

Frecuencia de uso de prácticas médicas basadas en la evidencia en el cuidado del parto en hospitales de la ciudad de Medellín. Años 2004 y 2005

JOAQUÍN GUILLERMO GÓMEZ DÁVILA¹,
JUAN GUILLERMO LONDOÑO CARDONA², ESPERANZA DE MONTERROSA³.

RESUMEN

ANTECEDENTES: la mayor parte de las muertes maternas en Medellín, durante los años 2003 y 2004 ocurrieron durante el parto o inmediatamente después y en la mayoría de los casos se detectaron problemas de calidad en la atención.¹ Un aporte en la evaluación del proceso de atención de las gestantes es conocer la aplicación de algunas prácticas beneficiosas, inefectivas o perjudiciales durante la atención del parto.

OBJETIVO: conocer la frecuencia de utilización de algunas prácticas beneficiosas, inefectivas o perjudiciales en la atención del parto en tres instituciones de salud de la ciudad de Medellín.

.....
¹ Especialista en Obstetricia y Ginecología, Epidemiólogo, Coordinador del Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS, Universidad de Antioquia, Profesor del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Antioquia.

² Especialista en Obstetricia y Ginecología, Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

³ Enfermera, Especialista en Salud Pública. Coordinadora del Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS - Grupo SaludCoop.

Entidades en que se realizó el trabajo: Clínica SOMA, Clínica Juan Luis Londoño del Grupo SaludCoop y las Empresas Sociales del Estado "Manrique" (Hermenegildo de Fex) y "12 de octubre" (Luís Carlos Galán Sarmiento) de Metrosalud.

Entidades patrocinadoras: Instituto Colombiano para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco José de Caldas" (COLCIENCIAS) y la Universidad de Antioquia.

Recibido: septiembre 23 de 2005

Aceptado: febrero 21 de 2006

METODOLOGÍA Y SITIO: estudio descriptivo y prospectivo en tres instituciones de salud de la ciudad de Medellín, una pública y dos privadas, que atienden pacientes de primer, segundo y tercer niveles de complejidad.

RESULTADOS: en las instituciones estudiadas el 30.7% de los partos fueron por cesárea, aún se rasura el periné en el 12% de los casos de parto vaginal, no se realizó el partograma en el 31.5%, el 43.1% de las mujeres no estuvieron acompañadas por algún familiar o allegado durante el trabajo de parto, el 76.1% tuvieron el parto en posición supina, en el 19.3% no se efectuó manejo activo del alumbramiento, al 71.4% de las primigestantes se les realizó episiotomía y al 55% de las sometidas a cesárea no se les aplicaron antibióticos profilácticos.

CONCLUSIONES: aún existen prácticas en la atención del parto que se emplean o se dejan de emplear independientemente de las recomendaciones vigentes en la literatura médica.

PALABRAS CLAVE

EVIDENCIA
PARTO
PRÁCTICAS
TRABAJO DE PARTO

SUMMARY

USAGE FREQUENCY OF MEDICAL PRACTICES BASED ON THE EVIDENCE IN THE CHILDBIRTH ATTENTION IN HOSPITALS OF MEDELLÍN, COLOMBIA, 2004-2005

BACKGROUND: Most maternal deaths in Medellín in 2003 and 2004 occurred during childbirth or

immediately afterwards. In the majority of cases, quality problems in medical attention were detected. Knowledge of the application of some beneficial, ineffective or harmful practices during childbirth attention is a contribution to the evaluation of the attention process of pregnant women.

METHODOLOGY, OBJECTIVE AND SETTING: Descriptive and prospective study to know the usage frequency of some beneficial, ineffective and harmful practices during childbirth attention in three health institutions located in Medellín, Colombia, one of them public and the other two, private. They see patients of the first, second and third levels of complexity.

RESULTS: At the institutions included in the study 30.7% of childbirths were carried out by Caesarean section. In 12% of vaginal childbirth cases, the perineum was shaved. In 31.5% of the situations, partogram was not performed. In 43.1% of cases women were not accompanied by any relative or close friend during childbirth work, and 76.1% of patients had their childbirth in supine position. In 19.3% of cases, an active handling of childbirth did not take place. 71.4% of first-time pregnant women underwent an episiotomy. Prophylactic antibiotics were not applied to 55% of the mothers delivered by Caesarean section.

