

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Resumen de evidencias y recomendaciones

Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo Maestro: SSA-218-09

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: **Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención; México: Secretaría de Salud; 2009.**

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:
www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

ISBN en trámite

Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención

Autores			
Dr. David Martínez Góngora.	Médico ginecoobstetra	Servicios de Salud de Yucatán	Responsable Estatal de Cáncer de la Mujer
Dr. Francisco Javier Uicab Alonzo	Médico ginecoobstetra	Servicios de Salud de Yucatán	Coordinador Estatal de Salud Materna y Perinatal
Dra. Sonia Victoria Santiago Lastra	Médica general	Instituto de Salud del estado de Chiapas	Responsable Estatal de Guías de Práctica Clínica
Dra. Lorraine Cárdenas Hernández	Médico Ginecoobstetra	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Asesora de Guías de Práctica Clínica
Validación interna			
Dr. Miguel Ángel Martínez Enriquez	Médico ginecoobstetra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrito al HGZ 71 Veracruz
Validación externa:			
Dr. Jesús Carlos Briones Garduño	Ginecología y obstetricia. Medicina crítica	Academia Mexicana de Cirugía	Investigación clínica
Dr. Rafael Gerardo Buitrón García Figueroa	Ginecología y obstetricia	Academia Mexicana de Cirugía	
Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández	Ginecología y obstetricia. Cirugía oncológica. Biología de la reproducción	Academia Mexicana de Cirugía	

ÍNDICE

1. Clasificación	6
2. Preguntas a responder en esta guía.....	7
3. Aspectos generales	8
3.1 Justificación	8
3.2 Objetivo de esta guía.....	9
3.3 Definición.....	10
4. Evidencias y recomendaciones	11
4.2 Promoción a la salud.....	12
4.2 Indicaciones para inducción de trabajo de parto.....	12
4.2.1 electiva	12
4.2 Indicaciones para inducción de trabajo de parto.....	13
4.2.2 Embarazo prolongado.....	13
4.2 Indicaciones para inducción de trabajo de parto.....	15
4.2.3 Ruptura prematura de membranas	15
4.2 Indicaciones para inducción de trabajo de parto.....	16
4.2.4 Ruptura prematura de membranas a término.	16
4.2 Indicaciones para inducción de trabajo de parto	16
4.2.5 Presentación pélvica.....	16
4.2 Indicaciones para inducción de trabajo de parto.....	17
4.2.6 Restricción en el crecimiento intrauterino	17
4.2 Indicaciones para inducción de trabajo de parto.....	17
4.2.7 óbito	17
4.3 Métodos farmacológicos utilizados para inducir el trabajo de parto	18
4.3.1 Prostaglandinas E2	18
4.3 Métodos farmacológicos utilizados para inducir el trabajo de parto	19
4.3.2 oxitocina.....	19
4.3 Métodos farmacológicos utilizados para inducir el trabajo de parto	22
4.3.3 Misoprostol oral.....	22
4.3 Métodos farmacológicos utilizados para inducir el trabajo de parto	23
4.3.4 Misoprostol vía vaginal.....	23
4.3 Métodos farmacológicos utilizados para inducir el trabajo de parto	24
4.3.5 Misoprostol vía vaginal.....	24
4.4 Métodos no farmacológicos utilizados para inducir el trabajo de parto	25
4.4.1despegamiento de las membranas.....	25
4.4 Métodos no farmacológicos utilizados para inducir el trabajo de parto	26
4.4.2 Relaciones sexuales	26
4.4 Métodos no farmacológicos utilizados para inducir el trabajo de parto	27
4.4.3 Estimulación del pezón.....	27
4.5 Métodos quirúrgicos utilizados para inducir el trabajo de parto	27
4.5.1 amniotomía.....	27
4.5 Métodos quirúrgicos utilizados para inducir el trabajo de parto	28
4.5.2 métodos mecánicos.....	28
4.6 Cuidados que deben considerarse antes de iniciar la inducción del trabajo de parto.....	29
4. 7 Analgesia en la inducción del trabajo de parto	30

4. 7 Complicaciones en la inducción del trabajo de parto.....	31
4.7.1 hiperestimulación uterina.....	31
4. 7 Complicaciones en la inducción del trabajo de parto.....	32
4.7.2 inducción fallida.....	32
4. 7 Complicaciones en la inducción del trabajo de parto.....	32
4.7.3 Prolapso del cordón umbilical.....	32
4. 7 Complicaciones en la inducción del trabajo de parto.....	33
4.7.4 Ruptura uterina.....	33
13. Anexos.....	34
Criterios de Evaluación.....	47
Pregunta de Interés.....	48
Criterios de Evaluación.....	49
Pregunta de Interés.....	50
Criterios de Evaluación.....	51
Pregunta de Interés.....	52
Criterios de Evaluación.....	53
Pregunta de Interés.....	54
Criterios de Evaluación.....	55
Pregunta de Interés.....	56
Criterios de Evaluación.....	57
Pregunta de Interés.....	58
Criterios de Evaluación.....	59
Pregunta de Interés.....	60
Criterios de Evaluación.....	61
Pregunta de Interés.....	62
Criterios de Evaluación.....	63
Pregunta de Interés.....	64
13.5 Anexo V. Escala de Bishop.....	65
13.6 Anexo VI. Definiciones Operativas.....	66
14.- Bibliografía.....	71
15.- Agradecimientos.....	72
16. Comité académico.....	73
17. Directorio.....	74
18. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	75

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro: GO-	
Profesionales de la salud	Médico Ginecóobstetra
Clasificación de la enfermedad	N/A
Categoría de GPC	Segundo nivel de atención Evaluación de efectividad terapéutica Evaluación de riesgo
Usuarios potenciales	Enfermeras generales Estudiantes (médicos en formación) Hospitales Médicos especialistas
Tipo de organización desarrolladora	Gobierno Federal Secretaría de Salud Servicios de salud de Yucatán
Población blanco	Mujeres con embarazos mayores a 20 a 41 semanas con feto vivo o muerto
Fuente de financiamiento/ patrocinador	Gobierno Federal Secretaría de Salud Servicios de Salud de Yucatán
Intervenciones y actividades consideradas	Consejería Exploración ginecológica Diagnóstico
Impacto esperado en salud	Incremento en la atención del parto vaginal Reducción del índice de operación cesárea Disminución de la morbi – mortalidad materna perinatal Disminución de costos
Metodología¹	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de fuentes documentales revisadas: 9 Guías seleccionadas: cuatro del periodo 2002-2007 Revisiones sistemáticas Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Adopción de guías de práctica clínica internacionales: 9 Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *
Método de validación y adecuación	Método de validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación interna: Dr. Miguel Ángel Martínez Enríquez Validación externa :
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
Registro y actualización	Catálogo maestro: FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro: 2 a 3 años</i>

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: www.cenetec.salud.gob.mx/.

2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA

- 1.- ¿Qué pacientes son candidatas a la inducción del trabajo de parto?
- 2.- ¿En qué condiciones no debe realizarse la inducción del parto?
- 3.- ¿Cuáles es la orientación consejería acerca de la inducción del parto, que debe recibir la paciente en el control prenatal?
- 4.- ¿En qué consiste básicamente los cuidados durante la inducción del parto?
- 5.- ¿Cuál es la utilidad de los diferentes métodos para la inducción del trabajo de parto?
- 6.- ¿Cuál es el sitio ideal para realizar la inducción del parto?
- 7.- ¿Existen otros métodos de inducción del trabajo de parto?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

Conceptualmente la inducción al trabajo de parto, consiste en desencadenar sus fenómenos fisiológicos después de las 20 semanas de gestación; para reproducir lo más fielmente posible el parto normal y espontáneo, estimulando artificialmente las contracciones uterinas que conducen al borramiento, dilatación del cuello uterino y posteriormente el nacimiento.

Tiene como propósito fundamental, la disminución de los riesgos maternos y/o fetales que supone la continuación del embarazo. Se aplica de acuerdo a indicaciones absolutas o relativas así como a la presencia de contraindicaciones.

