998;105(2):143-55.

Brown S, Lumley J. Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. Birth. 1994;21(1):4-13.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Bucklin BA, Chestnut DH, Hawkins JL. Intrathecal opioids versus epidural local anesthetics for labor analgesia: a meta-analysis. Reg Anesth Pain Med. 2002;27(1):23-30.

Burke D, Henderson DJ, Simpson AM, Faccenda KA, Morrison LM, McGrady EM, et al. Comparison of 0.25% S(-)-bupivacaine with 0.25% RS-bupivacaine for epidural analgesia in labour. Br J Anaesth.1999;83(5):750-5.

Cammu H, Van Eeckhout E. A randomised controlled trial of early versus delayed use of amniotomy and oxytocin infusion in nulliparous labour. Br J Obstet Gynaecol. 1996;103(4):313-8.

Camorcia M, Capogna G, Columb MO. Minimum local analgesic doses of ropivacaine, levobupivacaine, and bupivacaine for intrathecal labor analgesia. Anesthesiology. 2005;102(3):646-50.

Campbell DC, Zwack RM, Crone LA, Yip RW. Ambulatory labor epidural analgesia: bupivacaine versus ropivacaine. Anesth Analg. 2000;90(6):1384-9.

Capogna G, Alahuhta S, Celleno D, De Vlieger H, Moreira J, Morgan B, et al. Maternal expectations and experiences of labour pain and analgesia: A multicentre study of nulliparous women. Int J Obstet Anesth. 1996;5(4):229-35.

Capogna G, Celleno D, Lyons G, Columb M, Fusco P. Minimum local analgesic concentration of extradural bupivacaine increases with progression of labour. Br J Anaesth. 1998;80(1):11-3.

Cardozo L, Pearce JM. Oxytocin in active-phase abnormalities of labor: a randomized study. Obstet Gynecol. 1990;75(2):182-7.

Carfoot S, Williamson P, Dickson R. A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. Midwifery. 2005;21(1):71-9.

Carroll D, Moore RA, Cramer MR, McQuay HJ. Transcutaneous electrical nerve stimulation does not relieve labor pain: updated systematic review. Contemp Rev Obstet Gynaecol. 1997;9(3):195-205.

Cascio MG, Gaiser RR, Camann WR, Venkateswaran P, Hawkins J, McCarthy D. Comparative evaluation of four different infusion rates of ropivacaine (2 mg/mL) for epidural labor analgesia. Reg Anesth Pain Med. 1998;23(6):548-53.

Ceriani Cernadas JM, Carroli G, Pellegrini L, Otano L, Ferreira M, Ricci C, et al. The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: a randomized, controlled trial. Pediatrics. 2006;117(4):779-86.

Chamberlain G, Steer P. Turnbull's Obstetrics. 3ª ed. London: Harcourt; 2001.

Chang MY, Wang SY, Chen CH. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. J Adv Nurs. 2002;38(1):68-73.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y este pendiente su actualización.

Chao AS, Chao A, Wang TH, Chang YC, Peng HH, Chang SD, et al. Pain relief by applying transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) on acupuncture points during the first stage of labor: a randomized double-blind placebo-controlled trial. Pain 2007 Feb;127(3):214-20.

Chaparro CM, Neufeld LM, Tena Alavez G, Eguia-Liz Cedillo R, Dewey KG. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial. Lancet. 2006;367(9527):1997-2004.

Chee YL, Crawford JC, Watson HG, Greaves M. Guideline on the assessment of bleeding risk prior to surgery or invasive procedures. Br J Haematol 2008;140(5):496-504.

Chelmow D, Kilpatrick SJ, Laros RK Jr. Maternal and neonatal outcomes after prolonged latent phase. Obstet Gynecol. 1993;81(4):486-91.

Chen LK, Hsu HW, Lin CJ, Huang CH, Tsai SK, Lee CN, et al. Effects of epidural fentanyl on labor pain during the early period of the first stage of induced labor in nulliparous women. J Formos Med Assoc. 2000;99(7):549-53.

Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. How long is too long: does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes?. Am J Obstet Gynecol. 2004;191(3):933-8.

Chestnut DH, McGrath JM, Vincent RD Jr, Penning DH, Choi WW, Bates JN, et al. Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are in spontaneous labor? Anesthesiology 1994;80(6):1201-8.

Chestnut DH, Owen CL, Bates JN, Ostman LG, Choi WW, Geiger MW. Continuous infusion epidural analgesia during labor: a randomized, double-blind comparison of 0.0625% bupivacaine/0.0002% fentanyl versus 0.125% bupivacaine. Anesthesiology. 1988;68(5):754-9.

Chestnut DH, Vincent RD Jr, McGrath JM, Choi WW, Bates JN. Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are receiving intravenous oxytocin? Anesthesiology 1994;80(6):1193-200.

Cheung NF. Choice and control as experienced by Chinese and Scottish childbearing women in Scotland. Midwifery. 2002;18(3):200-13.

Chua NP, Sia AT, Ocampo CE. Parturient-controlled epidural analgesia during labour: bupivacaine vs. ropivacaine. Anaesthesia. 2001;56(12):1169-73.

Chua SM, Sia AT. Automated intermittent epidural boluses improve analgesia induced by intrathecal fentanyl during labour. Can J Anaesth. 2004;51(6):581-5.

Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Immersion in water in pregnancy, labour and birth. Cochrane database Syst Rev. 2004(2):CD000111.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización

Cluett ER, Pickering RM, Getliffe K, St George Saunders NJ. Randomised controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labour. BMJ. 2004;328(7435):314-8.

Cohen GR, O'Brien WF, Lewis L, Knuppel RA. A prospective randomized study of the aggressive management of early labor. Am J Obstet Gynecol. 1987;157(5):1174-7.

Cohen WR. Influence of the duration of second stage labor on perinatal outcome and puerperal morbidity. Obstet Gynecol. 1977;49(3):266-9.

Combs CA, Laros Jr RK. Prolonged third stage of labor: Morbidity and risk factors. Obstet Gynecol. 1991;77(6):863-7.

Comparative Obstetric Mobile Epidural Trial (COMET) Study Group. Effect of low-dose mobile versus traditional epidural techniques on mode of delivery: a randomised controlled trial. Lancet. 2001;358(9275):19-23.

Cox J. Cotzias CS. Siakpere O. Osuagwu FI. Holmes EP. Paterson-Brown S. Does an inflatable obstetric belt facilitate spontaneous vaginal delivery in nulliparae with epidural analgesia? British Journal of Obstetrics & Gynaecology. 1999; 106(12):1280-6.

Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. Birth. 2000;27(2):104-11.

Croucher C, Azzopardi D. Compliance with recommendations for giving vitamin K to newborn infants. BMJ. 1994;308(6933):894-5.

Cuerva Carvajal A, Márquez Calderón S. Fase expulsiva del parto: comparación entre la posición de la mujer, vertical frente a horizontal, a través de los resultados maternos y fetales. Revisión sistemática de la literatura [Internet]. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; Informe 13/2006 [citado 14 May 2008] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/AETSA

Cuidados en el parto normal. Guía práctica de la OMS. Grupo técnico de trabajo OMS, Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1996.

Cummiskey KC, Gall SA, Yusoff DM. Pulsatile administration of oxytocin for augmentation of labor. Obstet Gynecol. 1989;74(6):869-72.

D'Athis F, Macheboeuf M, Thomas H, Robert C, Desch G, Galtier M, et al. Epidural analgesia with a bupivacaine-fentanyl mixture in obstetrics: comparison of repeated injections and continuous infusion. Can J Anaesth. 1988;35(2):116-22.

Dahiya P, Puri M, Rathee S. Influence of intraumbilical oxytocin on the third stage of labour. Indian J Med Sci. 1995;49(2):23-7.

Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004;83(4):364-8.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Demott K, Bick D, Norman R, Ritchie G, Turnbull N, Adams C, et al. Clinical Guidelines and Evidence Review for Post Natal Care: Routine Post Natal Care of Recently Delivered Women and Their Babies. London: National Collaborating Centre For Primary Care And Royal College Of General Practitioners; 2006.