CONCLUSIONS: Some practices in medical attention of childbirth are still used or avoided despite the current recommendations of the medical literature.

KEY WORDS

CHILDBIRTH
CHILDBIRTH WORK
EVIDENCE-BASED PRACTICES
MEDICAL PRACTICES

INTRODUCCIÓN

LA CIUDAD DE MEDELLÍN registró razones de mortalidad materna de alrededor de 25 a 30 muertes por cien mil nacidos vivos durante los años 2003 y 2004. Si bien estas razones de mortalidad son bajas, casi la totalidad de las muertes fueron catalogadas como evitables y en un alto porcentaje se detectaron problemas en la calidad de la atención de las pacientes, además de que el 50% fueron por hemorragia posparto; todo lo anterior puede reflejar de forma indirecta un cuidado subóptimo del trabajo de parto y el parto.¹

Existen recomendaciones basadas en la evidencia respecto a algunas prácticas que pueden ayudar a prevenir la morbilidad y la mortalidad maternas durante el proceso de atención del parto. Entre estas prácticas hay algunas comprobadas científicamente como beneficiosas, otras son inefectivas y otras más son catalogadas como perjudiciales. Prácticas como el manejo activo del alumbramiento que disminuye en un 67% las pérdidas de más de 1.000 mL de sangre y en un 66% la necesidad de transfusiones sanguíneas, o la realización restrictiva de la episiotomía que disminuye en un 12% los desgarros graves del periné son algunos ejemplos para tener en cuenta al evaluar la calidad de la atención brindada a las gestantes.

Es un hecho reconocido en países desarrollados como Estados Unidos y Holanda, que un porcentaje importante de pacientes no reciben los cuidados recomendados por la evidencia científica más sólida o reciben intervenciones innecesarias o potencialmente perjudiciales.² Lo anterior se puede explicar, en parte, por la falta de integración oportuna entre la generación de conocimientos y su aplicación en la práctica médica cotidiana.

Los cuatro centros colombianos asociados al Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo

Humano (CLAP) con dos sedes en Bogotá, una en Medellín y una en Manizales, decidieron realizar una investigación cuyo objetivo fue evaluar la frecuencia del uso de prácticas comprobadas científicamente como beneficiosas, inefectivas o perjudiciales en el cuidado del trabajo de parto, el parto, el puerperio y los recién nacidos en hospitales colombianos, con el fin de hacer un diagnóstico regional y nacional y propiciar estrategias para intervenir y favorecer el uso masivo de las prácticas beneficiosas y desestimular el empleo de las inefectivas y las perjudiciales. En este artículo se presentan los resultados de la frecuencia de uso de prácticas durante el trabajo de parto y el parto en la ciudad de Medellín.

MATERIALES Y MÉTODOS

ESTE ES UN ESTUDIO DESCRIPTIVO prospectivo multicéntrico, llevado a cabo entre el primero de julio de 2004 y el 18 de abril de 2005 en tres instituciones de salud de la ciudad de Medellín: la Clínica SOMA y la Clínica Juan Luis Londoño del grupo SaludCoop, que son privadas y atienden pacientes de los tres niveles de complejidad, y Metrosalud que es pública y atiende pacientes de los niveles primero y segundo.

Medellín es una ciudad con un millón y medio de habitantes, con una red hospitalaria constituida por 21 instituciones que atienden partos, de las cuales se seleccionaron tres por el alto número de atenciones y por su decisión de participar en la investigación. Previamente al inicio del estudio se capacitó al personal encargado del proceso de atención de las pacientes en el diligenciamiento de la historia clínica materno-perinatal del CLAP, pero no se dio información específica sobre las prácticas que iban a ser objeto de la investigación.

En el estudio se tuvieron en cuenta todas las pacientes que ingresaron para la atención del parto con más de 24 semanas de gestación en el período

contemplado. El obstetra o el médico general tratante fueron los encargados de diligenciar la historia clínica. Dos veces por semana se recolectaron las historias y se ingresaron en el Sistema Informático Perinatal (SIP) versión 1.34.³ Previamente al ingreso al sistema, se trató de completar la información que los médicos tratantes no habían consignado en los formularios y se corrigieron los errores de diligenciamiento detectados.

