



Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva

Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar

Resumen de orientación

Introducción

La mayoría de los aproximadamente 140 millones de nacimientos que ocurren a nivel mundial cada año se dan en mujeres que no presentan factores de riesgo de tener complicaciones para ellas ni para sus bebés, al comienzo y durante el trabajo de parto. Sin embargo, el momento del nacimiento es crítico para la sobrevida de las mujeres y los bebés, ya que el riesgo de morbilidad puede aumentar considerablemente si surgen complicaciones. De acuerdo con las metas establecidas en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, y la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016–2030), la agenda mundial está ampliando su enfoque con el fin de garantizar que las mujeres y los bebés no solo sobrevivan a las complicaciones del parto (si ocurriera) sino también que se desarrolle y alcancen su potencial de salud y vida.

A pesar de los importantes debates e investigaciones que se han desarrollado durante muchos años, el concepto de “normalidad” en el trabajo de parto y el parto no es universal ni está estandarizado. En las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto. Además, el mayor uso de intervenciones en el trabajo

de parto sin indicaciones claras continúa ampliando la brecha sanitaria en cuanto a la equidad entre entornos con muchos recursos y aquellos con pocos recursos.

Esta directriz aborda estos problemas e identifica las prácticas más comunes utilizadas durante el parto a fin de establecer normas de buenas prácticas para llevar adelante un trabajo de parto y un parto sin complicaciones. Promueve el concepto de la experiencia en la atención como un aspecto fundamental para asegurar una atención de alta calidad en el trabajo de parto y el parto y mejores resultados centrados en la mujer, y no simplemente como un complemento de las prácticas clínicas de rutina. Es relevante para todas las embarazadas sanas y sus bebés, y toma en cuenta que el parto es un proceso fisiológico que se puede llevar a cabo sin complicaciones para la mayoría de las mujeres y los bebés.

La directriz reconoce una “experiencia de parto positiva” como un desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto. Define una experiencia de parto positiva como la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y nacimiento fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales a través de la participación en la toma de decisiones,

inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas.

Esta directriz actualizada, integral y consolidada sobre los cuidados esenciales durante el parto reúne las recomendaciones nuevas y existentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que, al ser parte de un paquete de recomendaciones, garantizará la calidad de la atención basada en la evidencia, independientemente del entorno o del nivel de atención de salud. Las recomendaciones que se presentan en esta directriz no son específicas a ningún país o región, y reconocen las diferencias que existen a nivel mundial en cuanto al nivel de servicios de salud disponibles dentro de cada país y entre ellos. La directriz resalta la importancia de una atención centrada en la mujer para optimizar la experiencia del trabajo de parto y el parto para las mujeres y sus bebés a través de un enfoque holístico basado en los derechos humanos. Presenta un modelo global de cuidados durante el parto que considera la complejidad y la heterogeneidad de los modelos predominantes de atención y la práctica actual.

Audiencia destinataria

Las recomendaciones de esta directriz tienen por objeto informar sobre el desarrollo de políticas de salud y protocolos clínicos pertinentes a nivel nacional y local.

Por lo tanto, los principales destinatarios de la presente directriz son los responsables de la formulación de políticas de salud pública a nivel nacional y local, los responsables de la implementación y la administración de programas de salud maternos e infantiles, los administradores de centros de atención de salud, las organizaciones no gubernamentales (ONG), las sociedades de profesionales que participan en la planificación y administración de los servicios de salud maternos e infantiles, los profesionales sanitarios (incluidos enfermeros, parteras, médicos de cabecera y obstetras) y el personal académico encargado de capacitar a los profesionales sanitarios.