Dickinson JE, Paech MJ, McDonald SJ, Evans SF. Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2003;43(6):463-8.

Downe S, Gerrett D, Renfrew MJ. A prospective randomised trial on the effect of position in the passive second stage of labour on birth outcome in nulliparous women using epidural analgesia. Midwifery. 2004;20(2):157-68.

Dresner M, Freeman J, Calow C, Quinn A, Bamber J. Ropivacaine 0.2% versus bupivacaine 0.1% with fentanyl: a double blind comparison for analgesia during labour. Br J Anaesth. 2000;85(6):826-9.

Dumas L, Landry I, Savoie A. Intervenir en perinatalite. L'importance des donnees probantes. Infirm Que. 2002;10(2):31-6. East CE, Begg L, Henshall NE, Marchant P, Wallace K. Frío local para el alivio del dolor producido por el trauma perineal prolongado durante el parto (Revisión Cochrane traducida) [Base de datos en Internet]. Oxford: Update software Ltd; 2008. Revisión sistemática; CD006304 [actualizado 11 Jul 2007; citado 13 May 2008] Disponible en: http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD006304.pdf

East CE, Chan FY, Colditz PB, Begg LM. Fetal pulse oximetry for fetal assessment in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2007(2):CD004075.

Eddleston JM, Holland JJ, Griffin RP, Corbett A, Horsman EL, Reynolds F. A double-blind comparison of 0.25% ropivacaine and 0.25% bupivacaine for extradural analgesia in labour. Br J Anaesth. 1996;76(1):66-71.

Eddleston JM, Maresh M, Horsman EL, Young H, Lacey P, Anderton J. Comparison of the maternal and fetal effects associated with intermittent or continuous infusion of extradural analgesia. Br J Anaesth. 1992;69(2):154-8.

Elbourne D, Wiseman RA. Types of intra-muscular opioids for maternal pain relief in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2000(2):CD001237.

Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2001(4):CD001808.

Elliott RD. Continuous infusion epidural analgesia for obstetrics: bupivacaine versus bupivacaine-fentanyl mixture. Can J Anaesth. 1991;38(3):303-10.

El-Moutaz H, El-Said A, Fouad M. Comparative study between 0.25% levobupivacaine and 0.25% racemic bupivacaine for epidural analgesia in labour. Egypt J Anesth. 2003;19(4):417-21.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización

Emhamed MO, Van RP, Brabin BJ. The early effects of delayed cord clamping in term infants born to Libyan mothers. Tropical Doctor. 2004;34(4):218-22.
en: http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD003521.pdf

Enever GR, Noble HA, Kolditz D, Valentine S, Thomas TA. Epidural infusion of diamorphine with bupivacaine in labour. A comparison with fentanyl and bupivacaine. Anaesthesia. 1991;46(3):169-73.

Eriksson M, Mattsson L, Ladfors L. Early or late bath during the first stage of labour: a randomised study of 200 women. Midwifery. 1997;13(3):146-8.

Eriksson SL, Olausson PO, Olofsson C. Use of epidural analgesia and its relation to caesarean and instrumental deliveries-a population based study of 94,217 primiparae. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005;128(1-2):270-5.

Estol PC, Piriz H, Basalo S, Simini F, Grela C. Oro-naso-pharyngeal suction at birth: effects on respiratory adaptation of normal term vaginally born infants. J Perinat Med. 1992;20(4):297-305.

Evron S, Glezerman M, Sadan O, Boaz M, Ezri T. Patient-controlled epidural analgesia for labor pain: effect on labor, delivery and neonatal outcome of 0.125% bupivacaine vs 0.2% ropivacaine. Int J Obstet Anesth. 2004;13(1):3-10.

Evron S, Glezerman M, Sadan O, Boaz M, Ezri T. A novel systemic analgesic for labor pain. Anesth Analg 2005;100:233-8.

Evron S, Ezri T, Protianov M, Muzikant G, Sadan O, Herman A, et al. The effects of remifentanilo or acetaminophen with epidural ropivacaine on body temperature during labor. Journal of Anesthesia 2008;22(2):105-11.

Ewen A, McLeod DD, MacLeod DM, Campbell A, Tunstall ME. Continuous infusion epidural analgesia in obstetrics. A comparison of 0.08% and 0.25% bupivacaine. Anaesthesia. 1986;41(2):143-7.

Ezra Y, Michaelson-Cohen R, Abramov Y, Rojansky N. Prelabor rupture of the membranes at term: When to induce labor?. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004;115(1):23-7.

Fairlie FM, Marshall L, Walker JJ, Elbourne D. Intramuscular opioids for maternal pain relief in labour: a randomised controlled trial comparing pethidine with diamorphine. Br J Obstet Gynaecol. 1999;106(11):1181-7.

Fear NT, Roman E, Ansell P, Simpson J, Day N, Eden OB. United Kingdom Childhood Cancer Study. Vitamin K and childhood cancer: a report from the United Kingdom Childhood Cancer Study. Br J Cancer. 2003;89(7):1228-31.

Federación de Asociaciones de Matronas de España. Definición de parto normal. Vélez-Málaga: FAME; 2006 [citado 12 Feb 2008]. Disponible en: www.federacion-matronas.org.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Fernandez-Guisasola J, Serrano ML, Cobo B, Munoz L, Plaza A, Trigo C, et al. A comparison of 0.0625% bupivacaine with fentanyl and 0.1% ropivacaine with fentanyl for continuous epidural labor analgesia. Anesth Analg. 2001;92(5):1261-5.

Finegold H, Mandell G, Ramanathan S. Comparison of ropivacaine 0.1%-fentanyl and bupivacaine 0.125%-- fentanyl infusions for epidural labour analgesia. Can J Anaesth. 2000;47(8):740-5.

Fleming VE, Hagen S, Niven C. Does perineal suturing make a difference? The suns trial. Br J Obstet Gynaecol. 2003;110(7):684-9.

Flynn AM, Kelly J, Hollins G,Lynch PF. Ambulation in labour. Br Med J. 1978;2(6137):591-3.

Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database Syst Rev. 2000(2):CD000015.

Friedman EA. The graphic analysis of labor. Am J Obstet Gynecol. 1954;68(6):1568-75.

Fujimoto M, Takeuchi K, Sugimoto M, Maruo T. Prevention of postpartum hemorrhage by uterotonic agents: comparison of oxytocin and methylergometrine in the management of the third stage of labor. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(11):1310-4.

Gaiser RR, Venkateswaren P, Cheek TG, Persiley E, Buxbaum J, Hedge J, et al. Comparison of 0.25% ropivacaine and bupivacaine for epidural analgesia for labor and vaginal delivery. J Clin Anesth. 1997;9(7):564-8.

Galligan M. Proposed guidelines for skin-to-skin treatment of neonatal hypothermia. MCN Am J Matern Child Nurs. 2006;31(5):298-304; quiz 5-6.

Gambling DR, Huber CJ, Berkowitz J, Howell P, Swenerton JE, Ross PL, et al. Patient-controlled epidural analgesia in labour: varying bolus dose and lockout interval. Can J Anaesth 1993;40(3):211-7.

Gambling DR, McMorland GH, Yu P, Laszlo C. Comparison of patientcontrolled epidural analgesia and conventional intermittent “top-up” injections during labor. Anesth Analg. 1990;70(3):256-61.

Gardner MR, Deatrick JA. Understanding interventions and outcomes in mothers of infants. Issues Compr Pediatr Nurs. 2006;29(1):25-44.

Garg P, Batra S, Gandhi G. Oral misoprostol versus injectable methylergometrine in management of the third stage of labor. Int J Gynaecol Obstet. 2005;91(2):160-1.

Gary Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap III L, Wenstrom K. Anatomía y fisiología. Capitulo 6: Parto. En: McGraw- Hill-Interamericana, ed. Obstetricia de Williams 22ª ed. México: McGraw-Hill 2006:151-86.

