

ALGUNAS CONTROVERSIAS EN LA PRÁCTICA DE LA OBSTETRICIA

Luis Távara

INTRODUCCIÓN

Todos los que ejercemos la ciencia y el arte de la Obstetricia sabemos que el embarazo y el parto no constituyen enfermedad alguna. Por el contrario son hechos fisiológicos que se presentan durante la vida reproductiva de las mujeres y como tales debieran atravesar por las circunstancias más naturales.

No obstante la naturaleza fisiológica del embarazo y del parto, continuamos asistiendo a hechos lamentables, como la muerte materna y la muerte perinatal, así como severas secuelas en la madre y en el niño a consecuencia de complicaciones que ocurren en algún momento del estado grávido-puerperal. Estos hechos han motivado que se emprendan verdaderas cruzadas universales para reducir el daño en ambos, madres y niños, y hoy en día estamos hablando que la práctica obstétrica se sitúe dentro de un marco de derechos humanos, en lo que damos en llamar “maternidad saludable y segura”.

Con el propósito de reducir el daño, las personas, y más propiamente los profesionales al cuidado de la madre, han introducido en el tiempo muchas intervenciones que han ido desde las más simples hasta las más sofisticadas que hoy conocemos.

Sin embargo, con Archie Cochrane, debemos decir que muchas de las intervenciones que hemos venido utilizando en la práctica obstétrica no tienen un sustento científico real que las haya convertido en probadamente eficaces; por el contrario, con mucha frecuencia, obedecen a preconceptos.

El desarrollo de la Medicina Basada en Evidencias (MBE) nos ha puesto en la alternativa de revisar lo actuado y examinar con juicio crítico todo aquello que hemos aceptado como paradigma¹.

Esta nueva forma de ver a la Obstetricia nos abre las puertas a la necesidad de poner en duda las rutinas de trabajo a fin de buscar las evidencias de las mejores prácticas para adoptar decisiones diagnósticas o terapéuticas que nos aseguren también los mejores resultados en las beneficiarias de nuestra ciencia y arte y nos acerquen a una atención más humanizada.

El presente documento pretende poner sobre el tapete algunos hechos controvertidos en la práctica de la Obstetricia, particularmente en la atención del parto. Examinaremos brevemente cada uno de ellos; veremos en qué consisten, luego expondremos algunos argumentos a favor o no de su aplicación, producto de la consulta sobre las evidencias más recientes y terminaremos en cada caso con una recomendación.

ALGUNAS PRÁCTICAS QUE PUEDEN RESULTAR CONTROVERTIDAS

Con el advenimiento de la MBE hoy en día podemos argumentar que existen pruebas contundentes que algunas intervenciones realizadas en el diagnóstico o en el manejo de la gestante o parturienta resultan favorables o no para la madre y/o el niño^{2,3}. Mencionaremos algunas de ellas:

- Enema evacuante
- Rasurado perineal

Director de la Clínica Cadamujer, Universidad de San Martín de Porres



- Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto
- Administración de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto
- Aplicación de soluciones intravenosas de rutina durante el parto
- Cambios de posición durante el trabajo de parto
- Amniotomía de rutina
- Uso del partograma
- El parto en diferentes posiciones
- Alumbramiento activo
- Episiotomía restrictiva
- Monitorización anteparto
- Monitorización intraparto
- Versión externa
- Uso de cristaloides en el manejo del shock
- Administración del sulfato de magnesio en la preeclampsia-eclampsia
- Uso de antibióticos profilácticos

Describiremos los argumentos más saltantes, a favor o en contra, en torno a cada una de las intervenciones considerada.

ENEMA EVACUANTE

Se argumentó desde siempre que la aplicación de un enema evacuante a la parturienta antes del parto se hacía con el propósito de reducir la presencia de heces al momento del parto y de este modo reducir las infecciones que sobre la madre y el niño podría condicionar lo anterior².

Dos revisiones sistemáticas que aparecen en la Biblioteca Cochrane examinan un número importante de investigaciones clínicas controladas y aleatorizadas, llegando a la conclusión que si bien es cierto que la presencia de heces al momento del parto es más frecuente en las mujeres sin enema, de ninguna manera se traduce en la mayor tasa de infecciones puerperales (endometritis o infección de heridas en el periné) ni neonatales y, por el contrario, el enema se constituye en una seria molestia para la parturienta^{4,5}.

Recomendación

Usar el enema sólo a solicitud de la parturienta.