Métodos de elaboración de directrices

El término “embarazada sana” se utiliza a lo largo de esta directriz para describir a las embarazadas adultas y adolescentes que no presentan ningún factor de riesgo identificado para ellas o sus bebés, y que aparentemente son saludables. La directriz se desarrolló mediante procedimientos operativos estándar de acuerdo con el proceso descrito en el *Manual para la elaboración de directrices* de la OMS. En resumen, estos procedimientos incluyen: i) definición de las preguntas claves y resultados críticos, ii) obtención de pruebas científicas, iii) evaluación y síntesis de las pruebas,

iv) formulación de recomendaciones y v) planificación de la divulgación, implementación, evaluación de impacto y actualización de las directrices. La calidad de las pruebas científicas que sustentan las recomendaciones se valoró a través de la Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE) y la herramienta que permite valorar el grado de certidumbre de las pruebas científicas de investigaciones cualitativas (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research, CERQual), para las pruebas científicas cuantitativas y cualitativas, respectivamente. Se utilizaron revisiones sistemáticas actualizadas para elaborar los perfiles de pruebas científicas para cuestiones prioritarias. Se utilizó el marco de paso de la Evidencia a la toma de Decisiones (EtD) de GRADE, una herramienta para pasar de las pruebas científicas a la toma de decisiones que incluye criterios de los efectos de la intervención, valores, recursos, equidad, aceptabilidad y viabilidad, con el fin de orientar la formulación de las recomendaciones a través del Grupo para la elaboración de directrices (GDG), un grupo de expertos internacionales conformado con el objetivo de desarrollar esta directriz, en dos consultas técnicas en mayo y septiembre de 2017. Además, se identificaron sistemáticamente las recomendaciones pertinentes de las directrices existentes de la OMS, aprobadas por el Comité Revisor de Directrices (GRC), y se incorporaron en esta directriz con el objetivo de elaborar un documento integral destinado a los usuarios finales.

Recomendaciones

Las consultas técnicas de la OMS resultaron en 56 recomendaciones para los cuidados durante el parto: 26 son recomendaciones nuevas y 30 son recomendaciones incorporadas a partir de las directrices existentes de la OMS. Las recomendaciones se presentan de acuerdo con el contexto de cuidados durante el parto para el cual son relevantes, es decir, la atención durante todo el trabajo de parto y el parto, durante el período de dilatación, durante el período expulsivo, durante el alumbramiento, la atención inmediata del recién nacido y la atención inmediata de la mujer después del parto. De acuerdo a las evaluaciones de los criterios EtD de GRADE, los cuales informaron la dirección y, en algunos casos, el contexto específico de la recomendación, el GDG clasificó cada recomendación en una de las siguientes categorías que se definen a continuación:

- **Recomendado:** esta categoría indica que la intervención u opción se deberían implementar.
- **No recomendado:** esta categoría indica que la intervención u opción no se deberían implementar.

■ **Recomendado solo en contextos específicos:** esta categoría indica que la intervención u opción se aplica solo a la condición, entorno o población que se especifican en la recomendación, y se deberían implementar en estos contextos únicamente.

■ **Recomendado solo en el contexto de investigaciones rigurosas:** esta categoría indica que existen dudas importantes con respecto a la intervención u opción. En estos casos, la implementación se puede llevar a cabo a gran escala, siempre y cuando adopte en forma de investigación capaz de abordar las preguntas y dudas sin respuesta relacionadas tanto con la efectividad de la intervención u opción como con su aceptabilidad y viabilidad.

Con el fin de garantizar que cada recomendación se entienda y se aplique correctamente en la práctica, los expertos participantes incluyeron observaciones adicionales en los casos en los que fue necesario. En los casos en los que el GDG recomendó una intervención u opción en contextos específicos o solo en el contexto de la investigación rigurosa, se incluyeron más detalles sobre el contexto particular y sobre los asuntos clave que deben evaluarse, respectivamente. Los usuarios de la directriz deben consultar estas observaciones, las cuales se encuentran directamente a continuación de cada recomendación en la versión completa de la directriz. Las recomendaciones sobre los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva se resumen en la tabla debajo.

En las consultas técnicas se discutieron las consideraciones de implementación para las recomendaciones individuales, y para la directriz en su conjunto. El GDG acordó que, para lograr una experiencia de parto positiva para las mujeres y sus bebés, las recomendaciones de esta directriz se deben implementar como un paquete de atención en todos los entornos, a través de profesionales sanitarios amables, competentes y motivados que trabajan en sitios con recursos físicos esenciales disponibles. Los sistemas de salud deben procurar implementar este modelo de cuidados durante el parto de la OMS (figura 1) para permitir que todas las mujeres puedan acceder a la atención centrada en la mujer que deseen y necesiten, y proporcionar una base sólida para esta atención en virtud de un enfoque basado en los derechos humanos.