Ghulmiyyah LM, Wehbe SA, Saltzman SL, Ehleben C, Sibai BM. Intraumbilical vein injection of oxytocin and the third stage of labor: randomized double-blind placebo trial. Am J Perinatol. 2007;24(6):347-52.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Gleeson NC, Griffith AP. The management of the second stage of labour in primiparae with epidural analgesia. Br J Clin Pract. 1991;45(2):90-1.

Goldbloom RB. Prophylaxis for gonococcal and chlamydial ophthalmia neonatorum. En: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: health Canada. 1994. p168-75.

Golding J, Greenwood R, Birmingham K, Mott M. Childhood cancer, intramuscular vitamin K, and pethidine given during labour. BMJ. 1992;305(6849):341-6.

Gordon B, Mackrodt C, Fern E, Truesdale A, Ayers S, Grant A. The Ipswich Childbirth Study: 1. A randomised evaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured. Br J Obstet Gynaecol. 1998;105:435-40.

Grant A, Gordon B, Mackrodat C, Fern E, Truesdale A, Ayers S. The Ipswich childbirth study: one year follow up of alternative methods used in perineal repair. Br J Obstet Gynaecol. 2001;108(1):34-40.

Grant A. The choice of suture materials and techniques for repair of perineal trauma: an overview of the evidence from controlled trials. Br J Obstet Gynaecol. 1989;96:1281-9.

Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. Birth. 2003;30(4):235-47.

Greenberg JA, Lieberman E, Cohen AP, Ecker JL. Randomized comparison of chromic versus fast-absorbing polyglactin 910 for postpartum perineal repair. Obstet Gynecol. 2004;103(6):1308-13.

Gross MM, Drobnic S, Keirse MJN. Influence of fixed and timedependent factors on duration of normal first stage labor. Birth. 2005;32(1):27-33.

Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS 2007;Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2006/01.

Gülmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandinas para la prevención de la hemorragia posparto (Revisión Cochrane traducida). [Base de datos en Internet]. Oxford: Update software Ltd; 2008. Revisión sistemática; CD000494 [actualizado 23 May 2007; citado 26 Ago 2008] Disponible en: http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/ CD000494.pdf

Gulmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 2004(1):CD000494.

Gungor S, Teksoz E, Ceyhan T, Kurt E, Goktolga U, Baser I. Oronasopharyngeal suction versus no suction in normal, term and vaginally born infants: a prospective randomised controlled trial. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2005;45(5):453-6.

Han transcurrido más de 6 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position for women during second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2004(1):CD002006.

Halldorsdottir S, Karlsdottir SI. Empowerment or discouragement: women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. Health Care Women Int. 1996;17(4):361-79.

Halldorsdottir S, Karlsdottir SI. Journeying through labour and delivery: perceptions of women who have given birth. Midwifery. 1996;12(2):48-61.

Halonen P, Sarvela J, Saisto T, Soikkeli A, Halmesmaki E, Korttila K. Patient-controlled epidural technique improves analgesia for labor but increases cesarean delivery rate compared with the intermittent bolus technique. Acta Anaesthesiol Scand. 2004;48(6):732-7.

Halpern SH, Breen TW, Campbell DC, Muir HA, Kronberg J, Nunn R, et al. A multicenter, randomized, controlled trial comparing bupivacaine with ropivacaine for labor analgesia. Anesthesiology. 2003;98(6):1431-5.

Hannah ME, Hodnett ED, Willan A, et al. Prelabor rupture of the membranes at term: expectant management at home or in hospital? The TermPROM Study Group. Obstet Gynecol. 2000;96(4):533-8.

Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. JAMA. 2005;293(17):2141-8.

Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev 2008;(Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2).

Herbst A, Ingemarsson I. Intermittent versus continuous electronic monitoring in labour: a randomized study. Br J Obstet Gynaecol. 1994;101:663-8.

Hicks JA, Jenkins JG, Newton MC, Findley IL. Continuous epidural infusion of 0.075% bupivacaine for pain relief in labour. A comparison with intermittent top-ups of 0.5% bupivacaine. Anaesthesia. 1988 Apr;43(4):289-92.

Hill JB, Alexander JM, Sharma SK, McIntire DD, Leveno KJ. A comparison of the effects of epidural and meperidine analgesia during labor on fetal heart rate. Obstet Gynecol. 2003;102(2):333-7.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida) [Base de datos en Internet]. Oxford: Update software Ltd; 2008. Revisión sistemática; CD003766 [actualizado 2007; citado 14 May 2008] Disponible en: http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD003766.pdf

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2007(3):CD003766.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2002;186(5 Suppl Nature):S160-72.

Hofmeyr GJ. Prophylactic intravenous preloading for regional analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2004(4):CD000175.

Holmes P, Oppenheimer LW, Wen SW. The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. Br J Obstet Gynaecol. 2001;108(11):1120-4.

House of Commons Health Committee. Second Report on Maternity Services (Winterton Report). London: HMSO; 1992.
http://212.169.42.7/newgenclibPlus/pdf/CD000947.pdf .

Hughes D, Hill D, Fee JP. Intrathecal ropivacaine or bupivacaine with fentanyl for labour. Br J Anaesth. 2001;87(5):733-7.

Hughes D, Simmons SW, Brown J, Cyna AM. Combined spinalepidural versus epidural analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2003(4):CD003401.

Huntley AL, Coon JT, Ernst E. Complementary and alternative medicine for labor pain: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2004;191(1):36-44.

Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord I full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. JAMA. 2007;297(11):1241-52.

International Federation of Gynecology and Obstetrics. Guidelines for the use of fetal monitoring. Int J Gynaecol Obstet. 1987;25:15-67.

Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG; 2007.

Irestedt L, Ekblom A, Olofsson C, Dahlstrom AC, Emanuelsson BM. Pharmacokinetics and clinical effect during continuous epidural infusion with ropivacaine 2.5 mg/ml or bupivacaine 2.5 mg/ml for labour pain relief. Acta Anaesthesiol Scand. 1998;42(8):890-6.

Isenor L, Penny-MacGillivray T. Intravenous meperidine infusion for obstetric analgesia. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1993;22(4):349-56.

Jago AA, Ezechi OC, Achinge GI, Okunlola MA. Effect of oxytocics on the blood pressure of normotensive Nigerian parturients. J Matern Fetal Neonatal Med. 2007;20(9): 703-5.

Jamal A, Kalantari R. High and low dose oxytocin in augmentation of labor. Int J Gynaecol Obstet. 2004;87(1):6-8.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Janni W, Schiessl B, Peschers U, Huber S, Strobl B, Hantschmann P, et al. The prognostic impact of a prolonged second stage of labor on maternal and fetal outcome. Acta Obstet Gynecol Scand. 2002;81(3):214-21.

Janssen PA, Iker CE, Carty EA. Early labour assessment and support at home: a randomized controlled trial. J Obstet Gynaecol Can. 2003;25(9):734-41.

Jansson UM, Mustafa T, Khan MA, Lindblad BS, Widström AM. The effects of medically-orientated labour ward routines on prefeeding behaviour and body temperature in newborn infants. J Trop Pediatr. 1995;41(6):360-3.

Jefferies J. Work group leader. Health care guideline: Management of labor. 2º ed. Minnesota: Institute for Clinical Systems Improve; 2007.

Jiménez R. Cuidados del recién nacido normal. En: Delgado Rubio, coordinador. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de neonatología en Pediatría.[Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2002 [citado 24 Jun 2008]. Disponible en: http://www.aeped.es/ protocolos/neonatologia/index.htm

Jordan S, Emery S, Bradshaw C, Watkins A, Friswell W. The impact of intrapartum analgesia on infant feeding. Br J Obstet Gynaecol 2005;112(7):927-34.

Kabukoba JJ, Pearce JM. The design, effectiveness and acceptability of the arm sleeve for the prevention of body fluid contamination during obstetric procedures. Br J Obstet Gynaecol. 1993;100(8):714-16.