Las condiciones cervicales son un factor clave a la hora de realizar una inducción del trabajo de parto. La presencia de un cuello desfavorable pronostica que el parto tardara en desencadenarse; cuanto más inmaduro es un cérvix, más probabilidad de fracaso de la inducción, por ello la maduración cervical previa a la inducción del parto aumenta las posibilidades de éxito. Para lograr la maduración cervical se cuenta con diferentes métodos: de los cuales los más utilizados son la oxitocina (ampliamente conocido y generalizado), y las prostaglandinas; sobre todo la prostaglandina sintética PGE1 conocida como "**Misoprostol**" que posee un efecto muy potente sobre las fibras colágenas del cuello y la dinámica uterina que favorecen la maduración del cérvix, la expulsión del producto y la disminución del número de maniobras obstétricas.

Se ha demostrado que el parto vaginal conlleva menor índice de morbi - mortalidad materno - fetal que el parto por cesárea, así como un menor costo -beneficio.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica “Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención”, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del programa de acción específico de guías de práctica clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el programa sectorial de salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer y segundo nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Comparar los diferentes métodos de inducción del parto en relación a los resultados maternos y fetales.
- Evaluar el rol de la inducción del parto en una variedad de situaciones clínico obstétrico.
- Conocer el cuidado que debe ser ofrecido a las mujeres y al producto durante el proceso de la inducción del trabajo de parto.
- Incrementar la incidencia de parto vaginal.
- Disminuir los índices de cesárea a 25 % o menos.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN

La inducción del trabajo de parto es la iniciación artificial del trabajo de parto antes de que inicie de manera espontánea con el propósito de la expulsión de la unidad fetoplacentaria. (*SOGC Induction of labour at term, 2001*)

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando entre paréntesis su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN

4.2 PROMOCIÓN A LA SALUD

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p>	<p>Si se considera inducir trabajo de parto lo siguiente debe abordarse y documentarse: indicación de la inducción, si existe alguna contraindicación, edad gestacional, cérvix favorable, presentación fetal, desproporción céfalopélvica, bienestar fetal, estado de las membranas.</p> <p style="text-align: right;">B</p> <p>Existe buena evidencia para sustentar la recomendación de que la condición debe ser específicamente considerada en un examen medico de rutina. <i>SOGC Induction of labour at term 2001</i></p>
<p>R</p>	<p>La indicación para inducción del trabajo de parto debe ser discutida con la paciente así como los beneficios y los riesgos potenciales.</p> <p style="text-align: right;">Punto de buena practica.</p> <p>Recomendación del grupo que elaboro la guía <i>SOGC Induction of labour at term 2001</i></p>
<p>R</p>	<p>Si el cérvix es desfavorable según la escala de Bishop (menor o igual a 6) la maduración cervical debe considerarse antes de inducir el trabajo de parto.</p> <p style="text-align: right;">Punto de buena practica.</p> <p>Recomendación del grupo que elaboro la guía <i>SOGC Induction of labour at term 2001</i></p>
<p>R</p>	<p>La ruptura prematura de membranas artificial con la administración de oxitocina o prostaglandinas pueden ser usadas para inducir el trabajo de parto con cérvix favorable.</p> <p style="text-align: right;">Punto de buena practica.</p> <p>Recomendación del grupo que elaboro la guía <i>SOGC Induction of labour at term 2001</i></p>

4.2 INDICACIONES PARA INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO

4.2.1 ELECTIVA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p>	<p>La inducción del trabajo de parto de forma electiva esta asociada a complicaciones potenciales, por eso no debe de recomendarse, y solo debe de realizarse después de darle la información completa acerca de los riesgos a la mujer y una vez que se halla establecido de manera precisa la edad gestacional.</p> <p style="text-align: right;">B</p> <p>Existe buena evidencia para sustentar la recomendación de que la condición debe ser específicamente considerada en un examen medico de rutina <i>SOGC Induction of labour at term 2001</i></p>

E

Evidencia indirecta sugiere que, la inducción de trabajo de parto electiva comparada con el manejo expectante de las 37 a las 40 semanas de gestación sin ninguna indicación médica se asoció a mayor incidencia de parto vaginal instrumentado y a menor incidencia de cesárea.

1+
Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ECA's o ECA's con un bajo riesgo de sesgo
NICE induction labour 2008

R

La inducción del parto no debe de ser recomendada solamente cuando la mujer lo solicite. Sin embargo bajo circunstancias específicas debe de considerarse a las 40 semanas o después.

Punto de buena practica
Recomendación del grupo que elaboró la guía
NICE induction labour 2008

4.2 INDICACIONES PARA INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO

4.2.2 EMBARAZO PROLONGADO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Existe fuerte evidencia epidemiológica que apunta a un riesgo incrementado para madres y bebés si el embarazo continúa después de las 40 semanas.

3
Estudios no analíticos (por ejemplo: reporte de casos, series de casos)
NICE induction labour 2008.

E

Comparado con manejo expectante, la inducción del trabajo de parto después de las 41 semanas completadas se ha asociado con menos muertes perinatales (0/2986 versus 7/2953) excluyendo anormalidades genéticas. El riesgo absoluto es extremadamente pequeño. Un ensayo clínico aleatorizado grande incluido en la revisión sistemática reportó menor tasa de cesáreas en el grupo que se les realizó inducción cuando se les comparó con el manejo expectante.

I++
Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo
NICE induction labour 2008

E

Se compararon los resultados de un monitoreo serial prenatal, la inducción del parto a las 41.2 semanas de gestación con resultados maternos y fetales. Hubo una muerte neonatal en el grupo monitoreado debido a un nudo en el cordón umbilical.

1+
Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ECA's o ECA's con un bajo riesgo de sesgo
NICE induction labour 2008

E

Los nacimientos después de las 42 semanas de gestación están asociados con un riesgo incrementado de muerte intraparto y neonatal.

3
Estudios no analíticos (por ejemplo, informes de casos, series de casos)
NICE induction labour 2008

R

Mujeres con embarazos no complicados se les debe de dar la oportunidad de que inicien en trabajo de parto espontáneo.

Punto de buena practica
Recomendación del grupo que elaboró la guía
NICE induction labour 2008

R

Se les debe de ofrecer inducción de trabajo de parto a las mujeres de las 41 semanas de gestación a las 42, ya que la evidencia actual revela una disminución en la mortalidad perinatal sin aumentar el riesgo de cesáreas.

A
Existe buena evidencia para recomendar la acción clínica preventiva.
SOGC 2008 guidelines for the management of pregnancy at 41+0 to 42+0 weeks

R

Mujeres con embarazos no complicados se les debe ofrecer inducción de trabajo de parto entre 41 y 42 semanas para evitar el riesgo de embarazo prolongado. El tiempo exacto para realizar la inducción tiene que ser tomando en cuenta las preferencias de la mujer así como las circunstancias locales.

Punto de buena practica
Recomendación del grupo que elaboró la guía
NICE induction labour 2008

R

Si una mujer decide que no sea inducido su trabajo de parto, su decisión debe de ser respetada. Los profesionales de la salud deben de discutir el cuidado de la mujer desde ese momento.

Punto de buena practica
Recomendación del grupo que elaboró la guía
NICE induction labour 2008

R

A partir de las 42 semanas, las mujeres quienes no deseen inducción de trabajo de parto, se les debe de ofrecer incrementar el monitoreo prenatal en por lo menos dos veces a la semana con registro cardiotocográfico y ultrasonido para estimar el pool máximo del líquido amniótico

Punto de buena practica
Recomendación del grupo que elaboró la guía
NICE induction labour 2008