Los productos derivados de esta directriz incluirán herramientas de vigilancia del trabajo de parto para su aplicación en los diferentes niveles de atención. De acuerdo con el proceso para actualizar las directrices de salud materna y perinatal de la OMS, se empleará un proceso sistemático y continuo para identificar y salvar brechas en la evidencia científica después de la implementación de la directriz. Las recomendaciones se actualizarán si se identifica evidencia científica nueva (que podría afectar la evidencia actual de cualquiera de las recomendaciones). La OMS recibirá con agrado las propuestas sobre cuestiones adicionales que puedan presentarse, para su inclusión en futuras actualizaciones de las directrices.

Figura 1. Representación esquemática del modelo de cuidados durante el parto de la OMS



Resumen de recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento		
Atención respetuosa de la maternidad	1. Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.	Recomendado
Comunicación efectiva	2. Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.	Recomendado
Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto	3. Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.	Recomendado
Continuidad de la atención	4. Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras – consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto – se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces. ^a	Recomendación específica en función del contexto
Período de dilatación		
Definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación	5. Se recomienda para la práctica el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación. <ul style="list-style-type: none"> — La fase latente del período de dilatación es un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes — El período de dilatación activa es un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino a partir de los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes 	Recomendado
Duración del período de dilatación	6. Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la fase activa del período de dilatación activa (a partir de los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsecuentes.	Recomendado
Progreso del período de dilatación	7. Para las embarazadas con inicio del trabajo de parto espontáneo, el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm por hora durante la fase activa del período de dilatación (como se muestra en la línea de alerta del partograma) no es preciso para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y, por ende, no se recomienda para este propósito. 8. Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante todo la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica.	No recomendado No recomendado

^a Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva.

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
	9. Es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre.	No recomendado
Política de ingreso en la sala de preparto	10. Para las embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo, se recomienda una política de demora del ingreso a la sala de preparto hasta el período de dilatación activa, únicamente en el contexto de la investigación rigurosa.	Recomendación en función del contexto de investigación
Pelvimetría clínica en el ingreso	11. No se recomienda la pelvimetría clínica de rutina en el ingreso para el parto en embarazadas sanas.	No recomendado
Evaluación rutina del bienestar del feto en el ingreso al trabajo de parto	12. No se recomienda la cardiotocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto en el ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto espontáneo. 13. Se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto.	No recomendado Recomendado
Rasurado público o perineal	14. No se recomienda el rasurado público o perineal de rutina antes del parto vaginal. ^a	No recomendado
Enema en el ingreso	15. No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto. ^b	No recomendado
Tacto vaginal	16. Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo. ^b	Recomendado
Cardiotocografía continua durante el trabajo de parto	17. No se recomienda la cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo.	No recomendado
Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto	18. Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas en trabajo de parto.	Recomendado
Anestesia peridural para el alivio del dolor	19. Se recomienda la anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Opioides para el alivio del dolor	20. Los opioides de administración parenteral, como fenatilo, diamorfina y petidina, son opciones recomendadas para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor	21. Se recomiendan técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (mindfulness) y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Técnicas manuales para el tratamiento del dolor	22. Se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Alivio del dolor para prevenir el retraso del trabajo de parto	23. No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto. ^b	No recomendado

^a Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva.

^b Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de infecciones maternas en el periparto.