Keane HE, Thornton JG. A trial of cetrimide/chlorhexidine or tap water for perineal cleaning. Br J Midwifery. 1998;6(1):34-7.

Keskin HL, Keskin EA, Avsar AF, Tabuk M, Caglar GS. Pethidine versus tramadol for pain relief during labor. Int J Gynaecol Obstet. 2003;82(1):11-6.

Kettle C HR, Ismail KMK. Suturas continuas versus interrumpidas para la reparación de la episiotomía o los desgarros de segundo grado (Revisión Cochrane traducida) [Bases de datos en Internet]. Oxford: Update software Ltd; 2008. Revisión sistemática; CD000947 [actualizada 12 Jul 2007; citado 10 Jun 2008] Disponible en:

Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. Lancet. 2002;359(9325):2217-23.

Kettle C, Johanson RB. Absorbable synthetic versus catgut suture material for perineal repair. Cochrane Database Syst Rev. 2000(2): CD000006.

Kettle C, Johanson RB. Continuous versus interrupted sutures for perineal repair. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(4):CD000947

Kilpatrick SJ, Laros RK. Characteristics of normal labor. Obstet Gynecol. 1989;74(1):85-7.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Kindberg S, Stehouwer M, Hvidman L, Henriksen TB. Postpartum perineal repair performed by midwives: a randomised trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured. Br J Obstet Gynaecol. 2008;115(4):472-9.

Klein MC, Kelly A, Kaczorowski J, Grzybowski S. The effect of family physician timing of maternal admission on procedures in labour and maternal and infant morbidity. J Obstet Gynaecol Can. 2004;26(7):641-5.

Knauth DG, Haloburdo EP. Effect of pushing techniques in birthing chairs on length of second stage of labor. Nurs Res. 1986;35(1):49-51.

Kovavisarach E, Jaravechson S. Comparison of perforation between single and double-gloving in perineorrhaphy after vaginal delivery: a randomized controlled trial. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1998;38(1):58-60.

Kovavisarach E, Rojsangruang S. Effect of umbilical vein oxytocin injection on the third stage of labor: A randomized controlled study. J Med Assoc Thai. 1998;81(9):693-7.

Kubli M, Scrutton MJ, Seed PT, O'Sullivan G. An evaluation of isotonic "sport drinks" during labor. Anesth Analg. 2002;94(2):404-8.

Kuo YC, Chen CP, Wang KG. Factors influencing the prolonged second stage and the effects on perinatal and maternal outcomes. J Obstet Gynaecol Res. 1996;22(3):253-7.

Laine K, Pirhonen T, Rolland R, Pirhonen J. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. Obstet Gynecol. 2008 May;111(5):1053-7.

Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. BMC Med. 2008;6(7):1-10.

Lam H, Tang OS, Lee CP, et al. A pilot-randomized comparison of sublingual misoprostol with syntometrine on the blood loss in third stage of labor. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004;83(7):647-50.

Lamont RF, Pinney D, Rodgers P, Bryant TN. Continuous versus intermittent epidural analgesia. A randomised trial to observe obstetric outcome. Anaesthesia. 1989;44(11):893-6.

Langenbach C. Misoprostol in preventing postpartum hemorrhage: A meta-analysis. Int J Gynaecol Obstet. 2006;92(1):10-8.
Lavender T, Alfirevic Z, Walkinshaw S. Effect of different partogram action lines on birth outcomes: A randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2006;108(2):295-302.

Lavender T, Alfirevic Z, Walkinshaw S. Partogram action line study: a randomised trial. Br J Obstet Gynaecol. 1998;105(9):976-80.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Lavender T, Hart A, Walkinshaw S, Campbell E, Alfirevic Z. Progress of first stage of labour for multiparous women: an observational study. Br J Obstet Gynaecol. 2005;112(12):1663-5.

Lavender T, Stephen A, Walkinshaw SA. A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. Midwifery. 1999;15:40-6.

Lazor LZ, Philipson EH, Ingardia CJ, Kobetitsch ES, Curry SL. A randomized comparison of 15- and 40-minute dosing protocols for labor augmentation and induction. Obstet Gynecol. 1993;82(6):1009-12.

Lederman RP, Lederman E, Work BJ, McCann DS. The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor. Am J Obstet Gynecol. 1978;132(5):495-500.

Lee BB, Ngan Kee WD, Ng FF, Lau TK, Wong EL. Epidural infusions of ropivacaine and bupivacaine for labor analgesia: a randomized, doubleblind study of obstetric outcome. Anesth Analg. 2004;98(4):1145-52.

Leighton BL, Halpern SH. The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2002;186(5):S69-S77.

Levran D, Shoham Z, Geranek M, Greenwald M, Mashiach S. The value of amnioscopy. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1988;28(4):271-4.

Li DF, Rees GA, Rosen M. Continuous extradural infusion of 0.0625% or 0.125% bupivacaine for pain relief in primigravid labour. Br J Anaesth. 1985;57(3):264-70.

Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyananjarassri K, Islam QM. Uso profiláctico de alcaloides del cornezuelo del centeno en la etapa expulsiva del trabajo del parto (Revisión Cochrane traducida).): [Base de datos en Internet]. Oxford: Update software Ltd; 2008. Revisión sistemática; CD005456 [actualizado 12 Feb 2007; citado 26 Ago 2008] Disponible en: http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD005456.pdf

Lieberman E, Davidson K, Lee-Parritz A, Shearer E. Changes in fetal position during labor and their association with epidural analgesia. Obstet Gynecol. 2005;105(51):974-82.

Lim Y, Ocampo CE, Sia AT. A comparison of duration of analgesia of intrathecal 2.5mg of bupivacaine, ropivacaine, and levobupivacaine in combined spinal epidural analgesia for patients in labor. Anesth Analg. 2004;98(1):235-9.

Lim Y, Sia AT, Ocampo C. Automated regular boluses for epidural analgesia: a comparison with continuous infusion. Int J Obstet Anesth.2005;14(4):305-9.

Lim Y, Sia AT, Ocampo CE. Comparison of intrathecal levobupivacaine with and without fentanyl in combined spinal epidural for labor analgesia. Med Sci Monit. 2004;10(7):PI87-91.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Locatelli A, Regalia AL, Patregnani C, Ratti M, Toso L, Ghidini A. Prognostic value of change in amniotic fluid color during labor. Fetal Diagn Ther. 2005;20(1):5-9.

Lopez-Zeno JA, Peaceman AM, Adashek JA, Adashek JA, Socol ML. A controlled trial of a program for the active management of labor. N Engl J Med. 1992;326(7):450-4.

Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B, Tolosa JE. Vaginal chlorhexidine during labour for preventing maternal and neonatal infections (excluding Group B Streptococcal and HIV). Cochrane Database Syst Rev. 2004(4):CD004070.

Lund C, Kuller J, Lane A, Wright Lott J, Raines DA. Neonatal skin care: the scientific basis for practice. Neonatal Netw. 1999;18(4):15-27.

Luxman D, Wolman I, Groutz A, Cohen JR, Lottan M, Pauzner D, et al. The effect of early epidural block administration on the progression and outcome of labor. Int J Obstet Anesth. 1998;7(3):161-4.

Lyons G, Columb M, Wilson RC, Johnson RV. Epidural pain relief in labour: potencies of levobupivacaine and racemic bupivacaine. Br J Anaesth. 1998;81(6):899-901.

MacArthur A, MacArthur C, Weeks S. Epidural anaesthesia and low back pain after delivery: a prospective cohort study. Br Med J. 1995;311(7016):1336-9.

MacArthur C. A randomised controlled trial of mobile and non-mobile techniques of regional analgesia for labour, evaluating short and long term outcomes [Internet] [citado 20 Jun 2008] Disponible en: www. ReFeR.nhs.uk/ViewRecord.asp?ID=1210

MacDonald D, Grant A, Sheridan-Pereira M, Boylan P, Chalmers I. The Dublin randomized controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring. Am J Obstet Gynecol. 1985;152:524-39

Maceiras Rozas MC, Salgado Barreira A, Atienza Merino G. La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innnovación. Avalia-t 2007;/03.

