



RESUMEN EJECUTIVO

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA ANALGESIA DEL PARTO



VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica Analgesia del Parto en:
<http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA ANALGESIA DEL PARTO.
SANTIAGO: MINSAL.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de
diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de Publicación: 2020

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p>RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO</p> <p>1. En mujeres en trabajo de parto en fase latente que soliciten alivio del dolor, el Ministerio de Salud SUGIERE usar óxido nitroso o medidas no farmacológicas de acuerdo a las preferencias personales de cada mujer.</p> <p><i>Comentarios del panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se considera fase latente del trabajo de parto hasta los 5 cm de dilatación. - La elección del método de alivio del dolor dependerá de las preferencias de las mujeres respecto a la libertad de vivir una experiencia positiva de su parto, sin ser excluyentes una de otra. - Dentro de las medidas no farmacológicas incluidas en esta guía se encuentran: el balón kinésico, la termoterapia (bolsas de semilla, compresas tibias o guateros) y la masoterapia. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○</p>
<p>2. En mujeres en trabajo de parto en fase latente que soliciten alivio del dolor, el Ministerio de Salud SUGIERE usar tanto óxido nitroso o anestesia neuroaxial de acuerdo a las preferencias personales de cada mujer.</p> <p><i>Comentarios del panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se considera fase latente del trabajo de parto hasta los 5 cm de dilatación. - La elección final del método de alivio del dolor dependerá de las preferencias de cada mujer y de la disponibilidad de ambas técnicas. - Para una decisión informada, es importante considerar los potenciales efectos de cada alternativa: el óxido nitroso tiene un menor efecto en el dolor y puede producir somnolencia o mareos. Por otra parte, la técnica neuroaxial requiere de una punción lumbar y puede asociarse a dolor de espalda, dificultad para moverse o prurito. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○</p>

<p>3. En mujeres en trabajo de parto que soliciten alivio del dolor, el Ministerio de Salud SUGIERE usar termoterapia local por sobre no usar.</p> <p><i>Comentarios del panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La termoterapia corresponde a la aplicación de calor local por medio de bolsas de semillas, compresas tibias o guateros. Su uso como medida de alivio del dolor y satisfacción dependerá de las preferencias de la mujer respecto a la libertad de vivir una experiencia positiva de su parto, sin ser excluyentes respecto de otras técnicas de alivio del dolor farmacológicas o no farmacológicas. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○</p>
<p>4. En mujeres en trabajo de parto que soliciten alivio del dolor, el Ministerio de Salud SUGIERE usar balón kinésico por sobre no usarlo.</p> <p><i>Comentarios del panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El uso de balón kinésico como medida de alivio del dolor y satisfacción dependerá de las preferencias de la mujer respecto a la libertad de vivir una experiencia positiva de su parto. Su uso puede ser de manera exclusiva o adicional a otras técnicas de alivio del dolor farmacológicas o no farmacológicas. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○</p>
<p>5. En mujeres en trabajo de parto que soliciten alivio del dolor, el Ministerio de Salud SUGIERE usar masoterapia por sobre no usarla.</p> <p><i>Comentarios del panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El uso de masoterapia como medida de alivio del dolor y satisfacción dependerá de las preferencias de la mujer respecto a la libertad de vivir una experiencia positiva de su parto. Su uso puede ser adicional a otras técnicas de alivio del dolor farmacológicas o no farmacológicas. - La masoterapia puede ser realizada por personal de salud o bien por el acompañante que la mujer escoja para ello. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○</p>
<p>6. En mujeres en trabajo de parto con analgesia epidural, el Ministerio de Salud, SUGIERE el uso de infusión con bomba de infusión continua por sobre el uso de infusión en bolo manual.</p>	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○</p>