RASURADO PERINEAL

Fue introducido, en la lógica que la atención del parto pudiera estar exenta de gérmenes y de este modo también se pudiera reducir las infecciones puerperales^{2,3,6}.

Existe una investigación controlada que en forma aleatoria asignó parturientas a un grupo con rasurado anteparto y comparó los resultados con un grupo sin rasurado⁷. La evaluación de ambos grupos reveló que de ningún modo se puede afirmar la hipótesis que dio origen al rasurado. Por el contrario, al introducir un factor de traumatismo local, éste se comporta como una puerta de entrada para los gérmenes que asientan en los folículos pilosos del vello pubiano y perineal y, por tanto, se puede decir que el rasurado condiciona infección puerperal.

Recomendación

No efectuar rasurado en las parturientas. En las que van a ser sometidas a cesárea, efectuar sólo recorte del vello con tijeras.

ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO

Una de las causas de preocupación de la parturienta lo constituye el hecho de alejarse de la familia durante esta etapa importante de su vida y el deseo de sentirse apoyada de sus seres queridos en un momento de tanta trascendencia².

A pesar de que el acompañamiento durante el parto es un derecho que le asiste a la mujer, sin embargo en nuestra práctica continúa siendo una cuestión de privilegio que atenta contra los deseos de aquellas que menos pueden.

Un estudio clínico controlado realizado en Bostwana, en 1999, asignó un grupo de parturientas al acompañamiento de un familiar de sexo femenino durante el trabajo de parto y el grupo control cursó el parto sin acompañamiento. En el grupo experimental se encontró: mayor frecuencia de parto vaginal espontáneo, menor frecuencia de parto instrumentado, de cesárea y uso de analgesia, así como un menor uso de la oxitocina y de la amniotomía⁸.

Igualmente, una revisión sistemática de la Biblioteca Cochrane, reunió 14 investigaciones clínicas



aleatorizadas en las que participaron más de 5 000 parturientas, la que logró dar sustento a la presencia favorable de un acompañante durante el parto. La presencia de una persona redujo: la probabilidad de administrar medicamentos para disminuir el dolor, el parto vaginal operatorio, la frecuencia de cesárea, la calificación de Apgar menor de 7 a los 5 minutos. También este acompañamiento se asoció a una ligera reducción de la duración del parto. Además, las mujeres del grupo experimental se sintieron más satisfechas⁹.

En América Latina se viene entendiendo este derecho que asiste a las mujeres; de allí que veamos con satisfacción que en el Uruguay, recientemente el Congreso de la República ha aprobado una ley mediante la cual se les reconoce a las parturientas el derecho de ser acompañadas durante el parto.

Recomendación

El acompañamiento de la mujer durante el parto resulta beneficioso para ella y para su hijo.

ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS Y ALIMENTOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, CAMBIOS DE POSICIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

La mujer durante el trabajo de parto pierde líquidos y consume calorías; en consecuencia, necesita la reposición de los mismos y la vía intravenosa no es precisamente la más adecuada, dado que requerimos que la parturienta cambie de posición constantemente, no sólo para adoptar posturas antálgicas sino también para permitir un progreso más adecuado del parto.

Es preferible escoger la vía oral para administrar líquidos a voluntad y pequeñas porciones de alimentos, en la seguridad que ello no representa riesgo adicional de vómitos o aspiración, aún en la eventualidad de un parto operatorio^{2,10}.

En el Antiguo Testamento se puede leer que la posición escogida por las mujeres para el trabajo de parto era la sentada, posición recomendada también por Soranus allá por el siglo II de la Era Cristiana.

Hoy en día sabemos que las posiciones verticales y la deambulacion durante el trabajo de parto ofrecen las siguientes ventajas: mayor intensidad de

las contracciones uterinas, contracciones más regulares y frecuentes, proceso de dilatación más eficiente, relajación más profunda entre las contracciones, mayor presión ejercida por la cabeza fetal sobre el cuello uterino entre las contracciones, menor duración del primero y segundo período del parto, menos estrés, menos dolor y menor incidencia de sufrimiento fetal.

Recomendación

La administración de líquidos y calorías por vía intravenosa y la posición en decúbito durante el trabajo de parto serán reservados para casos con indicación estrictamente médica.

AMNIOTOMÍA DE RUTINA

La amniotomía ha sido definida como una intervención para facilitar el trabajo de parto activo.