Criterios de selección de las prácticas

LA SELECCIÓN DE LAS PRÁCTICAS se realizó por consenso en una reunión de los representantes de los centros asociados al CLAP-OPS/OMS en la ciudad de Montevideo, Uruguay; las fuentes fueron la clasificación de prácticas efectivas, inefectivas o perjudiciales publicada en el libro *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*⁴ y las tablas similares publicadas en la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS.⁵

Se seleccionaron prácticas efectivas, inefectivas o perjudiciales pertinentes a la realidad actual de la atención obstétrica y perinatal en América Latina y el Caribe. Se tuvieron en cuenta prácticas demostradas como efectivas para reducir la morbilidad o la mortalidad materna y perinatal o para reducir los factores de riesgo asociados con ellas, e igualmente prácticas que a pesar de que se ha demostrado que son inefectivas o incluso perjudiciales aún se continúan utilizando. Las prácticas consideradas como inefectivas o perjudiciales son: el empleo del rasurado perineal, la aplicación de enema evacuante para el parto, la posición en decúbito supino para el parto y la realización de episiotomía de rutina a las pacientes primigestantes. Las prácticas benéficas son: el uso del partograma para el cuidado del trabajo de parto, el acompañamiento continuo a la mujer durante el trabajo de parto y el parto por un familiar u otra persona, la aplicación de oxitocina acompañada de la tracción controlada del cordón umbilical durante el alumbramiento (manejo activo

del alumbramiento) y la aplicación de antibióticos profilácticos para la realización de la operación cesárea.

Para la gestión de la información se emplearon el Sistema Informático Perinatal versión 1.34 y el programa estadístico SPSS 9.

RESULTADOS

Descripción general

SE RECOLECTÓ LA INFORMACIÓN de 2.836 mujeres que tuvieron parto a una edad gestacional mayor de 24 semanas. La mayoría de las pacientes pertenecían al régimen contributivo (tabla N° 1).

La tabla número 2 presenta la información relacionada con el inicio y la terminación del parto. El 9.3% fueron cesáreas electivas y 30.7% de los partos terminaron en cesárea.

Prácticas

LA FALTA DE DATOS PARA LAS PRÁCTICAS ANALIZADAS fluctuó entre 4.4-40%. La información que se presenta a continuación se basa en las historias que tenían consignada la información para cada una de las prácticas.

La historia clínica perinatal base es un instrumento ampliamente usado en el departamento de Antioquia y en la ciudad de Medellín y hace parte del cuidado rutinario de las gestantes en la mayoría de las instituciones hospitalarias; a pesar de esto, de que al inicio de la investigación se motivó al personal asistencial para lograr su correcto diligenciamiento y de que el grupo de investigación trató de completar la información faltante recurriendo a la revisión de toda la historia clínica, los porcentajes de falta de datos en algunas variables son muy altos y aunque este no era un objetivo de la investigación, se convierte en la

Tabla N° 1
DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA POBLACIÓN

Edad: promedio en años (DE)	25.57 (6.5)	
Embarazos previos: mediana (P ₂₅ -P ₇₅)	1 (0-2)	
Abortos previos: mediana (P ₁₀ -P ₉₀)	0 (0-1)	
Cesáreas previas: mediana (P ₁₀ -P ₉₀)	0 (0-1)	
Partos previos: mediana (P ₂₅ -P ₇₅)	1 (0-1)	
Controles prenatales: mediana (P ₂₅ -P ₇₅)	6 (5-8)	
Régimen de afiliación al SGSSS*	Número	(%)
Contributivo	1.301	(45.9)
Subsidiado	187	(6.6)
Vinculado	243	(8.6)
Otro	25	(0.9)
Sin información	1.080	(38.1)
Raza	Número	(%)
Mestiza	1.604	(56.6)
Blanca	788	(27.8)
Negra	94	(3.3)
Otro	37	(1.3)
Indígena	33	(1.2)
Sin dato	280	(9.9)
Nivel educativo	Número	(%)
Ninguno	34	(1.2)
Primaria	422	(14.9)
Secundaria	1.002	(60.0)
Universidad	337	(11.7)
Sin dato	346	(12.2)
Estado civil	Número	(%)
Unión libre	1.076	(37.9)
Casada	802	(28.3)
Soltera	534	(18.8)
Otro	16	(0.6)
Sin dato	408	(14.4)