MacLennan AH, Crowther C, Derham R. Does the option to ambulate during spontaneous labour confer any advantage or disadvantage?. J Matern Fetal Investig. 1994;3(1):43-8.

Magann EF, Evans S, Chauhan SP, Lanneau G, Fisk AD, Morrison JC. The length of the third stage of labor and the risk of postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol. 2005;105(2):290-3.

Mahomed K, Nyoni R, Mulambo T, Kasule J, Jacobus E. Randomised controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring. BMJ. 1994;308(6927):497-500.

Mahon TR, Chazotte C, Cohen WR. Short labor: characteristics and outcome. Obstet Gynecol. 1994;84(1):47-51.

Han trascurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Majoko F. Effectiveness and safety of high dose oxytocin for augmentation of labour in nulliparous women. Cent Afr J Med. 2001;47(11-12):247-50.

Manogin TW, Bechtel GA, Rami JS. Caring behaviors by nurses: women's perceptions during childbirth. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2000;29(2):153-7.

Mardirosoff C, Dumont L, Boulvain M, Tramer MR. Fetal bradycardia due to intrathecal opioids for labour analgesia: a systematic review. Int J Gynaecol Obstet. 2002;109(3):274-81.

Martensson L, Wallin G. Sterile water injections as treatment for low-back pain during labour: a review. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2008;48(4):369-74.

Martensson L, Stener-Victorin E, Wallin G. Acupunture versus subcuaneous injections of sterile water as treatment of labour pain. Acta Obstet Gynecol Scand 2008;87(2):171-7.

Martínez MM, López Farfan JA, Ramos Álvarez G, López Colombo A. Oxitocina transvena umbilical para acortar el tercer periodo de trabajo de parto. Ginecol Obstet Mex. 2006;74(2):89-94.

Marucci M, Cinnella G, Perchiazzi G, Brienza N, Fiore T. Patientrequested Neuraxial Analgesia for Labor. Impact on Rates of Cesarean and Instrumental Vaginal Delivery. Anesthesiology. 2007;106(5):1035- 45.

Mayberry LJ, Clemmens D, De A. Epidural analgesia side effects, co-interventions, and care of women during childbirth: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2002;186(5 Suppl Nature):S81-S93.

Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K, Rabl M, Kaider A, Wagenbichler P, et al. Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. J Reprod Med. 2002;47(6):477-82.

McCandlish R, Bowler U, van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. Br J Obstet Gynaecol. 1998;105(12):1262-72.

McCrae AF, Jozwiak H, McClure JH. Comparison of ropivacaine and bupivacaine in extradural analgesia for the relief of pain in labour. Br J Anaesth. 1995;74(3):261-5.

McCrae AF, Westerling P, McClure JH. Pharmacokinetic and clinical study of ropivacaine and bupivacaine in women receiving extradural analgesia in labour. Br J Anaesth. 1997;79(5):558-62.

McDonald S, Abbott JM, Higgins SP. Prophylactic ergometrineoxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2004 (1):CD000201.

McDonald SJ, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2008(2):CD004074.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

McInnes RJ, Hillan E, Clark D, Gilmour H. Diamorphine for pain relief in labour : a randomised controlled trial comparing intramuscular injection and patient-controlled analgesia. Br J Obstet Gynaecol. 2004;111(10):1081-9.

McKay S, Smith SY. “What are they talking about? Is something wrong?” Information sharing during the second stage of labor. Birth. 1993;20(3):142-7.

McKay S. Shared power: The essence of humanized childbirth. J Prenatal Neonatal Psychol Health. 1991;5(4):283-95.

McNiven PS, Wiliams JI, Hodnett E, Kaufman K, Hannah ME. An early labour assessment program: a randomised controlled trial. Birth. 1998;25(1):5-10.

Meister GC, D’Angelo R, Owen M, Nelson KE, Gaver R. A comparison of epidural analgesia with 0.125% ropivacaine with fentanyl versus 0.125% bupivacaine with fentanyl during labor. Anesth Analg. 2000;90(3):632-7.

Menticoglou SM, Manning F, Harman C, Morrison I. Perinatal outcome in relation to second-stage duration. Am J Obstet Gynecol. 1995;173(3 Pt 1):906-12.

Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Evidencebased practices for the fetal to newborn transition. J Midwifery Womens Health. 2007;52(3):262-72.

Merrill DC, Zlatnik FJ. Randomized, double-masked comparison of oxytocin dosage in induction and augmentation of labor. Obstet Gynecol. 1999;94(3):455-63.

Merson N. A comparison of motor block between ropivacaine and bupivacaine for continuous labor epidural analgesia. AANA J. 2001;69(1):54-8.

Mikiel KK, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study Acta Paediatr. 2002;91(12):1301-6.

Ministerio de Salud. Guía Clínica Analgesia del Parto. Santiago de Chile: Minsal, 2007.
Ministerio de Sanidad y Consumo; Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. [Monografía en Internet].Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [citado 20 Abr 2008].Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/atencionParto/estrategiaPartoEnero2008.pdf.

Minty RG, Kelly L, Minty A, Hammett DC. Single-dose intrathecal analgesia to control labour pain: is it a useful alternative to epidural analgesia? . Can Fam Physician 2007;53(3):437-42.

Molina FJ, Sola PA, Lopez E, Pires C. Pain in the first stage of labor: relationship with the patient’s position. J Pain Symptom Manage.1997;13(2):98-103.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización

Moon JM, Smith CV, Rayburn WF. Perinatal outcome after a prolonged second stage of labor. J Reprod Med. 1990;35(3):229-31.

Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). [Base de datos en Internet]. Oxford: Update software Ltd; 2008. Revisión sistemática; CD003519 [actualizado 03 Abr 2007; citado 27 Ago 2008]. Disponible en: http:// http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD003519.pdf

Morgan-Ortiz F, Quintero-Ledezma JC, Perez-Sotelo JA. Evolution and quality of care during labor and delivery in primiparous patients who underwent early obstetrical analgesia. Ginecol Obstet Mex. 1999;67:522-6.

Morley-Forster PK, Reid DW, Vandeberghe H. A comparison of patient-controlled analgesia fentanyl and alfentanil for labour analgesia. Can J Anaesth. 2000;47(2):113-9.

Mousa HA, Alfirevic Z. Tratamiento para la hemorragia postparto primaria (Revisión Cochrane traducida). [Base de datos en Internet]. Oxford: Update software Ltd; 2008. Revisión sistemática; CD003249 [actualizado 14 Nov 2006; citado 26 Ago 2008]. Disponible en: http:// http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD003249.pdf

Muir HA, Writer D, Douglas J, Weeks S, Gambling D, Macarthur A. Double-blind comparison of epidural ropivacaine 0.25% and bupivacaine 0.25%, for the relief of childbirth pain. Can J Anaesth. 1997;44(6):599-604.

Myles TD, Santolaya J. Maternal and neonatal outcomes in patients with a prolonged second stage of labor. Obstet Gynecol. 2003;102(1):52-8.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.
National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean Section. Clinical Guideline. London: RCOG Press; 2004.

National Institute for Clinical Excellence. Infection Control: Prevention of Healthcare-Associated Infection in Primary and Community Care. London: National Institute for Clinical Excellence; 2003.

Neilson JP. Fetal electrocardiogram (ECG) for fetal monitoring during labour. Cochrane Database Syst Rev. 2006(3):CD000116.

Nelson KE, Eisenach JC. Intravenous butorphanol, meperidine, and their combination relieve pain and distress in women in labor. Anesthesiology. 2005;102(5):1008-13.

Noble HA, Enever GR, Thomas TA. Epidural bupivacaine dilution for labour. A comparison of three concentrations infused with a fixed dose of fentanyl. Anaesthesia. 1991;46(7):549-52.