Una revisión sistemática de la Biblioteca Cochrane reunió 9 estudios clínicos controlados que aleatoriamente distribuyeron parturientas a grupos con y sin amniotomía. En el grupo de parturientas con amniotomía se pudo obtener: reducción del tiempo de trabajo de parto entre 60 y 120 minutos, una tendencia mayor al parto por cesárea, mayor frecuencia de RN con puntaje Apgar menor de 7 a los 5 minutos, menor necesidad de uso de oxitocina. Sin embargo, los indicadores del estado neonatal (pH sanguíneo e ingreso a la UCI) fueron similares en ambos grupos¹¹.

Recomendación

Reservar la amniotomía para aquellos casos de progreso inadecuado del trabajo de parto

USO DEL PARTOGRAMA

Desde los trabajos de Friedman, los prestadores de la atención del parto se han preocupado de la vigilancia del mismo a través del partograma.

El partograma de la OMS nos permite el seguimiento y la vigilancia del bienestar del feto y de la madre, así como del progreso del parto. Aplicando esta hipótesis, en 1994, la OMS llevó a cabo un estudio multicéntrico aleatorizado en hospitales de Indonesia, Malasia y Tailandia, el cual midió los resultados del parto en mujeres en quienes se usó el partograma, comparadas con el grupo en las



que no se usó. En el grupo de vigilancia con partograma se pudo observar: una menor frecuencia de partos que duraron más de 18 horas, así como del menor uso de oxitocina y menor frecuencia de sepsis posparto. En este mismo grupo hubo una mayor frecuencia de parto vaginal espontáneo y menor frecuencia de parto instrumentado¹².

Uno de las mayores ventajas que le reconocemos al partograma de OMS se encuentra en la menor necesidad de recurrir al tacto vaginal para vigilar el descenso de la cabeza fetal, puesto que éste se puede medir con precisión utilizando la técnica de los quintos a través de exploración abdominal.

Recomendación

Utilizar el partograma en el seguimiento y vigilancia del trabajo de parto.

EL PARTO EN DIFERENTES POSICIONES

Tradicionalmente el parto fue atendido en la casa de las parturientas y al parecer la postura escogida por las mujeres fue la vertical, conforme podemos ver en los grabados y retratos de siglos atrás.

Desde la milenaria cultura egipcia se puede apreciar el uso de la postura vertical. Cuando apareció la instrumentación del parto con el uso del fórceps, los médicos inventores de este instrumento debieron recurrir a la posición ginecológica para la mejor atención y así es como se heredó a los profesionales esa posición para la atención del parto.

El difunto Roberto Caldeyro-Barcia reportaba ya en la década de los 70 que en las experiencias desarrolladas en su centro de investigación en Montevideo, una de las variantes de la postura vertical, la posición sentada, significaba una ventaja importante para la madre y el niño.

Además de las experiencias de Caldeyro, otros investigadores han puesto de relieve las posiciones verticales para el parto, a las que les conceden las siguientes ventajas: patrón de contracciones más eficaz, parto más rápido, menos sufrimiento fetal, menos estrés y menos dolor de parte de la parturienta. En esa misma dirección, el trabajo de parto y el parto bajo el agua es una alternativa que viene siendo trabajada exitosamente¹³.

Una revisión sistemática de la Biblioteca Cochrane comparó los resultados del parto en mujeres que adoptaron la posición vertical y lateral con las que adoptaron la posición supina o de litotomía. En el grupo de posición vertical se obtuvo: acortamiento del período expulsivo, menor frecuencia de intervenciones durante el parto, así como una menor frecuencia de episiotomías, de dolor y de patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal¹⁴.

Recomendación

Permitir el parto en vertical si la mujer así lo decide.

ALUMBRAMIENTO ACTIVO

Entre las causas más frecuentes de mortalidad materna en los países en desarrollo se encuentra que la hemorragia posparto es la más importante. Llama la atención cómo hasta ahora no se consigue el consenso para escoger la mejor manera de prevenirla².

El manejo expectante del alumbramiento permite la expulsión espontánea de la placenta. Cuando esto no sucede, se promueve la expulsión por gravedad o mediante la estimulación de los pezones.

El manejo activo del alumbramiento incluye la administración de oxitócicos antes de la expulsión de la placenta, así como el pinzamiento y corte del cordón, seguido de la tracción controlada del mismo.