4.2 INDICACIONES PARA INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO

4.2.3 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>La evidencia sugiere que, en las mujeres con ruptura prematura de membranas iniciar inmediatamente la inducción de trabajo de parto se asoció a menor estancia en salas de labor, reduciendo así la incidencia de corioamnioitis y reduciendo la duración de hospitalización en la madre y el neonato cuando se compara con manejo expectante.</p> <p style="text-align: right;">1+</p> <p>Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ECA's o ECA's con un bajo riesgo de sesgo. <i>NICE induction labour 2008</i></p>
<p>E</p>	<p>El punto de quiebra natural en la morbilidad neonatal fue observado a las 34 semanas de gestación, en el cual la inducción del trabajo de parto puede servir de apoyo desde esta edad gestacional.</p> <p style="text-align: right;">3</p> <p>Estudios no analíticos (por ejemplo, reporte de casos, series de casos) <i>NICE induction labour 2008</i></p>
<p>R</p>	<p>Si una mujer tiene ruptura prematura de membranas, la inducción del trabajo de parto no debe iniciarse antes de las 34 semanas de gestación siempre y cuando no haya indicaciones obstétricas adicionales (por ejemplo, infección o compromiso fetal).</p> <p style="text-align: right;">Punto de buena practica</p> <p>Recomendación del grupo que elaboró la guía <i>NICE induction labour 2008</i></p>
<p>R</p>	<p>Si una mujer tiene ruptura prematura de membranas después de las 34 semanas, se debe de discutir los siguientes factores con la mujer antes de tomar la decisión de inducir el trabajo de parto, usando prostaglandinas E2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgos para la mujer (por ejemplo: sepsis, posible necesidad de realizar una cesárea). • Riesgos para el bebe (por ejemplo, sepsis, problemas relacionados con parto prematuro) • La disponibilidad local de servicios de cuidados intensivos neonatales. <p style="text-align: right;">Punto de buena practica</p> <p>Recomendación del grupo que elaboró la guía <i>NICE induction labour 2008</i></p>

4.2 INDICACIONES PARA INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO

4.2.4 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TÉRMINO.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Mujeres con ruptura prematura de membranas a término (a 37 semanas o más) se les debe de ofrecer la inducción de trabajo de parto con prostaglandinas E2 o manejo expectante.

Punto de buena practica

Recomendación del grupo que elaboró la guía
NICE induction labour 2008

R

Inducción del trabajo de parto es apropiada aproximadamente 24 horas después de la ruptura prematura de membranas a término de la gestación.

Punto de buena practica

Recomendación del grupo que elaboró la guía
NICE induction labour 2008

4.2 Indicaciones para inducción de trabajo de parto

4.2.5 Presentación pélvica

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Existe poca evidencia de que la inducción en presentación pélvica se puede realizar solo en casos seleccionados y debe de justificarse.

IV

Evidencia obtenida de reporte de comités de expertos y/o experiencia clínica de respetadas autoridades.
RCOG 2006 the management of breech presentation

R

No se recomienda la inducción del trabajo de parto en presentación pélvica.

B

Existe buena evidencia para recomendar la acción clínica preventiva
SOGC 2009 Vaginal Delivery of Breech Presentation

4.2 INDICACIONES PARA INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO

4.2.6 RESTRICCIÓN EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>Para la restricción en el crecimiento intrauterino identificado entre las 24 y 36 semanas de gestación, no hay suficiente evidencia para determinar si el nacimiento inmediato o diferido es beneficioso.</p> <p>1+</p> <p>Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ECA's o ECA's con un bajo riesgo de sesgo. <i>NICE induction labour 2008</i></p>
<p>R</p>	<p>No se recomienda la inducción del trabajo de parto si existe restricción en el crecimiento severo con compromiso fetal confirmado.</p> <p>Punto de buena practica Recomendación del grupo que elaboró la guía <i>NICE induction labour 2008</i></p>

4.2 INDICACIONES PARA INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO

4.2.7 ÓBITO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p>	<p>Si una mujer tiene buen estado de salud en el evento de muerte fetal intrauterina (óbito), y las membranas están intactas y no existe evidencia de ruptura de membranas, se le debe ofrecer inducción de trabajo de parto inmediatamente o manejo expectante.</p> <p>Punto de buena practica Recomendación del grupo que elaboró la guía <i>NICE induction labour 2008</i></p>
<p>R</p>	<p>Si existe evidencia de ruptura de membranas, infección o sangrado en la muerte fetal intrauterina, el manejo inmediato preferido es la inducción del trabajo de parto.</p> <p>Punto de buena practica Recomendación del grupo que elaboró la guía <i>NICE induction labour 2008</i></p>
<p>R</p>	<p>Si una mujer quien ha tenido una muerte fetal intrauterina acepta iniciar con inducción, debe considerarse la mifepristona vía oral, seguida de prostaglandina E2 vía oral o vaginal. En la elección y la dosis de prostaglandina vía vaginal</p> <p>Punto de buena practica Recomendación del grupo que elaboró la guía <i>NICE induction labour 2008</i></p>

debe de ser tomada en cuenta las circunstancias clínicas disponibles de las preparaciones y los protocolos locales.

R

Para mujeres en quienes existe muerte fetal intrauterina y que han tenido cesárea previa, el riesgo de ruptura uterina aumenta. La dosis de prostaglandinas debe de ser menor en consecuencia, particularmente en el tercer trimestre.

Punto de buena practica
Recomendación del grupo que elaboró la guía
NICE induction labour 2008

4.3 MÉTODOS FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO

4.3.1 PROSTAGLANDINAS E2

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La evidencia obtenida de ensayos de tamaño razonable sugiere que, en mujeres con cuello desfavorable, todos los regímenes de prostaglandinas E2 vaginales son efectivos y mejoran las condiciones cervicales y reducen el uso de oxitocina y la tinción de meconio, cuando se comparó con placebo o ningún otro tratamiento. Sin embargo, un ensayo muy pequeño informó que no existe diferencia entre prostaglandinas E2 vaginal y placebo en lograr el parto vaginal en 24 horas. Todos los regímenes de prostaglandinas se asociaron con hiperestimulación uterina.

1++

Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo
NICE induction labour 2008

E

Se compararon los resultados maternos y fetales en mujeres con cuello desfavorable, en quienes se utilizó gel de prostaglandinas E2 (2mg) y tabletas de prostaglandinas (3mg). La hiperestimulación uterina con cambios en la frecuencia cardiaca fetal es menos probable con el uso de gel de prostaglandina E2 (2.5-5mg) cuando se comparó con los supositorios (3-5mg). Resultados maternos y fetales se compararon entre mujeres que utilizaron

1++

Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo
NICE induction labour 2008

pesarios de prostaglandinas E2 de liberación y gel de prostaglandinas. La necesidad de utilizar oxitocina entre pesarios de liberación y gel no puede determinarse debido a la heterogeneidad de los estudios incluidos. Se comparó también dosis altas de PGE2 con bajas dosis de PGE2 y ésta se asoció a una disminución de la hiperestimulación uterina y de la frecuencia cardíaca fetal.

R

Las prostaglandinas E2 son el método recomendado para la inducción del trabajo de parto, a menos que existan razones clínicas específicas para no usarlas (en particular, el riesgo de hiperestimulación uterina). Pueden ser empleadas en gel, tabletas o pesarios de liberación controlada.

Punto de buena practica

Recomendación del grupo que elaboró la guía *NICE induction labour 2008*

Los regímenes recomendados son:

R

- Un ciclo de prostaglandinas vía vaginal en tabletas o gel: una dosis, seguida de una segunda dosis después de 6 horas si el trabajo de parto no se ha establecido (el límite máximo son dos dosis).
- Un ciclo de prostaglandinas vía vaginal en pesarios de liberación prolongada: una dosis en 24 horas.

Punto de buena practica

Recomendación del grupo que elaboró la guía *NICE induction labour 2008*

4.3 MÉTODOS FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO

4.3.2 OXITOCINA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La evidencia sugiere que, en mujeres con cérvix desfavorable y membranas intactas, la oxitocina intravenosa es menos efectiva que las prostaglandinas E2 vía vaginal en mejorar las condiciones cervicales y en reducir la tasa de nacimientos por cesárea.

1++

Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo *NICE induction labour 2008*

E

En mujeres con condiciones cervicales desfavorables y ruptura de membranas, la oxitocina fue menos efectiva que las prostaglandinas E2 en lograr el parto vaginal dentro de 24 horas.

1++

Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo
NICE induction labour 2008

E

En mujeres con cérvix favorable, la oxitocina intravenosa fue menos efectiva que las prostaglandinas E2 vaginales en lograr el trabajo de parto dentro de 24 hrs.

1++

Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo
NICE induction labour 2008

R

Un meta-análisis de cinco ensayos ha concluido que el uso de oxitocina para madurar el cérvix no es efectivo.