O´Sullivan G, Liu B, Hart D, Seed P, Shennan A. Effect of food intake during labour on obstetrics outcome: randomised controlled trial. BMJ 2009;338-b784.

Han transcurrido mas de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Oboro VO, Tabowei TO, Loto OM, Bosah JO. A multicentre evaluation of the two-layered repair of postpartum perineal trauma. J Obstet Gynaecol. 2003;23(1):5-8.

Ohel G, Gonen R, Vaida S, Barak S, Gaitini L. Early versus late initiation of epidural analgesia in labor: does it increase the risk of cesarean section? A randomized trial. Am J Obstet Gynecol. 2006;194(3):600-5.

Ojala K, Vaarasmaki M, Makikallio K, Valkama M, Tekay A. A comparison of intrapartum automated fetal electrocardiography and conventional cardiotocography – a randomised controlled study. Br J Obstet Gynaecol. 2006;113(4):419-23.

Olofsson C, Ekblom A, Ekman-Ordeberg G, Granstrom L, Irestedt L. Analgesic efficacy of intravenous morphine in labour pain: A reappraisal. Int J Obstet Anesth. 1996;5(3):176-80.

Owen MD, D'Angelo R, Gerancher JC, Thompson JM, Foss ML, Babb JD, et al. 0.125% ropivacaine is similar to 0.125% bupivacaine for labor analgesia using patient-controlled epidural infusion. Anesth Analg. 1998;86(3):527-31.

Owen MD, Thomas JA, Smith T, Harris LC, D'Angelo R. Ropivacaine 0.075% and bupivacaine 0.075% with fentanyl 2 microg/mL are equivalent for labor epidural analgesia. Anesth Analg. 2002;94(1):179-83.

Oxford Centre for Evidence-based Medicine [sitio web].Oxford. Levels of Evidence and Grades of Recommendation. Disponible en: http://www cebm net/index aspx?o=1047 2001.

Ozcan T, Sahin G, Senoz S. The effect of intraumbilical oxytocin on the third stage of labour. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1996;36(1):9-11.

Paech MJ, Pavy TJ, Sims C, Westmore MD, Storey JM, White C. Clinical experience with patient-controlled and staff-administered intermittent bolus epidural analgesia in labour. Anaesth Intensive Care. 1995;23(4):459-63.

Paech MJ. Epidural analgesia in labour: constant infusion plus patientcontrolled boluses. Anaesth Intensive Care. 1991;19(1):32-9.

Parnell C, Langhoff-Roos J, Iversen R, Damgaard P. Pushing method in the expulsive phase of labor. A randomized trial. Acta Obstet Gynecol Scand. 1993;72(1):31-5.

Parpaglioni R, Capogna G, Celleno D. A comparison between lowdose ropivacaine and bupivacaine at equianalgesic concentrations for epidural analgesia during the first stage of labor. Int J Obstet Anesth. 2000;9(2):83-6.

Paterson CM, Saunders NS, Wadsworth J. The characteristics of the second stage of labour in 25,069 singleton deliveries in the North West Thames Health Region, 1988. Br J Obstet Gynaecol. 1992;99(5):377-80.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Pattinson RC, Howarth GR, Mdluli W, Macdonald AP, Makin JD, FunK M. Aggressive or expectant management of labour: a randomised clinical trial. Br J Obstet Gynaecol. 2003;110(5):457-61.

Philip J, Alexander JM, Sharma SK, Leveno KJ, McIntire DD, Wiley J. Epidural analgesia during labor and maternal fever. Anesthesiology. 1999;90(5):1271-5.

Pirbudak L, Tuncer S, Kocoglu H, Goksu S, Celik C. Fentanyl added to bupivacaine 0.05% or ropivacaine 0.05% in patient-controlled epidural analgesia in labour. Eur J Anaesthesiol. 2002;19(4):271-5.

Polley LS, Columb MO, Naughton NN, Wagner DS, van de Ven CJ, Goralski KH. Relative analgesic potencies of levobupivacaine and ropivacaine for epidural analgesia in labor. Anesthesiology. 2003;99(6):1354-8.

Porter J, Bonello E, Reynolds F. Effect of epidural fentanyl on neonatal respiration. Anesthesiology. 1998;89(1):79-85.

Porter KB, O'Brien WF, Collins MK, Givens P, Knuppel R, Bruskivage L. A randomized comparison of umbilical vein and intravenous oxytocin during the puerperium. Obstet Gynecol. 1991;78(2):254-6.

Poulain P, Mercier C. Fetal assessment of the labor admission in low risk pregnancies. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2008;37(suppl 1):S16-22.

Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2000(3):CD000007.

Puckett RM, Offringa M. Uso profiláctico de vitamina K para la hemorragia por deficiencia de vitamina K en recién nacidos (Revisión Cochrane traducida). [Base de datos en Internet]. Oxford: Update software Ltd; 2008. Revisión sistemática; CD002776 [actualizado 06 Ago 2006; citado 04 Jun 2008]. Disponible en: http:// http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD002776.pdf

Punyatanasakchai P, Chittacharoen A, Ayudhya NI. Randomized controlled trial of glove perforation in single- and double-gloving in episiotomy repair after vaginal delivery. J Obstet Gynaecol Res. 2004;30(5):354-7.

Purdie NL, McGrady EM. Comparison of patient-controlled epidural bolus administration of 0.1% ropivacaine and 0.1% levobupivacaine, both with 0.0002% fentanyl, for analgesia during labour. Anaesthesia. 2004;59(2):133-7.

Ragnar I, Altman D, Tyden T, Olsson SE. Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions – a randomised controlled trial. Br J Obstet Gynaecol. 2006;113(2):165-70.

Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmen A, Jouppila P, et al. Maternal expectations and experiences of labour pain – options of 1091 Finnish parturients. Acta Anaesthesiol Scand. 1995;39(1):60-6.

Reddy VV, Carey JC. Effect of umbilical vein oxytocin on puerperal blood loss and length of the third stage of labor. Am J Obstet Gynecol. 1989;160(1):206-8.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Renfrew MJ, Dyson L, Wallace L, Souza D, McCormick F, Spiby H. The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding: systematic review Part 1. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. 2005.

Reveiz L GH, Cuervo LG. Enemas durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida) [Base de datos Internet]. Oxford: Update software Ltd; 2007. Revisión sistemática; CD000330 [actualizado 30 Jul 2007; citado 20 Jun 2008] Disponible en: http://212.169.42.7/newgenClibPlus/ pdf/CD000330.pdf

Reynolds F, Russell R, Porter J, Smeeton N. Does the use of low dose bupivacaine/opioid epidural infusion increase the normal delivery rate? Int J Obstet Anesth. 2003;12(3):156-63.

Reynolds F, Sharma SK, Sharma SK, Seed PT. Analgesia in labour and fetal acid-base balance: a meta-analysis comparing epidural with systemic opioid analgesia. Br J Obstet Gynaecol. 2002;109(12):1344-53.

Roberts CL, Algert CS, Cameron CA, Torvaldsen S. A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005;84(8):794-8.

Roberts CL, Algert CS, Olive E. Impact of first-stage ambulation on mode of delivery among women with epidural analgesia. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2004;44(6):489-94.

Roberts CL, Torvaldsen S, Cameron CA, Olive E. Delayed versus early pushing in women with epidural analgesia: a systematic review and meta-analysis. Br J Obstet Gynaecol. 2004;111(12):1333-40.

Roman E, Fear NT, Ansell P, Bull D, Draper G, McKinney P, et al. Vitamin K and childhood cancer: analysis of individual patient data from six case-control studies. Br J Cancer. 2002;86(1):63-9.

Rosen MA. Nitrous oxide for relief of labor pain: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2002;186(5 Suppl Nature):S110-26.

Ross JA, Davies SM. Vitamin K prophylaxis and childhood cancer. Med Pediatr Oncol. 2000;34(6):434-7.

Rouse DJ, McCullough C, Wren AL, Owen J, Hauth JC. Active-phase labor arrest: a randomized trial of chorioamnion management. Obstet Gynecol. 1994;83(6):937-40.