<p><i>Comentarios del panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La infusión con bomba de infusión continua del tipo intermitente podría generar una mayor satisfacción de las mujeres, y por lo tanto, el panel la consideró preferible ante la infusión manual. <p>Sin embargo, en caso de no contar con bombas de infusión apropiadas, la administración manual en bolos con dosis bajas de anestésicos es una alternativa apropiada de manejo.</p>		
<p>7. En mujeres en trabajo de parto fase latente que soliciten alivio del dolor con método farmacológico, el Ministerio de Salud SUGIERE ofrecer técnica neuroaxial por sobre no ofrecer.</p> <p><i>Comentarios del panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se considera fase latente del trabajo de parto hasta los 5 cm de dilatación. - El uso de este método de alivio del dolor dependerá finalmente de la decisión de la mujer, una vez que haya recibido una información adecuada respecto de los beneficios y efectos adversos de la técnica. - El acceso a la técnica neuroaxial pudiera verse limitada en algunos centros de salud cuando no existan profesionales entrenados capaces de proveerla - 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>8. En mujeres en trabajo de parto que deseen recibir analgesia neuroaxial, el Ministerio de Salud SUGIERE que se administre por técnica combinada (espinal-epidural) por sobre técnica epidural.</p> <p><i>Comentarios del panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La técnica combinada (espinal-epidural) podría reducir el dolor en forma más rápida que la técnica neuroaxial epidural, pero pudiese ser más difícil de realizar. - El panel considera que ambas opciones son alternativas razonables de analgesia. La elección de una u otra técnica dependerá de la preferencia de cada mujer, disponibilidad de ambas técnicas y experiencia del profesional que la administre. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>BAJA</p> <p>⊕ ⊕ ○ ○ ○</p>

<p>9. En mujeres en trabajo de parto en fase latente que soliciten analgesia neuroaxial, el Ministerio de Salud SUGIERE que ésta se administre en dicha fase por sobre posponerla hasta la fase activa.</p> <p><i>Comentarios del panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - En concordancia con la definición de la Organización Mundial de la Salud, el panel considera como fase latente del trabajo de parto hasta los 5cm de dilatación. Asimismo, de los 5cm en adelante se considera fase activa. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○</p>
<p>En mujeres en trabajo de parto que deseen recibir analgesia neuroaxial, el Ministerio de Salud SUGIERE que no se les administre una carga de volumen parenteral.</p> <p><i>Comentarios del panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La carga de volumen parenteral previa a la analgesia neuroaxial se ha usado para prevenir hipotensión arterial generada por vasodilatación. Sin embargo, existe considerable incertidumbre respecto del real beneficio de esta medida. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○</p>
<p>En mujeres en trabajo de parto con contraindicaciones para el uso de analgesia neuroaxial, el Ministerio de Salud SUGIERE usar opioides parenterales por sobre usar otros métodos analgésicos farmacológicos.</p> <p><i>Comentarios del panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El uso de opioides parenterales puede tener efectos adversos importantes, por lo tanto, su uso debiera ser monitorizado cercanamente. - Las contraindicaciones más frecuentes para el uso de analgesia neuroaxial incluyen: Trastornos de coagulación, uso de anticoagulantes, infección en el sitio de punción, sepsis materna, alergia a los anestésicos. - Los efectos adversos dependerán del tipo y dosis de opioide administrado. Opioides de vida media corta pudieran ser preferibles dado que actúan más rápido y su efecto permanece por menos tiempo. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○</p>

Las recomendaciones fueron formuladas durante el año 2019-2020 utilizando el sistema GRADE.

1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

En el contexto de la creación del subsistema de protección a la primera infancia, Chile Crece Contigo, el año 2007 el Ministerio de Salud emana el *“Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo”*, documento que orienta y fomenta un acompañamiento y asistencia de la mujer en situación de parto, considerando su autonomía en la toma de decisiones y realizando una racionalización de las tecnologías sanitarias basadas en la mejor evidencia científica disponible. Las principales recomendaciones basadas en las recomendaciones internacionales consideraban: apoyo emocional continuo, la reducción de la utilización de monitorización continua de los latidos cardíacos fetales, la libertad de posición y movimiento durante todo el parto, uso restrictivo de la episiotomía, eliminación del uso del enema evacuante y rasurado genital, estimulación del contacto temprano piel a piel de la madre con su recién nacido y el uso de diferentes alternativas farmacológicas y no farmacológicas de alivio del dolor durante el período de dilatación y expulsivo (1-5).

La Analgesia del parto fue incluida como garantía explícita en salud partir del año 2007; lo cual ha permitido dar respuesta a la necesidad farmacológica de alivio del dolor, no obstante, es pertinente actualizar las guías de práctica clínica basándose en el estado actual de implementación y relevancia que implica en la atención integral y respetuosa de la mujer en situación de parto.