E

Existe evidencia convincente para apoyar la recomendación de que la condición debe ser excluida de la consideración en un examen periódico de salud
SOGC Induction of labour at term 2001

R

Cuando se usa la oxitocina para inducir el trabajo de parto se debe de usar la dosis mínima para desencadenar la fase activa del trabajo de parto, y aumentar en intervalos no mayores de cada 30 minutos.

B

Existe buena evidencia para sustentar la recomendación de que la condición debe ser específicamente considerada en un examen medico de rutina
SOGC Induction of labour at term 2001

R

Una vez que se alcanza la dosis de 20mU/min de oxitocina se debe revalorar a la paciente.

C

Existen evidencias escasas respecto a la inclusión o exclusión de la condición en un examen periódico de salud, pero se podrán formular recomendaciones por otros motivos
SOGC Induction of labour at term 2001

R

Si ocurre excesiva actividad uterina con frecuencia cardiaca fetal normal, se debe de disminuir la infusión de oxitocina y después revalorar la actividad uterina para determinar si son necesarias otras intervenciones

B

Existe buena evidencia para sustentar la recomendación de que la condición debe ser específicamente considerada en un examen medico de rutina
SOGC Induction of labour at term 2001

R

Si ocurre excesiva actividad uterina (mayor de 5 contracciones en 10 minutos o contracciones que duran más de 120 segundos) con frecuencia cardiaca fetal con patrones no tranquilizadores se debe de quitar la infusión de oxitocina para corregir el patrón anormal. Otro paso que debe ser tomado incluye colocar

B

Existe buena evidencia para sustentar la recomendación de que la condición debe ser específicamente considerada en un examen medico de rutina
SOGC Induction of labour at term 2001

a la paciente en posición de decúbito lateral, evaluar la tensión arterial e incrementar hidratación intravenosa si no es contraindicada por alguna condición materna y se debe de realizar la valoración de la dilatación, descartar el prolapso del cordón umbilical y colocar mascarilla de oxígeno a 10 Litros por minuto.

R

Cada departamento de obstetricia debe establecer guías para la inducción de trabajo de parto con oxitocina. Se recomienda que antes de iniciar la oxitocina, se debe de valorar el bienestar fetal y el monitoreo cardiotocográfico. La oxitocina debe de ser administrada con bomba de infusión para estar seguros de que la dosis es exacta. Para evitar bolos inadvertidos, la oxitocina debe de ser conectada como vía secundaria para mantener la vía principal. La inducción del trabajo de parto requiere monitoreo cercano de la actividad uterina y de la frecuencia cardiaca fetal. Se recomienda vigilancia una a una es decir un personal de salud por una mujer en inducción de trabajo de parto

B

Existe buena evidencia para sustentar la recomendación de que la condición debe ser específicamente considerada en un examen medico de rutina

SOGC Induction of labour at term 2001

4.3 MÉTODOS FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO

4.3.3 MISOPROSTOL ORAL

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La evidencia sugiere que, independientemente de la situación del cérvix, el misoprostol vía oral es más efectivo que el placebo como agente para la inducción. No hay diferencias significativas en los resultados maternos y fetales entre el misoprostol (200 microgramos) y las prostaglandinas E2 intracervicales.

1++

Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo *NICE induction labour 2008*

E

El uso de misoprostol vía oral (100 microgramos) es más apropiado que la oxitocina ya que ésta se asocia a mayor incidencia de meconio en líquido amniótico. El misoprostol vía oral 50 microgramos o 100 microgramos logran similares resultados maternos y fetales. Con el misoprostol vía oral (50-100 microgramos) es menos probable que terminen las pacientes en cesáreas cuando se compara con las prostaglandinas E2 vía vaginal.

1++

Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo *NICE induction labour 2008*

E

En mujeres con cérvix desfavorable, el misoprostol vía oral con dosis de 50 microgramos es más efectivo que el misoprostol 25 microgramos vía vaginal para desencadenar el trabajo de parto en 24 horas. El misoprostol vía oral ha tenido eficacia similar que el gel de prostaglandinas E2 vaginal para obtener el parto en 24 hrs.

1++

Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo *NICE induction labour 2008*

4.3 MÉTODOS FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO

4.3.4 MISOPROSTOL VÍA VAGINAL

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La evidencia sugiere que, para mujeres con cérvix desfavorable, el misoprostol es más efectivo que el placebo como agente para la inducción del trabajo de parto. El misoprostol vía vaginal (50-100 microgramos) es más efectivo que las prostaglandinas E2 por vía vaginal para producir maduración cervical en 24 horas, y lograr el parto en ese tiempo, también es más frecuente que cause hiperestimulación uterina.

1++

Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo *NICE induction labour 2008*

E

El misoprostol vía vaginal (50 a 100 microgramos) es más probable que cause hiperestimulación uterina sin cambios en la frecuencia cardíaca fetal que la oxitocina. El misoprostol vía vaginal en dosis baja (mínimo 25 microgramos) causó menos hiperestimulación uterina con o sin cambios en la frecuencia cardíaca fetal que en dosis altas (máximo 50 microgramos).

1++

Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo *NICE induction labour 2008*

E

El misoprostol en gel vía vaginal (50 microgramos) tiene menor probabilidad de causar hiperestimulación uterina con cambios en la frecuencia cardíaca fetal que las tabletas vaginales de misoprostol, pero es más probable que necesite oxitocina y analgesia epidural.

1++

Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo *NICE induction labour 2008*

4.3 MÉTODOS FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO

4.3.5 MISOPROSTOL VÍA VAGINAL

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Para las mujeres con cérvix desfavorable, la evidencia es insuficiente para determinar la efectividad del misoprostol vía bucal o sublingual comparado con el uso del misoprostol vía oral y vaginal.

1++

Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo
NICE induction labour 2008

E

Comparado con las prostaglandinas E2, el misoprostol es mas efectivo para desencadenar trabajo de parto en 24 horas y disminuye la necesidad de usar oxitocina, pero el misoprostol esta asociado con alto riesgo de producir hiperestimulación y aumentar la tinción de meconio. Las tasas de cesáreas fueron similares entre las dos intervenciones.

1++

Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo
NICE induction labour 2008

R

Dado que la mejor dosis y ruta del misoprostol para inducción de trabajo de parto con fetos vivos es desconocida y hay preocupación con respecto a la hiperestimulación que produce debe de ser más estudiada en ensayos clínicos.

B

Existe buena evidencia para sustentar la recomendación de que la condición debe ser específicamente considerada en un examen medico de rutina
SOGC Induction of labour at term 2001

R

El misoprostol debe de ser usado solo como método de inducción del trabajo de parto en mujeres en quienes tengan muerte fetal intrauterina.

Punto de buena practica

Recomendación del grupo que elaboró la guía
NICE induction labour 2008

4.4 MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO

4.4.1 DESPEGAMIENTO DE LAS MEMBRANAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
---------------------------	---------------

E

En mujeres con cuello uterino desfavorable, la evidencia sugiere que el despegamiento de membranas y el no despegamiento de membranas logra resultados similares maternos y fetales, incluyendo el uso de analgesia: Sin embargo el despegamiento de las membranas se asocia con:

Reducción en la necesidad de inducir de manera formal el parto, especialmente en mujeres multíparas.

Incrementa la tasa de parto espontáneo, si se realiza más de una vez desde las 38 semanas de gestación; la evidencia aún no es clara sobre el régimen más apropiado para realizarlo.

Los reportes de dolor se incrementan pero la mayoría de las mujeres vuelven a escoger el método en futuros embarazos y lo recomiendan.

La evidencia también sugiere los beneficios de repetir los intentos de despegamiento de las membranas. Existe también evidencia que un intento puede ser suficiente.

Los datos fueron limitados en lo que respecta a proveer evidencia de los beneficios en comparar entre el despegamiento de membranas, prostaglandinas E2 vía vaginal y oxitocina intravenosa

1++

Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo
NICE induction labour 2008

R

Antes de iniciar la inducción formal del trabajo de parto, se debe de ofrecer a las mujeres un examen vaginal para realizar despegamiento de las membranas.

Punto de buena practica

Recomendación del grupo que elaboró la guía
NICE induction labour 2008

R

A partir de la semana 40 y 41 en la visita prenatal, a las nulíparas se les debe ofrecer examen vaginal para despegamiento de membranas.