*Sistema General de Seguridad Social en Salud

Tabla N° 2
FORMA DE INICIO Y TERMINACIÓN DEL PARTO

Inicio	Número (%)
Espontáneo	1.713 (60.4)
Inducido	249 (8.8)
Cesárea electiva	265 (9.3)
Sin dato	609 (21.5)
Terminación	
Espontáneo	1.590 (56.1)
Cesárea	872 (30.7)
Fórceps	154 (5.4)
Sin dato	214 (7.5)

Tabla N° 3
FRECUENCIA DE USO DE PRÁCTICAS MÉDICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA EN EL CUIDADO DEL PARTO EN HOSPITALES DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN. COLOMBIA. JULIO 2004-ABRIL 2005

Práctica	n/N (%)
Empleo del rasurado perineal	216/1.718 (12.6)
Aplicación de enema	36/1.757 (2.0)
Falta de realización del partograma	371/1.178 (31.5)
Sin acompañamiento durante el trabajo de parto	661/1.532 (43.1)
Posición supina durante el parto	1.267/1.666 (76.1)
Sin empleo de oxitócicos durante el alumbramiento	283/1.633 (19.3)
Episiotomía en primigestantes	478/669 (71.4)
Sin antibióticos profilácticos para la cesárea	371/665 (55.0)

n: número de individuos expuestos o no expuestos a la práctica.
N: número total de individuos de los cuales se tiene información del empleo de la práctica.

primera práctica evaluada. El objetivo era describir las prácticas rutinarias en la atención del parto y el hecho de encontrar porcentajes importantes de ausencia de datos puede reflejar la percepción que los médicos tienen de la historia clínica materna y perinatal del CLAP, las fallas en el proceso de referencia y contrarreferencia al no enviar la información completa de la materna desde el primer nivel de atención, las fallas en los procesos de auditoría que no consideran la historia clínica materna y perinatal del CLAP como una verdadera historia clínica y la falta de conocimiento o conciencia de la utilidad que pueda tener la información en determinado momento, no solo para fines estadísticos y de investigación sino también para el cuidado de las pacientes. Estos resultados concuerdan con los hallazgos sobre la deficiente calidad del diligenciamiento de otros registros médicos en Medellín, Colombia, como es el caso de los certificados de defunción de las muertes perinatales que llega al 50%.⁶

Rasurado perineal

EL RASURADO PERINEAL ANTES DEL PARTO se ha empleado bajo el supuesto de que disminuye las infecciones del periné y facilita la sutura de la episiotomía y los desgarros perineales. Sin embargo, las investigaciones sobre el tema indican que no ejerce ningún efecto positivo sobre la morbilidad materna y por el contrario es molesto para la mujer que puede experimentar ardor y prurito con el crecimiento de los vellos del periné.⁷ Por lo anterior se recomienda no emplear esta práctica. En el estudio el rasurado perineal aún se empleó en el 12.6% de las pacientes.

Enema rectal

EL ENEMA RECTAL ES DE USO RUTINARIO en los hospitales de América Latina bajo el supuesto de que disminuye la contaminación del periné por materia fecal durante el parto y así se reducen las

infecciones neonatales. Sin embargo, el único beneficio encontrado con el uso del enema es una disminución de la frecuencia de deposiciones durante el parto.⁸ En vista de que esta es una práctica inefectiva pero que causa molestias a la madre, no se debe emplear. En el presente estudio sólo se les aplicó enema al 2% de las mujeres.

Partograma

EL TRABAJO DE PARTO PROLONGADO, debido principalmente a desproporción cefalopélvica, es causa de muertes maternas, principalmente en los países en vía de desarrollo, pues puede causar parto obstruido, deshidratación materna, ruptura del útero y hemorragia posparto. En el recién nacido, el trabajo de parto prolongado puede causar asfixia perinatal, lesión cerebral, infección y muerte.⁹ En la guía práctica de la Organización Mundial de la Salud para los cuidados del parto normal se recomienda la evaluación cuidadosa del progreso del trabajo de parto mediante el partograma.¹⁰ Un conjunto de medidas tales como la identificación de los embarazos de alto riesgo, la monitorización cardíaca fetal y la monitorización de la evolución del trabajo de parto en el partograma ayuda a identificar a los fetos en riesgo de asfixia perinatal.¹¹ En esta investigación, a una alta proporción de las pacientes (31.5%) no se les realizó el partograma.