Según datos del Ministerio de Salud, el año 2018 el 93,6% (n=135.032) de las mujeres en situación de parto en el sistema público optaron por analgesia farmacológica y un 17% recibió algún método no farmacológico del dolor(6). La presente disparidad en el acceso y preferencia de parte de la mujer, es consistente con un estudio nacional, en el que se incluyeron 1374 gestantes de bajo riesgo obstétrico y se pudo determinar que el 66,2% recibió analgesia farmacológica, 9,7% métodos no farmacológicos y el 24% ambos tipos de analgesia (7,8) .

Durante el año 2018 la Organización Mundial de la Salud publicó las nuevas recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia positiva(9), documento que sintetiza 56 recomendaciones, de las cuales 5 están vinculadas directamente con la necesidad de analgesia durante el parto; es destacable enfatizar que el inicio y tipo analgesia depende exclusivamente de la preferencia de la mujer, dimensión que ha sido reafirmada por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología(10) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (11).

Considerar la utilización de la analgesia en el parto centrado en la preferencias de la mujer, permite reconocer las particularidades culturales del dolor y el parto influyendo directamente en la generación de una experiencia positiva bajo la disminución o ausencia de dolor, y en la entrega pertinente de analgesia del parto independiente de la etapa de trabajo de parto en la cual se encuentre(12). La atención respetuosa durante el trabajo de parto y parto, desde una perspectiva de

derechos humanos, contribuye a respetar la autonomía, integridad y capacidad de tomar decisiones informadas de la mujer, recomendación hacia los Estados miembros de Naciones Unidas para la protección de los derechos de un trato digno y respetuoso en los servicios de salud reproductiva (13).

2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

OBJETIVO GENERAL: Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca del manejo de la analgesia durante el trabajo de parto y parto.

TIPO DE PACIENTES Y ESCENARIO CLÍNICO: Mujeres en trabajo de parto y parto, que reciben atención en nivel terciario de salud, en el sector público y privado de salud.

USUARIOS DE LA GUÍA: Todos los profesionales de salud con responsabilidades en la atención de mujeres en trabajo de parto y parto: matronas y matrones, médicos anestesiólogos, médicos ginecoobstetras, médicos generales, técnicos de enfermería, entre otros.

3. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **equipo elaborador** compuesto por: un coordinador temático, metodólogos, responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia, expertos clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y, cuando fue posible, pacientes.

- Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses - Guía Analgesia del Parto 2020](#)
- Para la actualización de la Guía de Práctica Clínica de Analgesia del Parto, se realizó una revisión de vigencia de recomendaciones claves de la Guía de Práctica Clínica de Analgesia del Parto año 2013, con el objetivo de identificar las recomendaciones que proponen una acción concreta y que, según la experiencia clínica y el conocimiento de la evidencia actualmente disponible de los miembros del equipo elaborador de la guía (grupo de profesionales convocados), son prácticas que producen más beneficio que daño en la población y no están en desuso.

Recomendaciones vigentes al 2020, de la GPC Analgesia del Parto del año 2013

1. Existe suficiente evidencia para recomendar, preferentemente, el uso de la analgesia neuraxial para el Alivio del dolor en el trabajo de parto y parto

Ver más detalle en [Informe de Vigencia de Recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica Analgesia del Parto](#)

PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

Se realizó la priorización de las preguntas para la actualización. El equipo elaborador planteó todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. Luego de un proceso de evaluación se definió que para la presente actualización se responderían las siguientes 11 preguntas:

TRATAMIENTO:

1. En mujeres en trabajo de parto fase latente (menos de 5cm dilatación) ¿Se debe “usar óxido nitroso” en comparación a “usar medidas no farmacológicas”?
2. En mujeres en trabajo de parto fase latente (menos de 5cm dilatación) ¿Se debe “usar óxido nitroso” en comparación a “inicio precoz de técnica neuroaxial”?
3. En mujeres en trabajo de parto fase latente ¿se debe “usar técnica neuroaxial” en comparación a “no usar”?
- *En mujeres en trabajo de parto ¿Se debe “usar medidas analgésicas no farmacológicas” en comparación a “no usar”?*

Esta pregunta fue la originalmente planteada por el panel elaborador de la guía, la que se fue precisando en conjunto con el equipo metodológico, con la intención de ir seleccionando la evidencia que más se ajustaba a la incertidumbre clínica del panel. Por lo mismo, se decidió dividir la pregunta: en tres alternativas no farmacológicas: Termoterapia, balón kinésico y masoterapia, dando origen a las siguientes tres preguntas:

4. En mujeres en trabajo de parto ¿Se debe “usar termoterapia” en comparación a “no usar”?
5. En mujeres en trabajo de parto ¿Se deben “realizar ejercicios con balón kinésico” en comparación a “no realizar”?
6. En mujeres en trabajo de parto ¿Se debe realizar masoterapia comparado con no realizar?