Punto de buena practica

Recomendación del grupo que elaboró la guía
NICE induction labour 2008

R

A las 41 semanas en la visita prenatal, en las mujeres que ya han tenido hijos se les debe de ofrecer un examen vaginal para despegamiento de membranas.

Punto de buena practica
Recomendación del grupo que elaboró la guía
NICE induction labour 2008

R

Cuando se realiza un examen vaginal para valorar el cérvix, se debe tomar como oportunidad para ofrecer a la mujer el despegamiento de las membranas.

Punto de buena practica
Recomendación del grupo que elaboró la guía
NICE induction labour 2008

R

Adicionalmente se debe de ofrecer despegamiento de membranas en el caso de que el trabajo de parto no inicie espontáneamente.

Punto de buena practica
Recomendación del grupo que elaboró la guía
NICE induction labour 2008

4.4 MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO

4.4.2 RELACIONES SEXUALES

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Un pequeño estudio con datos insuficientes no encontró diferencia significativa en resultados en cuanto a desencadenar trabajo de parto entre mujeres que tuvieron relaciones sexuales y las que no.

1++
Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo
NICE induction labour 2008

R

No se recomiendan las relaciones sexuales como método para inducir el trabajo de parto.

Punto de buena practica
Recomendación del grupo que elaboró la guía
NICE induction labour 2008

4.4 MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO

4.4.3 ESTIMULACIÓN DEL PEZÓN

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La evidencia sugiere que la estimulación del pezón parece ser beneficiosa en aumentar el número de mujeres que inician el trabajo de parto en 72 hrs y en reducir las tasas de hemorragia postparto cuando se comparó con el control. Las tasas de los nacimientos por cesárea fueron similares entre las mujeres en quienes tuvieron estimulación del pezón y las que utilizaron oxitocina intravenosa

1++

Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo
NICE induction labour 2008

4.5 MÉTODOS QUIRÚRGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO

4.5.1 AMNIOTOMÍA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Para mujeres con cérvix desfavorable, hay limitada evidencia para determinar el efecto de la amniotomía sola como método efectivo para la inducción.

1++

Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo
NICE induction labour 2008

E

Para mujeres con cérvix favorable, un ensayo encontró que la amniotomía fue significativamente más efectiva pero se asoció con la necesidad de aumentar la oxitocina cuando se comparó con prostaglandinas E2 vía vaginal.

1++

Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo
NICE induction labour 2008

R

La amniotomía no debe de ser usada como método primario para inducir el trabajo de parto a menos que existan razones clínicas específicas que contraindiquen el uso de prostaglandinas E2, en particular el riesgo de hiperestimulación uterina.

Punto de buena practica

Recomendación del grupo que elaboró la guía
NICE induction labour 2008

4.5 MÉTODOS QUIRÚRGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO

4.5.2 MÉTODOS MECÁNICOS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>Para mujeres con cérvix desfavorable, existe evidencia limitada para valorar la efectividad del balón con catéter intracervical/extra amniótico o la laminaria en términos de la posibilidad de llegar al parto dentro de 24 horas, o la reducción de nacimientos por cesárea cuando se comparó con todas las vías de las prostaglandinas, incluyendo el misoprostol. La posibilidad de hiperestimulación uterina puede ser reducida.</p> <p style="text-align: right;">1++</p> <p>Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo <i>NICE induction labour 2008</i></p>
<p>E</p>	<p>Comparando la inserción de catéter con balón con el misoprostol intravaginal 100 microgramos resultó ser más eficaz como agente de maduración cervical. Esta dosis es más alta que la usada generalmente y esto puede explicar los dos casos de ruptura uterina que sucedieron en el ensayo.</p> <p style="text-align: right;">1+</p> <p>Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ECA's o ECA's con un bajo riesgo de sesgo. <i>NICE induction labour 2008</i></p>
<p>E</p>	<p>El uso del catéter Foley intracervical, el misoprostol y la combinación de sonda Foley-misoprostol tienen efectos similares para producir la maduración cervical.</p> <p style="text-align: right;">1+</p> <p>Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ECA's o ECA's con un bajo riesgo de sesgo. <i>NICE induction labour 2008</i></p>
<p>E</p>	<p>Para mujeres con cérvix favorable, no existe evidencia para determinar los efectos de los métodos mecánicos como agentes para inducir el trabajo de parto.</p> <p style="text-align: right;">1++</p> <p>Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo <i>NICE induction labour 2008</i></p>
<p>R</p>	<p>Los procedimientos mecánicos de dilatación (catéter con balón y las laminarias) no deben de ser usados de rutina para la inducción del trabajo de parto.</p> <p style="text-align: right;">Punto de buena practica</p> <p>Recomendación del grupo que elaboró la guía <i>NICE induction labour 2008</i></p>

4.6 CUIDADOS QUE DEBEN CONSIDERARSE ANTES DE INICIAR LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R Siempre que la inducción del parto esté indicada, deben estar disponibles los recursos electrónicos para vigilar la frecuencia cardiaca fetal y el monitoreo de las contracciones uterinas.</p>	<p>Punto de buena practica Recomendación del grupo que elaboró la guía <i>NICE induction labour 2008</i></p>
<p>R Antes de que se lleve a cabo la inducción del trabajo de parto, se deben de valorar las condiciones cervicales con la puntuación de Bishop y deben de documentarse, el patrón de la frecuencia cardiaca fetal debe de confirmarse utilizando un monitoreo fetal electrónico.</p>	<p>Punto de buena practica Recomendación del grupo que elaboró la guía <i>NICE induction labour 2008</i></p>
<p>R Después de la administración de prostaglandinas vaginales E2, cuando las contracciones inicien, se debe de valorar el bienestar fetal con monitoreo electrónico de la frecuencia cardiaca fetal. Una vez que el cardiotocograma se confirma como normal, la auscultación intermitente debe de ser usada a menos que haya una indicación clara para utilizar el monitoreo electrónico continuo.</p>	<p>Punto de buena practica Recomendación del grupo que elaboró la guía <i>NICE induction labour 2008</i></p>
<p>R La calificación de Bishop debe de revalorarse cada seis horas después de la inserción de prostagandinas E2 en tabletas o en gel, o en 24 horas después de la inserción de pesarios, para monitorear el progreso.</p>	<p>Punto de buena practica Recomendación del grupo que elaboró la guía <i>NICE induction labour 2008</i></p>

4. 7 ANALGESIA EN LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E	En las mujeres con trabajo de parto espontáneo es más probable que requieren una pequeña y efectiva dosis de analgesia epidural con sufentanil que las mujeres a quien se les indujo el trabajo de parto.	<p style="text-align: center;">2+</p> Estudios de casos y controles bien realizados o estudios de cohorte con un bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una probabilidad moderada de que la relación es causal <i>NICE induction labour 2008</i>
E	La analgesia epidural se asoció con bajos scores de dolor y con una alta tasa de satisfacción materna cuando se comparó en mujeres que no recibieron analgesia epidural durante el periodo temprano de la inducción del trabajo de parto.	<p style="text-align: center;">1+</p> Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ECA's o ECA's con un bajo riesgo de sesgo. <i>NICE induction labour 2008</i>
E	La administración de analgesia epidural temprana en lugar de tardía no prolonga el trabajo de parto o incrementa la incidencia de parto instrumentado o cesáreas.	<p style="text-align: center;">1+</p> Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ECA's o ECA's con un bajo riesgo de sesgo. <i>NICE induction labour 2008</i>
E	La inducción con oxitocina puede ser más dolorosa que la inducción con prostaglandinas E2 vía vaginal.	<p style="text-align: center;">1++</p> Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA) o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo <i>NICE induction labour 2008</i>
R	A las mujeres en quienes tienen indicación para inducir el trabajo de parto se les debe de informar que dicha inducción puede ser más dolorosa que si iniciara con parto espontáneo.	<p style="text-align: center;">Punto de buena practica</p> Recomendación del grupo que elaboró la guía <i>NICE induction labour 2008</i>

R

Las parteras y profesionales de la salud deben ofrecer apoyo a las mujeres para el control del dolor como la analgesia si es necesario o alentarlas para utilizar sus propias estrategias para afrontar el dolor.