Posición supina

SE DEBERÍA PERMITIR Y ESTIMULAR A LAS MUJERES a que tengan el parto en las posiciones que les resulten más cómodas, que usualmente son las verticales; sin embargo, en la sociedad occidental se condiciona a las mujeres a tener sus partos en posición de litotomía. La evidencia disponible proviene de estudios que no fueron de buena calidad, pero todo parece indicar que las mujeres que tienen su parto en posición de litotomía experimentan más dolor, alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal y necesidad de parto

asistido con fórceps.¹² En este estudio el 76% de las mujeres tuvieron su parto en posición supina; indudablemente este resultado está influenciado por aspectos como la falta de disponibilidad de camas de parto adecuadas y las preferencias de los médicos tratantes.

Manejo activo del alumbramiento

CONSISTE EN LA ADMINISTRACIÓN DE OXITÓCICOS una vez ha nacido la cabeza fetal, acompañada de masaje uterino y tracción sostenida y controlada del cordón umbilical. Se asocia con una disminución del 62% en el riesgo de sangrar más de 500 mL, del 67% en el de sangrar más de 1.000 mL y del 66% en la necesidad de transfusión de hemoderivados.¹³ Por estos hallazgos, se recomienda el manejo activo del alumbramiento para todas las mujeres, independientemente del riesgo de hemorragia. Esta práctica, que no está incluida en las normas técnicas del Ministerio de la Protección Social y que es de reciente introducción en Medellín, Colombia, se ha logrado posicionar en parte por los esfuerzos del centro asociados al CLAP de la Universidad de Antioquia para difundirla. Sin embargo, 19% de las mujeres de este estudio no recibieron el beneficio de esta práctica a pesar de que la hemorragia posparto es la principal causa de muerte materna en Medellín.¹

Empleo restrictivo de la episiotomía

CONSISTE EN PRACTICAR EPISIOTOMÍA cuando quien atiende el parto considera que habrá desgarro vaginal o que es necesaria para instrumentar el parto. Con el conocimiento actual, el empleo restrictivo de la episiotomía debería ser la norma y no la excepción, pues su empleo rutinario aumenta en un 12% el riesgo de desgarros del periné de los grados III y IV, con la consecuente morbilidad a corto y a largo plazo.¹⁴ Sin embargo, en este estudio se les realizó episiotomía al 71.4% de las primigestantes, cuando lo aceptable sería alrededor

del 30%. Esta es una oportunidad para desestimular el uso rutinario de la episiotomía y así prevenir complicaciones maternas.

Antibióticos profilácticos

EL EMPLEO RUTINARIO DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS antes de la cesárea, tanto electiva como urgente, disminuye en un 61-62%¹⁵ el riesgo de infección de la herida quirúrgica y de endometritis. Llama poderosamente la atención que al 55% de las pacientes sometidas a este procedimiento no se les aplicaron antibióticos profilácticos. Las razones para explicar este hecho pueden ir desde la falta de protocolos o del seguimiento de los mismos y la subestimación del riesgo de infección por el personal médico, hasta factores de índole económica y administrativa.

Acompañamiento durante el trabajo parto

EL ACOMPAÑAMIENTO A LA MUJER por un familiar o allegado durante el trabajo de parto y el parto debería ser un derecho, como lo han reconocido por ley algunos países de América Latina; desafortunadamente, con la medicalización del parto se aisló a la mujer de su entorno familiar. Una revisión sistemática que incluyó 12.791 mujeres concluyó que las que recibieron apoyo continuo intraparto tuvieron un 10% menos de parto por cesárea, requirieron menos analgesia, hubo menos partos instrumentados y manifestaron mayor satisfacción con la experiencia del parto.¹⁶ Esta investigación muestra que, lamentablemente, casi la mitad de las mujeres no tuvieron acompañamiento durante su trabajo de parto. Creemos que este hallazgo llama a la reflexión sobre el derecho que tienen las familias a participar de este evento vital.