7. En mujeres en trabajo de parto ¿se debe “usar técnica neuroaxial combinada (espinal-epidural)” en comparación a “usar técnica neuroaxial epidural”?
8. En mujeres en trabajo de parto ¿Se debe “ofrecer analgesia neuroaxial en fase latente” en comparación a “ofrecer analgesia neuroaxial en fase activa”?
9. En mujeres en trabajo de parto con analgesia epidural ¿Se debe “usar infusión en bomba peridural” en comparación a “usar infusión en bolo manual”?
10. En mujeres en trabajo de parto con indicación de analgesia neuroaxial ¿se debe “administrar volumen parenteral” en comparación a “no administrar”?
11. En mujeres en trabajo de parto con contraindicaciones para el uso de analgesia neuroaxial (trastornos de coagulación, uso de anticoagulantes, infección en sitio de punción, rechazo materno, sepsis materna, alergia a los anestésicos) ¿Se debe “ofrecer opioides parenterales” en comparación a “otros métodos analgésicos farmacológicos”?

Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía de Práctica Clínica Analgesia del Parto 2020](#)

ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*” (GRADE)¹. Para cada una de las preguntas seleccionadas, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia respecto de:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
 2. Valores y preferencias de los pacientes respecto a la intervención versus comparación.
 3. Costos de la intervención y comparación
 4. Costo efectividad de la intervención versus comparación.
- Ver más detalle en [Recomendaciones GRADE](#)

¹ Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2013 Jul [cited 2017 Dec 3];66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>

El grupo elaborador formuló las recomendaciones considerando su experiencia clínica o personal, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de los pacientes, la viabilidad de implementación, y el uso de recursos.

Para asegurar la permanente **vigencia de las recomendaciones** de esta Guía, se generó un sistema de alerta que identifica periódicamente estudios que dan respuesta a las preguntas formuladas.

Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica Analgesia del Parto versión extensa](#).

4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.

Grado de la recomendación



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

FUERTE: Indican que existe una alternativa claramente superior, por lo que seguir la recomendación es la conducta más apropiada en TODAS o CASI TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS O CASOS. Salvo casos muy justificados, la gran mayoría de las personas deberían recibir el curso de acción recomendado. Este tipo de recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.

CONDICIONAL: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la MAYORÍA DE LOS CASOS, pero se requiere considerar y entender la evidencia de efectos, valores y preferencias, costos y disponibilidad de recursos en que se sustenta la recomendación. Estas recomendaciones se generan cuando existe incertidumbre respecto de cuál alternativa resulta mejor, por lo tanto distintas opciones pueden ser adecuadas para distintas personas o circunstancias. Para aplicar una recomendación condicional puede ser importante conversar con la persona los potenciales

beneficios y riesgos de la intervención propuesta, y tomar una decisión en conjunto que sea coherente con las preferencias de cada persona.

Este tipo de recomendación puede ser **Condiciónal a Favor** o **Condiciónal en Contra** de la intervención.

BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: Son recomendaciones excepcionales relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud para las cuales no es necesario realizar una búsqueda de evidencia.

Estas recomendaciones estarán categorizadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

CERTEZA DE LA EVIDENCIA

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación
Baja ⊕⊕○○	Existe incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe poca evidencia o porque esta tiene limitaciones.
Muy baja ⊕○○○	Existe considerable incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe muy poca evidencia o porque esta tiene limitaciones importantes.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica](#).