Punto de buena practica

Recomendación del grupo que elaboró la guía
NICE induction labour 2008

4. 7 COMPLICACIONES EN LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

4.7.1 HIPERESTIMULACIÓN UTERINA.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La evidencia sugiere que la hiperestimulación uterina después de la terapia con baja dosis de PGE2 es rara y por lo general rápidamente reversible con la terapia de β 2-adrenérgicos, sin aparentes complicaciones maternas ni fetales.

3+

Estudios no analíticos (por ejemplo, repotes de casos, series de casos)
NICE induction labour 2008

R

Se debe de considerar el uso de tocolíticos si ocurre hiperestimulación uterina durante la inducción del trabajo de parto.

Punto de buena practica

Recomendación del grupo que elaboró la guía
NICE induction labour 2008

E

Cuando se produce excesiva actividad uterina, especialmente si está asociada a un patrón alarmante en la frecuencia cardiaca fetal, se debe de tratar de revertir la actividad uterina anormal, si existe prostaglandinas intravaginales o intracervicales deben de tratar de retirarse completamente, si se administra una infusión de oxitocina debe suspenderse, y utilizar medidas de soporte/resucitación como poner a la mujer en posición de decúbito lateral izquierdo y oxigeno con mascara. Si hay actividad uterina excesiva con patrón no tranquilizador de la frecuencia cardiaca fetal y la actividad persiste, debe de administrarse un tocolítico como opción está la terbutalina 250 mg subcutánea o nitroglicerina intravenosa a dosis de 50 a 200 mg, o puede ser una o dos dosis medidas de spray sublingual (400-800 mg).

B

Existe buena evidencia para sustentar la recomendación de que la condición debe ser específicamente considerada en un examen medico de rutina
SOGC Induction of labour at term 2001

4. 7 COMPLICACIONES EN LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

4.7.2 INDUCCIÓN FALLIDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p>	<p>Si la inducción del trabajo de parto falla, los profesionales de la salud deben de discutir la situación con las pacientes. La condición materna y el embarazo en general debe de ser reevaluados, y también el bienestar fetal usando monitoreo electrónico fetal.</p> <p>Punto de buena practica Recomendación del grupo que elaboró la guía <i>NICE induction labour 2008</i></p>
<p>R</p>	<p>Si la inducción falla las decisiones acerca del futuro manejo deben de ser tomadas de acuerdo con los deseos de la mujer, y de las circunstancias clínicas, las opciones de manejo subsecuente incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuevo intento de inducir trabajo de parto (el tiempo depende de la situación clínica y de los deseos de la mujer. • Operación cesárea. <p>Punto de buena practica Recomendación del grupo que elaboró la guía <i>NICE induction labour 2008</i></p>

4. 7 COMPLICACIONES EN LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

4.7.3 PROLAPSO DEL CORDÓN UMBILICAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p>	<p>Para reducir la posibilidad de prolapso del cordón, el cual puede ocurrir en el momento en el que se realiza la amniotomía, las siguientes precauciones deben de ser tomadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de la inducción, debe de ser evaluada la altura de la presentación. • En el tacto vaginal se debe de buscar intencionadamente la presencia del cordón umbilical y evitar desalojar la cabeza del bebé. • La amniotomía no se debe realizar si la presentación se encuentra muy alta. • Profesionales de la salud deben siempre revisar de que no existan signos de inserción baja de placenta antes de despegar las membranas y antes de iniciar la inducción del trabajo de parto. <p>Punto de buena practica Recomendación del grupo que elaboró la guía <i>NICE induction labour 2008</i></p>

4. 7 COMPLICACIONES EN LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

4.7.4 RUPTURA UTERINA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p>	<p>B</p> <p>La inducción médica del trabajo de parto con oxitocina puede estar asociada a un riesgo incrementado de ruptura uterina y puede ser usada cuidadosamente después de un asesoramiento adecuado.</p> <p>Existe buena evidencia para sustentar la recomendación de que la condición debe ser específicamente considerada en un examen medico de rutina <i>SOGC 2005 vaginal birth after previous caesarean birth</i></p>
<p>R</p>	<p>B</p> <p>La inducción medica con prostaglandinas E2 esta asociada con un incremento en el riesgo de ruptura uterina y solo debe de ser utilizada en raras circunstancias y después de un asesoramiento adecuado.</p> <p>Existe buena evidencia para sustentar la recomendación de que la condición debe ser específicamente considerada en un examen medico de rutina <i>SOGC 2005 vaginal birth after previous caesarean birth</i></p>
<p>R</p>	<p>A</p> <p>Las prostaglandinas E1 (misoprostol) está asociada con un riesgo alto de ruptura uterina y no debe de ser usada para inducir el trabajo de parto en mujeres con cesárea previa.</p> <p>Existe buena evidencia para recomendar la acción clínica preventiva. <i>SOGC 2005 vaginal birth after previous caesarean birth</i></p>
<p>R</p>	<p>A</p> <p>Una sonda Foley puede ser usada de forma segura para madurar el cérvix en mujeres que se planea una inducción de trabajo de parto después de cesárea previa.</p> <p>Existe buena evidencia para recomendar la acción clínica preventiva. <i>SOGC 2005 vaginal birth after previous caesarean birth</i></p>
<p>R</p>	<p>B</p> <p>Los datos disponibles sugieren que una prueba de trabajo en las mujeres con más de 1 cesárea anterior es muy probable que tenga éxito pero se asocia con un mayor riesgo de ruptura uterina</p> <p>Existe buena evidencia para sustentar la recomendación de que la condición debe ser específicamente considerada en un examen medico de rutina <i>SOGC 2005 vaginal birth after previous caesarean birth</i></p>
<p>R</p>	<p>A</p> <p>Si se sospecha ruptura uterina requiere atención urgente y realizar una laparotomía para así disminuir la mortalidad y morbilidad materna y fetal.</p> <p>Existe buena evidencia para recomendar la acción clínica preventiva. <i>SOGC 2005 vaginal birth after previous caesarean birth</i></p>

13. ANEXOS

13.1 ANEXO I. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE NIVELES DE EVIDENCIA Y FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES

CRITERIOS PARA GRADAR LA EVIDENCIA

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. (JAMA, 1992) En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Sacket DL, 1996). En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica. (Guerra L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC. (Jovell AJ, 1995)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R, 2006), en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria. (Guyatt GH, 1993) Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

Para propósitos de esta metodología de adopción, se empleará el modelo de GRADE (Marzo-Castillejo M, 2006), del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) Grading System (www.sign.ac.uk), el modelo del Centre for Evidence Based Medicine, Oxford (www.cebm.net), el modelo del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (www.nice.org.uk) El modelo deberá seleccionarse de acuerdo a la guía adoptada e incluirse en anexo de escalas de evidencia, a continuación se enuncian los usados en la guía.

Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN, traducida y modificada para incluir los estudios de pruebas diagnósticas

Niveles de evidencia

1++	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos-control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o casos-control o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2 -	Estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Grados de recomendación

A	Al menos un meta-análisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la Guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
?	Consenso del equipo redactor.

Niveles de evidencia de estudios de intervención national institute for health and clinical excellence (NICE)

1++	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos ^A
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, o estudios de cohortes o de casos-controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo ^A
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertos
Nota: ^A Los estudios con un nivel de evidencia ‘-’ no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación	

Estudios de intervención clasificación de las recomendaciones

A	Al menos un meta-análisis, o un ensayo clínico aleatorio categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población diana, o una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados, Evidencia a partir de la apreciación de NICE
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D (PBP)	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+ o Consenso formal
	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía

Estudios de diagnóstico Niveles de evidencia

Ia	Revisión sistemática (con homogeneidad) ^a de estudios de nivel 1 ^b
Ib	Estudios de nivel 1 ^b
II	Estudios de nivel 2 ^c Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 2
III	Estudios de nivel 3 ^d Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 3
IV	Consenso, informes de comités de expertos o opiniones y /o experiencia clínica sin valoración crítica explícita; o en base a la psicología, difusión de la investigación o 'principios básicos'

Notas:

^a Homogeneidad significa que no hay variaciones o estas son pequeñas en la dirección y grado de los resultados entre los estudios individuales que incluye la revisión sistemática.