Una revisión sistemática de la Biblioteca Cochrane examinó 5 estudios clínicos controlados (ECAs) que comparaban el manejo activo del alumbramiento con el expectante, obteniéndose como resultados que en el grupo del alumbramiento activo fue menor la frecuencia de la hemorragia posparto (HPP) por encima de 500 mL, así como la HPP por encima de 1000 mL. Igualmente, en este grupo fue menor la frecuencia de anemia, el tiempo que duró el alumbramiento y la frecuencia de transfusión de sangre. De otro lado, en este grupo fueron más frecuentes las náuseas y vómitos y el aumento de la presión arterial en la madre. No hubo diferencias en relación con el recién nacido¹⁵.

Recomendación

Se debe realizar el alumbramiento activo en todas las parturientas.



EPISIOTOMÍA RESTRICTIVA

La episiotomía apareció como una rutina en las primeras décadas del siglo anterior, con la racional de prevenir los desgarros perineales graves al momento del parto. También se le atribuyó beneficios en el comportamiento sexual futuro de las mujeres y en la prevención de la incontinencia urinaria. De otro lado, se supone que la episiotomía tiene efectos beneficiosos para el recién nacido al reducir el periodo expulsivo y, como tal, la posibilidad de asfixia al nacer, así como del traumatismo craneal y cerebral y la distocia de hombros. Sin embargo, su uso rutinario ha sido cuestionado².

Una revisión sistemática de la Biblioteca Cochrane evaluó 6 estudios clínicos controlados en los cuales en forma aleatoria se asignó un grupo de mujeres parturientas al uso restrictivo de la episiotomía y otro grupo al uso rutinario. En el grupo de uso restrictivo, se pudo encontrar: menor frecuencia de episiotomías, reducción de la frecuencia de desgarro perineal posterior, menor necesidad de sutura y de complicaciones de cicatrización, menor frecuencia de dolor perineal. En este mismo grupo, hubo mayor frecuencia de desgarro perineal anterior, pero generalmente sin necesidad de sutura. No hubo diferencia entre ambos grupos en cuanto a dispareunia, incontinencia de orina o medidas relacionadas con el dolor severo¹⁶. Además, puede agregarse que hay un ahorro de insumos en las parturientas con uso restrictivo de episiotomía.

Recomendación

El uso de la episiotomía en forma restringida tiene evidentes ventajas.

MONITORIZACIÓN ANTEPARTO

Desde hace algunos años a la fecha se utiliza la cardiotocografía fetal anteparto como una práctica para lograr mejores resultados en el manejo del embarazo y en la evaluación del bienestar del feto. Sin embargo, esto también ha sido cuestionado

Una revisión sistemática de la Biblioteca Cochrane incluyó 4 estudios clínicos controlados aleatorizados en los que se evaluó el bienestar fetal en embarazos de riesgo alto. Se pudo demostrar que

la monitorización tiene utilidad inmediata para evaluar la salud del feto, pero no puede establecer un pronóstico, ni siquiera cuando se hace en forma intermitente semanal¹⁷.

Recomendación

No utilizar la monitorización anteparto de rutina.

MONITORIZACIÓN INTRAPARTO

Hoy en día se utiliza con frecuencia la monitorización fetal electrónica (MFE) en el manejo del trabajo de parto y del parto. Sin embargo, existen grupos de expertos que recomiendan limitar su uso².

Una revisión sistemática de la Biblioteca Cochrane reunió 9 estudios clínicos controlados en los que participaron 18,561 mujeres con embarazos calificados de riesgo alto y bajo, quienes fueron asignadas aleatoriamente al grupo de MFE o al grupo de auscultación intermitente. En el grupo de MFE se observó reducción de convulsiones en neonatos, pero hubo incremento de la frecuencia de cesáreas y de partos vaginales operatorios. No hubo diferencias en el Ápgar menor de 4 ó menor de 7 al minuto, en la frecuencia de neonatos que ingresaron a la UCI, en la frecuencia de parálisis cerebral o en la tasa de muertes perinatales¹⁸.

Recomendación

Es mejor evaluar conjuntamente entre médico y embarazada el beneficio a largo plazo de la reducción de convulsiones para decidir el uso del MFE continuo o la auscultación intermitente durante el parto. Es necesario precisar que, para una mayor credibilidad del MFE, se le debe asociar al uso de la determinación del pH sanguíneo fetal.

VERSIÓN EXTERNA

La presentación podálica expone al feto y a la madre al riesgo de un parto vaginal complicado o a una operación cesárea. La versión cefálica al término de la gestación es diferente de la que se ejecuta antes del término, porque en la primera el feto ya está maduro y se le puede extraer rápido, de producirse alguna complicación².