Por último, es importante resaltar la utilidad de la historia clínica materna y perinatal del CLAP como un instrumento para el cuidado de los pacientes,

la auditoría del seguimiento de las guías y normas técnicas de atención y la realización de investigaciones clínicas aplicadas.

En conclusión, aún se emplean o se dejan de emplear prácticas en la atención del parto independientemente de las recomendaciones vigentes en la literatura médica. Es necesario monitorizar estos aspectos en los procesos de evaluación de la calidad de la atención y profundizar en los factores que perpetúan esta situación para diseñar estrategias que permitan modificar la práctica médica cotidiana.

DISCUSIÓN

LOS RESULTADOS DE ESTA INVESTIGACIÓN reflejan lo que ocurrió en las tres instituciones estudiadas y no necesariamente lo que pueda ocurrir en la ciudad de Medellín; sin embargo, no hay razones para pensar que algo similar no pueda estar ocurriendo en las otras instituciones de salud de la ciudad; por lo tanto, los resultados de esta investigación deben propiciar un proceso de reflexión y autoevaluación sobre el tipo de prácticas que se están empleando en la atención del trabajo de parto y el parto en la ciudad.

AGRADECIMIENTOS

Al personal asistencial y administrativo de la Clínica SOMA, la Clínica Juan Luis Londoño del grupo SaludCoop y las Empresas Sociales del Estado "Manrique" (Hermenegildo de Fex) y "12 de octubre" (Luis Carlos Galán Sarmiento) de Metrosalud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LONDOÑO CJ, VÉLEZ AG, GÓMEZ DJ, VARGAS GA. La mortalidad materna en la ciudad de Medellín durante los años 2003 y 2004. En: La mortalidad materna y perinatal en Medellín años 2003 y 2004. Resultados de la investigación: vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal en la ciudad de Medellín. Secretaría de Salud de Medellín. En prensa. 2005.
2. GROL R, GRIMSHAW J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362: 1.225-1.230.
3. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Sistema Informático Perinatal para Windows e Internet: manual resumido. Montevideo: CLAP; 2003.
4. ENKIN M, KAIRSE M, NEILSON J, CROWTHER C, DULEY L, DONET H, et al. A guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. 3ª ed. New York: Oxford University Press; 2000.
5. Organización Mundial de la Salud. Biblioteca de Salud Reproductiva. N° 7. [CD-ROM]. Ginebra: OMS; 2004.
6. ZULETA TJ, GÓMEZ DJ, MÉNDEZ GO. La mortalidad perinatal en la ciudad de Medellín durante el segundo semestre del 2003 y el año 2004. En: LONDOÑO CJ, VÉLEZ AG, GÓMEZ DJ, VARGAS GA, ZULETA TJ Y MÉNDEZ GO, eds. La mortalidad materna y perinatal en Medellín años 2003 y 2004. Resultados de la investigación: vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal en la ciudad de Medellín. Secretaría de Salud de Medellín. En prensa 2005.
7. BASEVI C, LAVENDER T. Routine perineal shaving on admission in labour (Cochrane review). In: The Cochrane Library, 1, 2001. Oxford: Update Software.
8. CUERVO LG, RODRÍGUEZ NM, DELGADO MB. Enemas during labor. (Cochrane review). In: The Cochrane Library, 1, 2001. Oxford: Update Software.
9. Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Division of Family Health. World Health Organization. Preventing prolonged labour: a practical guide. The partograph. Parts 1 to 4. WHO/FHE/MSM/93.8.
10. Grupo de Trabajo Técnico. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá* 1999; 18: 78-80.

11. SALOOJEE H. Prevención de la morbilidad en recién nacidos a término con asfixia perinatal: Aspectos prácticos de la BSR (última revisión: 1 de diciembre de 2001). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, N° 7, Update Software Ltd, Oxford, 2004.
12. GUPTA JK, HOFMEYR JG. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
13. PRENDIVILLE WJ, ELBOUNNE D, MCDONAL S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
14. CARROLI G, BELIZÁN J. Episiotomía en el parto vaginal. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd.
15. SMAILL F, HOFMEYR GJ. Profilaxis antibiótica para la cesárea (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd.
16. HODNETT ED, GATES S, HOFMEYR G J, SAKALA C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd.