^b Estudios de nivel 1:

1. aquellos que utilizan una comparación ciega de la prueba con un estándar de referencia validado (gold standard)
2. en una muestra de pacientes que refleja a la población a quien se aplicaría la prueba.

^c Estudios nivel 2 son aquellos que presentan una sola de estas características:

1. población reducida (la muestra no refleja las características de la población a la que se le va a aplicar la prueba)
2. utilizan un estándar de referencia pobre (definido como aquel donde la 'prueba' es incluida en la 'referencia', o aquel en que las 'pruebas' afectan a la 'referencia')
3. la comparación entre la prueba y la referencia no está cegada
Estudios de casos y controles.

^d Estudios de nivel 3 son aquellos que presentan al menos dos o tres de las características señaladas anteriormente.

Adaptado de The Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (2001) and the Centre for Reviews and Dissemination Report Number 4 (2001)

Estudios de diagnóstico clasificación de las recomendaciones

A (ED)	Estudios con un nivel de evidencia Ia o Ib
B (ED)	Estudios con un nivel de evidencia II
C (ED)	Estudios con un nivel de evidencia III
D (ED)	Estudios con un nivel de evidencia IV

Escala de la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

En su tercera edición, publicada recientemente y que puede consultarse en la *web* de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm), se evalúa la calidad de la evidencia de una forma más elaborada que no sólo tiene en cuenta el tipo de diseño de los estudios (tabla 1). Los grados de recomendación se establecen a partir de la calidad de la evidencia y del beneficio neto (beneficios menos perjuicios) de la medida evaluada. Las definiciones siguientes han sido aplicables para todas aquellas recomendaciones votadas por la USPSTF previo a mayo del 2007.

Fuerza de las Recomendaciones

A	La USPSTF <i>recomienda claramente</i> que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes que cumplan los criterios. La USPSTF ha encontrado <i>buena evidencia</i> de que la medida mejora de manera importante los resultados en salud y concluye que los beneficios superan ampliamente a los riesgos).
B	La USPSTF <i>recomienda</i> que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes. La USPSTF ha encontrado <i>evidencia moderada</i> de que la medida mejora de manera importante los resultados en salud y concluye que los beneficios superan a los riesgos.
C	La USPSTF <i>no recomienda a favor o en contra</i> de la intervención. La USPSTF ha encontrado al menos <i>evidencia moderada</i> de que la medida puede mejorar los resultados en salud, pero los <i>beneficios son muy similares a los riesgos</i> y no puede justificarse una recomendación general.
D	La USPSTF <i>recomienda en contra</i> que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes asintomáticos. La USPSTF ha encontrado al menos <i>evidencia moderada</i> de que la medida es ineficaz o que <i>los riesgos superan a los beneficios</i> .
I	La USPSTF concluye que la evidencia es insuficiente para <i>recomendar a favor o en contra</i> de la intervención. No existe evidencia de que la intervención es ineficaz, o de calidad insuficiente, o conflictiva y que el balance entre los riesgos y los beneficios no se puede determinar.

Niveles de Evidencia-Calidad de la Evidencia

Buena	La evidencia incluye resultados consistentes a partir de estudios bien diseñados y realizados en poblaciones representativas que directamente evalúan efectos sobre resultados de salud
Moderada	La evidencia es suficiente para determinar efectos sobre resultados de salud, pero la fuerza de la evidencia es limitada por el número, la calidad, o la consistencia de los estudios individuales, la generalización a la práctica rutinaria, o la naturaleza indirecta de la evidencia sobre los resultados de salud.
Insuficiente	La evidencia es insuficiente para evaluar los efectos sobre los resultados de salud debido al número limitado o al poder de estudios, defectos importantes en su diseño o realización, inconsistencias en la secuencia de la evidencia, o falta de información sobre resultados de salud importantes.

Escala del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ^{xiii}.

Grados de Evidencia

I	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado aleatorizado diseñado apropiadamente
II-1	Evidencia obtenida de estudios controlados bien diseñados si aleatorización
II-2	Evidencia obtenida de estudios bien diseñados de cohorte o estudios analíticos de caso y control, preferentemente de más de un centro o grupo investigador
II-3	Evidencia obtenida de múltiples series de tiempo, con o sin intervención. Resultados dramáticos en experimentos no controlados también podrán considerarse en este tipo de evidencia
III	Opiniones de autoridades respetadas, basadas en experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comités de expertos

Nivel de las recomendaciones

A	Recomendaciones basadas en evidencia científica buena y consistente
B	Recomendaciones basadas en evidencia científica limitada o inconsistente
C	Recomendaciones basadas principalmente en consensos y opiniones de expertos

Clasificación del Royal College of Obstetricians and Gynaecologist^{XV}.

	Clasificación de niveles de evidencia		Grados de recomendación
1a	Evidencia obtenida de meta-análisis de estudios controlados aleatorizados	A	Requiere al menos un estudio controlado aleatorizado como parte del cuerpo de la literatura de buena calidad y consistencia dirigido a la recomendación específica Nivel de evidencia 1a, 1b.
1b	Evidencia obtenida de la menos un estudio controlado aleatorizado		
IIa	Evidencia obtenida de la menos un estudio controlado bien diseñado aleatorizado	B	Requiere de la disponibilidad de buenos estudios clínicos bien controlados pero no aleatorizados referentes al punto de la recomendación Nivel de evidencia IIa, IIb III.
IIb	Evidencia obtenida de la menos un estudio controlado bien diseñado sin aleatorización		
III	Evidencia obtenida de estudios bien diseñados, descriptivos no experimentales tal como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos	C	Requiere evidencia obtenida de reportes de comités de expertos, y/o experiencia clínica de autoridades respetadas. Indica la ausencia de estudios clínicos de buena calidad directamente aplicables al tópico de la recomendación Nivel de evidencia IV
IV	Evidencia obtenida de reportes de comités de expertos opiniones y/o experiencia clínica de autoridades respetadas	PBP	Recomendación de la mejor practica basada en la experiencia clínica del grupo que desarrollo la guía

Sistema de Gradación de evidencia del ICSI (Institute Clinical System Improvement).

A. Reportes primarios de datos nuevos:	B. Reportes que sintetizan o reflejan reportes primarios:
Clase A: Estudios controlados aleatorizados	Clase M: Meta-análisis, Revisiones Sistemáticas, Análisis de Decisión, Análisis de Costo-efectividad
Clase B: Estudios de Cohorte	Clase R: Consenso de Expertos, Revisión Narrativa, Reporte de Consenso
Clase C: Estudios no aleatorizados con controles concurrentes o históricos, estudios de casos y control estudios de sensibilidad o especificidad de una prueba diagnóstica estudios poblacional descriptiva.	Clase X: Opinión Medica
Clase D: Estudio transversal, serie de casos,	

reporte de casos.	
-------------------	--

Bibliografía

- Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425
- Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72.
- Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996;107:377-382.
- Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-743
- Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006]. Disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
- Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. 1993
- Marzo-Castillejo M, Alonso-Coello P. Clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones. Grading quality of evidence and strength of recommendations (GRADE) Working Group. Aten Primaria 2006;37(1):1-11. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section6.html#4a>
- Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford . Levels of Evidence and Grades of Recommendation [Internet]. Oxford : Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford [acceso 7 de septiembre del 2007]. Disponible en: http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp
- Mercè Marzo, Castillejo Cristina, Viana Zulaica. Calidad de la evidencia y grado de recomendación. Guías Clínicas 2007; 5 Supl 1: 6. [acceso 7 septiembre del 2007] Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/fmc/sintesis.asp>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods- Chapter 7: Reviewing and grading the evidence [Internet]. London: NICE; February 2004 (updated March 2005) [acceso 7 septiembre del 2007] Disponible en: http://www.nice.org.uk/pdf/GDM_Chapter7_0305.pdf
- Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM, Atkins D, for the Methods Work Group, Third U.S. Preventive Services Task Force. Current methods of the U.S. Preventive Services Task Force: a review of the process. Am J Prev Med 2001;20(3S):21-35
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Breast cancer screening. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2003 Apr. 12 p. (ACOG practice bulletin; no. 42).
- University of Michigan Health System. Adult preventive health care: cancer screening. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2004 May. 12 p
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Pregnancy and breast cancer. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2004 Jan. 7 p. (Guideline; no. 12).