En nuestro medio folklórico es también preocupante la malposición fetal al momento del parto; de allí que tengamos información del conocido "man-



teo", que se realiza sin mayor conocimiento científico en las poblaciones del interior del país.

Una revisión sistemática de la Biblioteca Cochrane reunió 6 estudios clínicos controlados en los cuales se asignó aleatoriamente mujeres gestantes a término con feto en presentación podálica a uno de dos grupos: el grupo experimental lo constituyó la versión cefálica externa (VCE) y el grupo control no fue sometido a versión. Los resultados en el grupo con VCE son: reducción de los nacimientos no cefálicos, así como de la tasa de cesárea. No hubo diferencias en el puntaje Ápgar menor de 7 al minuto y a los 5 minutos, en el pH de la arteria umbilical ni en la tasa de muerte perinatal¹⁹.

Recomendación

Debe intentarse la VCE en la embarazada con presentación podálica a término para reducir la tasa de cesárea y el número de nacimientos no cefálicos.

USO DE CRISTALOIDES EN EL MANEJO DEL SHOCK

La muerte materna por causa de la hemorragia es la más frecuente en nuestro medio. Para que ocurra muerte en una mujer con hemorragia, pasa antes por un estado de shock hipovolémico. El shock es una emergencia que pone en riesgo la integridad física de la mujer y, como tal, requiere de un manejo inmediato.

Como parte de las medidas encaminadas a manejar el shock, el reemplazo de volumen de líquidos perdidos ocupa un espacio importante, quizás el más importante, y para ello se ha usado cristaloides (como cloruro de sodio o lactato Ringer), coloides y la propia sangre; estos últimos no siempre disponibles tan fácilmente.

Existe una revisión sistemática que nos proporciona un metaanálisis a partir de la evaluación de 17 ensayos clínicos controlados, en los que se comparó el uso de los cristaloides y los coloides en el manejo del shock hipovolémico. Pudo obtenerse como resultado que el cristaloides es la mejor opción, por cuanto implica un menor riesgo, es más barato y está más ampliamente disponible²⁰.

Recomendación

Para la reposición de volumen en el shock hipovolémico, la mejor opción es el uso de cristaloides.

EL SULFATO DE MAGNESIO EN EL MANEJO DE LA PREECLAMPSIA SEVERA-ECLAMPSIA

La preeclampsia severa y su evolución más dramática, la eclampsia, es una de las complicaciones que causa muerte materna y muerte perinatal. En el Perú, es la causa más frecuente de muerte materna a nivel de los hospitales grandes, particularmente los de nivel universitario.

Para el manejo de la eclampsia, se han dado múltiples formas de tratamiento desde épocas inmemoriales y en los últimos años ha existido la controversia entre utilizar como anticonvulsivante el sulfato de magnesio, el diazepam o la fenitoína.

Estudios controlados recientes nos aclaran las evidentes ventajas del sulfato de magnesio sobre las otras sustancias, al prevenir con más eficacia las convulsiones y al ser menor la tasa de complicaciones del neonato^{21,22}.

Recomendación

En el manejo de la preeclampsia severa y la eclampsia es mejor usar el sulfato de magnesio como anticonvulsivante.

ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS

La infección puerperal es el proceso infeccioso más común en las parturientas y es aún causa muy frecuente de muerte materna. El factor de riesgo más importante para la infección puerperal es la cesárea, que en nuestro medio representa casi un riesgo 20 veces mayor de producir infección cuando se le compara con el parto vaginal.

En la Biblioteca Cochrane existe una revisión sistemática que ha reunido 66 estudios clínicos controlados que, en forma aleatoria, han asignado parturientas que van a ser sometidas a cesárea, unas al grupo de uso de antibioticoprofilaxis y el otro al uso de placebo. En el grupo en que se usó la profilaxis antibiótica se redujo sustancialmente la incidencia de episodios de fiebre, endometritis, infección de herida operatoria, infección de la vía urinaria e infecciones graves después de la operación²³.

Recomendación

Está justificada la administración de profilaxis antibiótica a mujeres que se someten a cesárea electiva o de emergencia. Podemos agregar que para la profilaxis es suficiente una sola dosis de antibiótico.