5. EQUIPO ELABORADOR

El equipo elaborador que ha participado de la presente elaboración es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

Coordinación	Clínica: Alejandro Jankelevich. Médico Anestesiólogo. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Sociedad de Anestesiología de Chile. Marcia López. Médico Gineco-obstetra. Hospital San Juan de Dios.
	Temática: Rodrigo Neira Contreras. Matrón. Departamento Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.
Metodólogos	Coordinador: S. Pamela Burdiles Fraile. Matrona. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
	Apoyo: Natalia Celedón Hidalgo. Fonoaudióloga. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
	Asesor: Ignacio Neumann Burotto. GRADE Working Group. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

PANEL DE EXPERTOS

Jorge Neira Miranda	Médico Gineco-obstetra. Encargado Programa de Salud de la Mujer, Departamento de Ciclo vital. División de Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.
Christian Figueroa Lasalle	Médico Gineco-obstetra. Hospital La Florida Dra. Eloísa Díaz.
Marco Clavero Pérez	Médico Gineco-obstetra. Hospital San José Santiago
María Isabel Tagle Reszczyński	Médico Gineco-obstetra. Hospital Padre Hurtado. Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología
Solange Burgos Estrada	Matrona. Departamento GES y Líneas Programáticas. División de Gestión de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud
Karina Muñoz Mesina	Matrona. Hospital San Juan de Dios

Susan Díaz Díaz	Matrona. Hospital La Florida Dra. Eloísa Díaz
Giorgia Cartes Bravo	Matrona. Hospital San José
Jovita Ortiz Contreras	Matrona. Departamento de Promoción de Salud de la Mujer y el Recién Nacido. Facultad de Medicina. Universidad de Chile
Juan Carlos Chirino Salazar	Matrón. Académico Instituto de Salud Sexual y Reproductiva. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.
Héctor Lacassie Quiroga	Médico Anestesiólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile
Juan Francisco Morales Santelices	Médico Anestesiólogo. Hospital La Florida Dra. Eloísa Díaz

RESPONSABLES DE LA BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA

Epistemonikos Foundation¹	Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
Centro de evidencia UC¹	Gabriel Rada Giacaman; Luis Ortiz Muñoz; Macarena Morel Marambio; Francisca Verdugo Paiva; Rocío Bravo Jeria. Elaboración de tablas de síntesis de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
Eduardo Quiñelén Rojas²	Valores y preferencias de los pacientes.
Victoria Hurtado Meneses²	Evaluaciones de costo-efectividad de las intervenciones.
Paola Aguilera Ibaceta³	Costos en Chile de las intervenciones.

¹ La búsqueda de evidencia fueron externalizadas del Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a las empresas señaladas.

² Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

³ Departamento Desarrollo de Productos. Fondo Nacional de Salud (FONASA).

REVISORES

Sylvia Santander Rigollet	Médico. Jefa División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud
----------------------------------	--

Dino Viveros	Sepúlveda	Médico. Jefe Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
---------------------	------------------	--

DISEÑO, EDICIÓN, DESARROLLO Y MANTENCIÓN PLATAFORMA WEB

Miguel Contreras Torrejón	Ingeniero Informático. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud
----------------------------------	---

DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Del total de integrantes del equipo colaborador ninguno de ellos declaró tener potenciales de conflictos de interés

6. REFERENCIA

1. MINSAL. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. 1era Edición. Santiago. Gobierno de Chile; 2007
2. Tessier E, Camaño I, García A, Hernández J, Cotelo R, De la Hera C, et al. Cesárea humanizada. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2013.
3. Wallace L. El derecho de acompañamiento durante el parto. *Revista Horizonte de enfermería*. 2009; 20(2):45–51.
4. OMS. Declaración de Fortaleza: Tecnología apropiada para el parto, 1985. *Lancet*, Fortaleza.
5. Hofmeyr J. Evidence-based intrapartum care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2005; 19(1):103–15.
6. MINSAL. Registros Estadísticos Mensuales (REM) A-24: Atención en maternidad sección A: Información de partos y abortos 2018. 2020
7. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery* [Internet]. Elsevier; 2013.
8. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G, Foster J. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery* [Internet]. 2016; 35:53–61.
9. OMS. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, Transformar la atención a mujeres y neonatos para. *Dep Salud Reprod e Investig Conex Organ Mund la Salud* [Internet]. 2018; WHO-RHR-18(8):1–8.
10. ACOG. ACOG Committee Opinion No. 766 Summary: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstet Gynecol*. 2019; 133(2):406–8.
11. MBCI. La Iniciativa Internacional para el Parto Madre Bebé: IMBCI. 2018
12. NICE. Clinical guideline: Intrapartum care for healthy women and babies. *Nice* [Internet].

- 2017;(December):1–58
13. CEDAW. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. 2019.