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Líquido y alimentos por vía oral	24. Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto. ^a	Recomendado
Movilidad y posición de la madre	25. Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo. ^a	Recomendado
Limpieza vaginal	26. No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina durante el trabajo de parto para prevenir infecciones. ^b	No recomendado
Manejo activo del trabajo de parto	27. No se recomienda aplicar un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto. ^c	No recomendado
Amniotomía de rutina	28. No se recomienda el uso aislado de amniotomía para prevenir el retraso en el trabajo de parto. ^b	No recomendado
Amniotomía temprana y oxitocina	29. No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto. ^b	No recomendado
Oxitocina para mujeres con anestesia peridural	30. No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia peridural. ^b	No recomendado
Antiespasmódicos	31. No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto. ^b	No recomendado
Fluidos por vía intravenosa para prevenir el retraso del trabajo de parto	32. No se recomienda el uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración del trabajo de parto. ^b	No recomendado
Período expulsivo		
Definición y duración del período expulsivo	33. Se recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición y duración del período expulsivo. <ul style="list-style-type: none"> — El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas. — Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, en tanto en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas. 	Recomendado
Posición para dar a luz (para mujeres sin anestesia peridural)	34. Para las mujeres sin anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.	Recomendado
Posición para dar a luz (para mujeres con anestesia peridural)	35. Para las mujeres con anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.	Recomendado
Método para pujar	36. Se debe alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar.	Recomendado
Método para pujar (para mujeres con anestesia peridural)	37. En el caso de mujeres con anestesia peridural en el período expulsivo, se recomienda retrasar la acción de pujar durante una a dos horas después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar en los contextos que cuenten con recursos disponibles para prolongar el período expulsivo y evaluar y controlar adecuadamente la hipoxia perinatal.	Recomendación específica en función del contexto

^a Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de infecciones maternas en el periparto.

^b Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva.

^c Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la estimulación del trabajo de parto.

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Técnicas para prevenir el traumatismo perineal	38. En el caso de mujeres en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendado
Política para la episiotomía	39. No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo.	No recomendado
Presión del fondo uterino	40. No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo.	No recomendado
Alumbramiento		
Uterotónicos profilácticos	41. Se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento. ^a	Recomendado
	42. La oxitocina (10 UI, IM/IV) es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia posparto (HPP). ^a	Recomendado
	43. Para los entornos en los que la oxitocina no está disponible, se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (si corresponde, ergometrina/metilergometrina o la politerapia fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol por vía oral (600 µg). ^a	Recomendado
Pinzamiento tardío del cordón umbilical	44. Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé. ^b	Recomendado
Tracción controlada del cordón (TCC)	45. Para los entornos en los que existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales si el prestador de atención de salud y la parturienta consideran que una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento son importantes. ^a	Recomendado
Masaje uterino	46. No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica. ^a	No recomendado
Atención del recién nacido		
Aspiración nasal u oral de rutina	47. En neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz. ^c	No recomendado
Contacto piel con piel	48. Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia. ^d	Recomendado
Lactancia	49. Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos. ^e	Recomendado
Vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica	50. Se debe administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en la cual el lactante debería estar en contacto piel con piel con la madre e iniciada la lactancia). ^d	Recomendado

^a Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva.

^b Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de infecciones maternas en el periparto.

^c Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la estimulación del trabajo de parto.

^d Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para el tratamiento de enfermedades infantiles comunes: pruebas científicas para la actualización técnica de las recomendaciones de la guía de bolsillo.

^e Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la salud de recién nacidos.

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Baño y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido	51. El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día. ^a	Recomendado
Atención de la mujer tras el nacimiento		
Evaluación del tono muscular del útero	52. Se recomienda para todas las mujeres la evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina. ^b	Recomendado
Antibióticos para parto vaginal sin complicaciones	53. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones. ^c	No recomendado
Profilaxis antibiótica de rutina para la episiotomía	54. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con episiotomía. ^c	No recomendado
Evaluación materna de rutina después del parto	55. Durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas. ^d	Recomendado
Alta posnatal después del parto vaginal sin complicaciones	56. Despues de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de atención de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento. ^{d,e}	Recomendado

^a Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la atención posnatal de la madre y el recién nacido.

^b Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto.

^c Incorporada a partir de la Guía de la OMS: pinzamiento tardío del cordón umbilical para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé.

^d Incorporada a partir de las Directrices de la OMS sobre la reanimación básica de recién nacidos.

^e Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para el tratamiento de enfermedades infantiles comunes: pruebas científicas para la actualización técnica de las recomendaciones de la guía de bolsillo.



© Organización Mundial de la Salud 2018. Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO); <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.

WHO/RHR/18.12

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

Esta publicación contiene las opiniones colectivas de un grupo internacional de expertos y no representa necesariamente las decisiones ni las políticas de la OMS.

Se puede solicitar más información a: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud, Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza.

Correo electrónico: reproductivehealth@who.int Sitio web: www.who.int/reproductivehealth