COMENTARIO FINAL

Pudiéramos seguir enunciando situaciones controversiales en la práctica de la Obstetricia de hoy en día. De acuerdo a lo que hemos comentado, en la medida que utilicemos la evidencia de las mejores prácticas y ella la contrastemos con nuestra experiencia profesional, en esa medida podemos encontrar el mejor camino para ofrecer una Obstetricia de calidad, con apego a los derechos de las mujeres y con resultados mejores para ella y para su recién nacido, tanto en lo referente a la conducta de diagnóstico como a la conducta terapéutica. Esta forma de entregar servicios nos conducirá con seguridad a una atención más humana o mejor a una atención holística de la mujer²⁴⁻²⁶ y habremos cumplido con mejorar los nacimientos³. En esa dirección marcha la Clínica Cadamujer, lugar en donde se han incorporado al Manual de Normas y procedimientos todas las recomendaciones que aparecen en este texto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villar J, Gülmezoglu AM, Khana J, Carroli G, Hofmeyr GJ, Schulz K, Lumbiganon P. Salud reproductiva basada en evidencias en los países en desarrollo. Editorial. Ginebra: Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (N° 5). OMS/RHR 2002.
2. CLAP/OPS/OMS. Salud Perinatal, Dic 1998, pag 1-44.
3. Brown H. Iniciativa para mejorar los nacimientos. Ginebra: Biblioteca de salud reproductiva de la OMS (N° 5). OMS/RHR 02.IS, 2002.
4. Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enema vs no enema during labor (Cochrane review). En: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software 1998.
5. Hay-Smith J. Routine enema on admission in labor. En: The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database. The Cochrane Collaboration, Issue 2. Oxford: Update Software 1995.
6. Garforth S, García J. Hospital admission practices. En: Chalmers I, Enkin MW, Keirse M, Eds. Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press 1989, pag 820-6.
7. Renfrew M. Routine perineal shaving on admission in labor. En: Keirse M, Renfrew M, Neilson J, Crowther C, Eds. Pregnancy and Childbirth Module. En: The Cochrane pregnancy and childbirth database, Issue 2. Oxford: Update Software 1995.
8. Madi BC, et al. Effect of female relative support in labor: A randomized control trial. Birth 1999; 26: 4-10.
9. Hodnett ED. Apoyo de prestadores de salud a la mujer durante el parto. En: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update software.
10. Neilson JP. Evidence-based intrapartum care: evidence from the Cochrane Library. Int J Gynecol Obstet 1998; 63(Suppl N° 1): S97-S102
11. Fraser WD, Turcoth B, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomía para la reducción del trabajo de parto espontaneo. En: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
12. WHO. Safe maternal health and safe motherhood programme. WHO partograph in management of labor. Lancet 1994; 343: 1399-404.
13. Balaskas J. Parto ativo. Guia práctico para o parto natural, 2ª Ed. Sao Paulo: Ground 1993, pag 1-317.
14. Gupta JK, Nicodem VC. Woman's position during second stage of labour (Cochrane Review). En: Cochrane Library 2000. Issue 4. Update Software: Oxford.
15. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Manejo activo del tercer estadio del parto comparado con el expectante. En: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
16. Carroli G, Balizan J. Práctica de la episiotomía en el parto vaginal. En: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
17. Neilson JP. Cardiotocography for antepartum fetal assessment. En: The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database. The Cochrane Collaboration, Issue 2. Oxford: Updated Software 1995.
18. Thacker SB, Stroup D, Chang M. Monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardiaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto. En: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
19. Hofmeyr GJ, Kulier R. Versión cefálica externa para convertir a cefálica la presentación podálica a término. En: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
20. Choi E et al. Crystalloids vs colloids in fluid resuscitation: a systematic review. Crit Care Med 1999, 27: 200-10.
21. OMS. Eclampsia trial collaborative group. Magnesium sulphate, diazepam or phenitoin for women with eclampsia. Lancet 1995; 345: 1455-63.
22. Duley L, Henderson-Smart D. Sulfato de magnesio vs diazepam para la eclampsia. En: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
23. Smaill F, Hofmeyr GJ. Profilaxis antibiótica para la operación cesarea. En: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
24. Umenai T. Forewords of the International Conference on the humanization of childbirth held on 2-4 November 2000, in Fortaleza, Ceará, Brazil. Int J Gynecol Obstet 2001; 75 (Suppl. N° 1) S1-S2.
25. Umenai T, et al. Conference agreement on the definition of humanization and humanized care. Int J Gynecol Obstet 2001; 75(Suppl N° 1) S3-S4.
26. Davis-Floy R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. Int J Gynecol Obstet 2001, 75 (Suppl N° 1) S5-S23.