Russell R, Quinlan J, Reynolds F. Motor block during epidural infusions for nulliparous women in labour: a randomized double-blind study of plain bupivacaine and low dose bupivacaine with fentanyl. Int J Obstet Anesth. 1995;4(2):82-8.

Russell R, Reynolds F. Epidural infusion of low-dose bupivacaine and opioid in labour. Does reducing motor block increase the spontaneous delivery rate? Anaesthesia. 1996;51(3):266-73.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización

Sah N, Vallejo MC, Ramanathan S, Golebiewski K. Bupivacaine versus L-bupivacaine for labor analgesia via combined spinal-epidural: a randomized, double-blinded study. J Clin Anesth. 2005;17(2):91-5.

Saito M, Okutomi T, Kanai Y, Mochizuki J, Tani A, Amano K, et al. Patient-controlled epidural analgesia during labor using ropivacaine and fentanyl provides better maternal satisfaction with less local anesthetic requirement. J Anesth. 2005;19(3):208-12.

Salmon D. A feminist analysis of women's experiences of perineal trauma in the immediate post-delivery period. Midwifery. 1999;15(4):247-56.

Sanders J, Peters TJ, Campbell R. Does lidocaine spray reduce perineal pain during spontaneous vaginal delivery? A randomised controlled trial [Base de datos en Internent]. London: Current Controlled Trials 2006 Disponible en : www.controlled-trials.com/isrctn/trial/ ISRCTN99732966/0/99732966.html .

Satin AJ, Leveno KJ, Sherman L, McIntire D. High-dose oxytocin: 20- versus 40-minute dosage interval. Obstet Gynecol. 1994;83(2):234-8.

Saunders NS, Paterson CM, Wadsworth J. Neonatal and maternal morbidity in relation to the length of the second stage of labour. Br J Obstet Gynaecol. 1992;99(5):381-5.

Schaffer JI, Bloom SL, Casey BM, McIntire DD, Nihira MA, Levero KJ. A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. Am J Obstet Gynecol. 2005;192(5):1692-6.

Scheepers HC, de Jong PA, Essed GG, Kanhai HH. Carbohydrate solution intake during labour just before the start of the second stage: a double-blind study on metabolic effects and clinical outcome. Br J Obstet Gynaecol. 2004;111(12):1382-7.

Scheepers HC, Thans MC, de Jong PA, Essed GG, Kanhai HH. The effects of oral carbohydrate administration on fetal acid base balance. J Perinat Med. 2002;30(5):400-4.

Scheepers HC, Thans MCJ, de Jong PA, Essed GC, Le Cessie S, Kanhai HH. A double-blind, randomised, placebo controlled study on the influence of carbohydrate solution intake during labour. Br J Obstet Gynaecol. 2002;109(2):178-81.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developer's handbook [monografía en internet]. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2008 [citado 13 Feb 2008]. Disponible en: http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html.

Scrutton MJ, Metcalfe GA, Lowy C. Eating in labour: a randomised controlled trial assessing the risks and benefits. Anaesthesia. 1999;54(4):329-34.

Seaward PG, Hannah ME, Myhr TL, Faine D, Ohlsson A, Wang EE, et al. International Multicentre Term Prelabor Rupture of Membranes Study: evaluation of predictors of

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

clinical chorioamnionitis and postpartum fever in patients with prelabor rupture of membranes at term. Am J Obstet Gynecol. 1997;177(5):1024-9.

Seaward PG, Hannah ME, Myhr TL, Farine D, Ohlsson A, Wang EE, et al. International multicenter term PROM study: evaluation of predictors of neonatal infection in infants born to patients with premature rupture of membranes at term. Premature Rupture of the Membranes. Am J Obstet Gynecol. 1998;179(3 Pt 1):635-9.

Segal JB, Dzik WH. Paucity of studies to support that abnormal coagulation test results predict bleeding in the setting of invasive procedures: an evidence-based review. Transfusion 2005;45(9):1413-25.

Shah MK, Sia ATH, Chong JL. The effect of the addition of ropivacaine or bupivacaine upon pruritus induced by intrathecal fentanyl in labour. Anaesthesia. 2000;55(10):1003-13.

Shahriari A, Khooshideh M. A Randomized Controlled Trial of Intravenous Remifentanil Compared with Intramuscular Meperidine for Pain Relief in Labor. Journal of medical sciences 2007;7(4):635-9.

Sharma SK, Alexander JM, Messick G, Bloom SL, McIntire DD, Wiley J, et al. Cesarean delivery: a randomized trial of epidural analgesia versus intravenous meperidine analgesia during labor in nulliparous women. Anesthesiology. 2002;96(3):546-51.

Sharma SK, Sidawi JE, Ramin SM, Lucas MJ, Lveno KJ, Cunningham FG. Cesarean delivery: a randomized trial of epidural versus patientcontrolled meperidine analgesia during labor. Anesthesiology. 1997;87(3):487-94.

Sharma V, Smith A, Khan M. The relationship between duration of labour, time of delivery, and puerperal psychosis. J Affect Disord. 2004;83(2-3):215-20.

Shen XF, Guo XR, Peng YZ, Gu XQ. Epidural Analgesia in the Latenet Phase of Labor annd the Risk of Cesarean Delivery. A five-year Randomized Controlled Trial. Anesthesiology 2009;111(4):871-80.

Sia AT, Goy RW, Lim Y, Ocampo CE. A comparison of median effective doses of intrathecal levobupivacaine and ropivacaine for labor analgesia. Anesthesiology. 2005;102(3):651-6.

Sia AT, Ruban P, Chong JL, Wong K. Motor blockade is reduced with ropivacaine 0.125% for parturient-controlled epidural analgesia during labour. Can J Anaesth. 1999;46(11):1019-23.

Siddik-Sayyid SM, Aouad MT, Jalbout MI, Zalaket MI, Mouallem MR, Massouh FM, et al. Comparison of three modes of patient-controlled epidural analgesia during labour. Eur J Anaesthesiol 2005;22(1):30-4.

Simkin PP, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. Am J Obstet Gynecol. 2002;186(5 Suppl Nature):S131-59.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Simmons SW, Cyna AM, Dennis AT, Hughes D. Analgesia espinal y epidural combinadas versus analgesia epidural en el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida) [Base de datos en Internet].Oxford: Update software Ltd; 2008. Revisión sistemática, CD003401 [actualizado 22 May 2007; citado 20 Jun 2008] Disponible en: http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD003401.pdf .

Simpson KR, James DC. Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labor on fetal well-being: a randomized clinical trial. Nurs Res. 2005;54(3):149-57.

Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database Syst Rev 2010;(1):CD003930.

Skupski DW, Rosenberg CR, Eglinton GS. Intrapartum fetal stimulation tests: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 2002;99(1):129-34.

Smedstad KG, Morison DH. A comparative study of continuous and intermittent epidural analgesia for labour and delivery. Can J Anaesth. 1988;35(3 (Pt 1)):234-41.

Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2006(4):CD003521.

Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida) [Base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 2008. Revisión sistemática; CD003521 [actualizado 26 Jun 2006; citado 21 May 2008] Disponible

Smyth RM, Alldred SK, Markham C. Amniotomía para acortar el trabajo de partoo espontáneo (Revisión Cochrane traducida). Oxford: Update Software Ltd; 2007. Revisión sistemática; CD006167 [actualizado 13 Jul 2007; citado 26 Jun 2008] Disponible en: http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD00167.pdf

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO); 2008 [citado 29 Sept 2008] Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia/documentos/partos/Protocolo_SEGO_Parto_normal.pdf

Soontrapa S, Somboonporn W, Komwilaisak R, Sookpanya S. Effectiveness of intravenous meperidine for pain relief in the first stage of labour. J Med Assoc Thai. 2002;85(11):1169-75.

Sosa CG, Balaguer E, Alonso JG, Panizza R, Laborde A, Berrondo C. Meperidine for dystocia during the first stage of labor: A randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol. 2004;191(4):1212-8.

Souza JP, Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Maternal position during the first stage of labor: A systematic review. Reproductive Health 2006;3(10).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Sprague AE, Oppenheimer L, McCabe L, Brownlee J, Graham ID, Davies B. The Ottawa Hospital's Clinical Practice Guideline for the Second Stage of Labour. J Obstet Gynaecol Can. 2006;28(9):769-79.

Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. BMJ. 2001;322(7297):1277-80.

Steen M, Briggs M, King D. Alleviating postnatal perineal trauma: To cool or not to cool? BJM. 2006;14(5):304-8.

Stienstra R, Jonker TA, Bourdrez P, Kuijpers JC, van Kleef JW, Lundberg U. Ropivacaine 0.25% versus bupivacaine 0.25% for continuous epidural analgesia in labor: a double-blind comparison. Anesth Analg. 1995;80(2):285-9.

Stoddart AP, Nicholson KEA, Popham PA. Low dose bupivacaine/ fentanyl epidural infusions in labour and mode of delivery. Anaesthesia. 1994;49(12):1087-90.

Stratmann G, Gambling DR, Moeller-Bertram T, Stackpole J, Pue AF, Berkowitz J. A randomized comparison of a five-minute versus fifteenminute lockout interval for PCEA during labor. Int J Obstet Anesth. 2005;14(3):200-7.

Stremler R, Hodnett ED, Petryshen P, Stevens B, Weston J, Willan AR. Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. Birth. 2005;32(4):243-51.

Su LL, Chong YS, Biswas A. Use of fetal electrocardiogram for intrapartum monitoring. Ann Acad Med Singapore. 2007;36:416-20.

Su LL, Chong YS, Samuel M. Agonistas de la oxitocina para la prevención de la hemorragia postparto (Revisión Cochrane traducida). [Base de datos en Internet]. Oxford: Update software Ltd; 2008. Revisión sistemática; CD005457 [actualizado 3 May 2007; citado 27 Ago 2008]. Disponible en: http:// http://212.169.42.7/newgenCdbPlus/pdf/CD005457.pdf

Supandji M, Sia AT, Ocampo CE. 0.2% Ropivacaine and levobupivacaine provide equally effective epidural labour analgesia. Can J Anaesth. 2004;51(9):918-22.

Tarkka MT, Paunonen M, Laippala P. Importance of the midwife in the first-time mother's experience of childbirth. Scand J Caring Sci. 2000;14(3):184-90.

Taylor PM, Maloni JA, Taylor FH, Campbell SB. Extra early motherinfant contact and duration of breast-feeding. Acta Paediatr Scand Suppl. 1985;316:15-22.

The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version. [Internet] Barcelona: Fundaci¸on Josep Laporte; 2001 [citado 20 Feb 2008] Disponible en: www.agreecollaboration.org.

Thomson AM. Pushing techniques in the second stage of labour. J Adv Nurs. 1993;18(2):171-7.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Thorburn J, Moir DD. Extradural analgesia: The influence of volume and concentration of bupivacaine on the mode of delivery, analgesic efficacy and motor block. Br J Anaesth. 1981;53(9):933-9.

Thurlow JA, Laxton CH, Dick A, Waterhouse P, Sherman L, Goodman NW. Remifentanil by patient-controlled analgesia compared with intramuscular meperidine for pain relief in labour. Br J Anaesth. 2002;88(3):374-8.

Tsui MH, Ngan Kee WD, Ng FF, Lau TK. A double blinded randomised placebo-controlled study of intramuscular pethidine for pain relief in the first stage of labour. Br J Obstet Gynaecol. 2004;111(7):648-55.

Upton A, Roberts CL, Ryan M, Faulkner M, Reynolds M, Raynes- Greenow C. A randomised trial, conducted by midwives, of perineal repairs comparing a polyglycolic suture material and chromic catgut. Midwifery. 2002;18(3):223-9.

Uranga A, Urman J, Lomuto C, Martínez I, Weisburd MJ, García O, et al. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Buenos Aires: Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud; 2004.

Valdés V. Cómo favorecer el establecimiento de una lactancia exitosa. [Internet]. Santiago de Chile:Unicef; 2008 [citado 9 Jul 2008].Disponible en: http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod06/Mod%206%20Diez%20pasos.pdf

Van der Vyver M, Halpern S, Joseph G. Patient-controlled epidural analgesia versus continuous infusion for labour analgesia: a metaanalysis. Br J Anaesth. 2002;89(3):459-65.

van Kessel K, Reed S, Newton K, Meier A, Lentz G. The second stage of labor and stress urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol. 2001;184(7):1571-5.

van Rheenen PF, Brabin BJ. A practical approach to timing cord clamping in resource poor settings. BMJ. 2006;333(7575):954-8.
VandeVusse L. Decision making in analyses of women's birth stories. Birth 1999;26(1):43-50.

Verspyck E, Sentilhes L, Roman H, Sergent F, Marpeau L. Techiques chirurgicales de l'episiotomie. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2006;35(1 Suppl):40-51.

Vimala N, Mittal S, Kumar S, Dadhwal V, Mehta S. Sublingual misoprostol versus methylergometrine for active management of the third stage of labor. Int J Gynaecol Obstet. 2004;87(1):1-5.

Volikas I, Male D. A comparison of pethidine and remifentanil patientcontrolled analgesia in labour. Int J Obstet Anesth. 2001;10(2):86-90.

Volmanen P, Sarvela J, Akural EL, Raudakoski T, Korttila K, Alahuhta S. Intravenous remifentanil vs. epidural levobupivacaine with fentanyl for pain relief in early labour: a randomised, controlled, double-blinded study. Acta Anaesthesiol Scand 2008;52(2):249-55.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Waldenstrom U, Borg IM, Olsson B, Skold M, Wall S. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. Birth 1996;23(144-53).

Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. Birth. 2004;31(1):17-27.

Waldenstrom U. Experience of labor and birth in 1111 women. J Psychosom Res. 1999;47(5):471-82.

Wariyar U, Hilton S, Pagan J, Tin W, Hey E. Six years' experience of prophylactic oral vitamin K. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2000;82(1):F64-8.

Weber T. Cardiotocography supplemented with continuous fetal pH monitoring during labor. Effect on rate of obstetrical interventions and neonatal condition. Acta Obstet Gynecol Scand. 1982;61(4):351-5.

Wong CA, Ratliff JT, Sullivan JT, Scavone BM, Toledo P, McCarthy RJ. A randomized comparison of programmed intermittent epidural bolus with continuous epidural infusion for labor analgesia. Anesth Analg. 2006;102(3):904-9.

Wong CA, Scavone BM, Peaceman AM, McCarthy RJ, Sullivan JT, Diaz NT, et al. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. N Engl J Med. 2005 17;352(7):655-65.

Wong CA, Scavone BM, Slavenas JP, Vidovich MI, Peaceman AM, Ganchiff JN, et al. Efficacy and side effect profile of varying doses of intrathecal fentanyl added to bupivacaine for labor analgesia. Int J Obstet Anesth. 2004;13(1):19-24.

Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR recomm Rep. 2006;55(RR-11):40-7.

Xenakis EM, Langer O, Piper JM, Conway D, Berkus MD. Low-dose versus high-dose oxytocin augmentation of labor--a randomized trial. Am J Obstet Gynecol. 1995;173(6):1874-8.

Young SB, Martelly PD, Greb L, Considine G, Coustan DR. The effect of intraumbilical oxytocin on the third stage of labor. Obstet Gynecol. 1988;71(5):736-8.

Zachariah ES, Naidu M, Seshadri L. Oral misoprostol in the third stage of labor. Int J Gynaecol Obstet. 2006;92(1):23-6.

Zeidan AZ. Combined spinal-epidural compared with low dose epidural during ambulatory labour analgesia in nulliparous women. Egypt J Anaest. 2004;20(3):273-81.

Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol. 2002;187(4):824-8.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.