13.2 ANEXO II. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

MÉTODOS UTILIZADOS PARA LA BÚSQUEDA SISTEMÁTICA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos sobre la temática de **INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO**. La búsqueda se realizó en PubMed y el listado de sitios para la búsqueda de guías de práctica clínica.

Criterios de inclusión:

1. Documentos escritos en idioma inglés o español.
2. Publicados de 2003 a 2009.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

La primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema de Inducción del Trabajo de Parto, en la base de datos PubMed. Al buscar el término validado en inglés para el tema de la guía se ubicó el descriptor validado TRABAJO DE PARTO INDUCIDO / LABOR, INDUCED, con los criterios de inclusión y exclusión arriba mencionados. Se obtuvieron 4 resultados de los que se recuperaron 2 documentos de la Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada de utilidad para la elaboración de la guía.

Búsqueda	Resultado obtenido
"2003"[Publication Date] : "2009"[Publication Date]) AND (labor, induced [mesh]) Limits: Practice Guideline, Guideline, English, Spanish	4

Algoritmo de Búsqueda

1. - labor, induced [Mesh]
2. - "2003"[PDAT] : "2009"[PDAT]
3. - # 1 AND # 2
4. - Practice Guideline [ptyp]
5. - Guideline [ptyp]
6. - # 4 OR # 5
7. - # 3 AND # 6
8. - English [lang]

- 9. - Spanish [lang]
- 10. - # 8 OR # 9
- 11. - # 7 AND # 10
- 12. - # 1 AND # 2 AND (# 4 OR # 5) AND (# 8 OR # 9)

Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web, en 5 de estos sitios se recuperaron 6 documentos que se utilizaron para la elaboración de la guía.

Nombre:	No. de documentos utilizados
Alberta Medical Association	1
Hospital Ramón Sarda	1
NICE	1
Royal Collegue of Obstetricians and Gynaecologist	1
Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.	2
Total	6

Tercera Etapa

El grupo desarrollador tuvo acceso y pudo recuperar 1 documento de la American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) de utilidad para la elaboración de la guía

13.3 ANEXO III. LISTADO DE RECURSOS

ETAPA DE INTERVENCIÓN: Acciones de intervención en el segundo nivel de atención.

TRATAMIENTOS/INTERVENCIONES: Inducción del trabajo de parto.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermeras generales
- Estudiantes (médicos en formación)
- Personal de hospitales
- Médicos especialistas Médico especialista en gineco-obstetricia

INSUMOS PARA EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

EQUIPO MÉDICO:

CLAVE	NOMBRE GENÉRICO
513.130.0054	BÁSCULA CON PEDESTAL Y ESTADÍMETRO AJUSTABLE
531.116.0302	ESFIGMOMANÓMETRO DE PARED
531.375.0217	ESTETOSCOPIO BIAURICULAR CÁPSULA DOBLE
535.618.0710	MARTILLO PARA REFLEJOS
531.621.1306	MESA DE EXPLORACIÓN UNIVERSAL
531.704.0588	PORTA-TERMÓMETRO DE ACERO INOXIDABLE
531.295.0040	ESTUCHE DE DIAGNÓSTICO SEGUNDO NIVEL
531.116.0328	ESFIGMOMANÓMETRO MERCURIAL PORTÁTIL
531.562.0707	LÁMPARA OBSTÉTRICA
531.562.1010	LÁMPARA QUIRÚRGICA DOBLE
531.562.0905	LÁMPARA QUIRÚRGICA PORTATIL PARA EMERGENCIA
531.562.1465	LÁMPARA QUIRÚRGICA SENCILLA DE OPERACIÓN MANUAL
531.616.0158	MESA QUIRÚRGICA PARA OBSTETRICIA
513.621.1868	MESA SEMICIRCULAR
531.247.0015	UNIDAD DE CRIOCIRUGÍA GINECOLÓGICA

MOBILIARIO Y EQUIPO ADMINISTRATIVO:

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Escritorio Médico	1
Sillón Individual	1
Silla Individual	2
Archivero	1
Bote de basura	1
PC	1
Impresora	1
Mesa de exploración	1

MATERIAL DE CURACIÓN:

CLAVE	NOMBRE GENÉRICO
060.621.0524	CUBREBOCAS
060.436.0057 060.436.0107	GASAS
060.456.0383 060.456.0391 060.456.0409	GUANTES
060.537.0048	JABONES
060.550.0016 060.550.0354 060.550.0677 060.550.0024 060.550.0370 060.550.0735	JERINGAS
060.879.0150	TERMÓMETROS
060.040.3711 060.040.3729 060.040.3745 060.040.3786 060.040.3760	AGUJAS HIPODÉRMICAS

INSTRUMENTAL:

513.227.0041	Charola con tapa, de acero inoxidable. Dimensiones: 71 x 12 x 5 cm.
513.227.0074	Charola Mayo, de acero inoxidable. Dimensiones: 49 x 32 cm.
537.375.0321	Espejo vaginal Graves o Pederson, tamaño mediano.
537.375.0305	Espejo vaginal Graves o Pederson, tamaño chico.

537.375.0313	Espejo vaginal Graves o Pederson, tamaño grande.
	De acero inoxidable. Empaque individual. Estériles y desechables.
	Pieza
	10
060.483.0091	11
060.483.0125	12
060.483.0117	15
060.483.0141	20
060.483.0133	21
060.483.0158	23
060.483.0174	

535.701.1294	Pinza Backhaus, longitud de 80 a 90 mm.
535.701.0098	Pinza Backhaus, longitud de 130 a 140 mm.
537.703.8483	Pinza Bozemann, curva en forma de "S", con estrías transversales, longitud de 240 a 260 mm.
535.701.0379	Pinza Adson, con 1 x 2 dientes, longitud de 110 a 125 mm.
535.701.9743	Pinza Adson, sin dientes, longitud de 150 a 155 mm.
537.703.9655	Pinza Adson, con 1 x 2 dientes, longitud de 150 a 155 mm.
535.701.0510	Pinza Adson, sin dientes 20 cm de longitud.
535.701.0924	Pinza Halsted Mosquito o Micro Mosquito o Hartman, recta, longitud de 90 a 100 mm.
535.701.1831	Pinza Foerster o Foerster-Ballenger, recta, estriada, longitud de 180 a 200 mm.
535.701.2037	Pinza Allis, con 4 x 5 dientes, longitud de 150 a 155 mm.
537.702.0952	Pinza Pozzi, longitud 24 cm.
535.701.1369	Pinza Allis, recta, con retén y dientes 6 x 7, longitud 20 cm.
535.701.1203	Pinza para traslado de instrumental o material estéril, longitud de 240 a 260 mm.
535.716.2006	Porta aguja Mayo Hegar, recto, con ranura central y estrías cruzadas, longitud 30 cm.
535.716.1206	Porta aguja Metzembraum, recto, fenestrado, estrías cruzadas, longitud 15.2 cm.
537.814.2763	Separador Balfour-Baby, con valva central de 20 a 24 mm. x 22 a 24 mm., Apertura máxima de 90 mm.
537.814.2755	Separador Balfour, valva central de 65 a 80 mm. x 80 a 85 mm., Valvas laterales fenestradas, apertura máxima de 250 a 255 mm.
535.814.0266	Separador Volkmann, con 2 garfios romos, longitud de 110 a 120 mm.
535.814.0480	Separador Farabeuf, juego de 2, longitud de 120 a 125 mm.
535.859.0288	Tijera Metzenbaum, recta, longitud de 140 a 145 mm.
535.859.1070	Tijera Metzenbaum, curva, longitud de 140 a 145 mm.
535.859.1286	Tijera Iris, curva, longitud 12 cm.
535.859.1328	Tijera Iris, recta, longitud 12 cm.
535.859.1179	Tijera para sutura, angulada, de botón, longitud 11.8 cm.
535.859.1187	Tijera para sutura, recta, de botón, longitud 10 cm.
537.041.0051	Amniotomo Beachman, 26 cm de longitud.
535.137.0464	Bisturí quirúrgico. Mango N° 4: largo.
537.105.0070	Bisturí Cottle, recto, corte hacia adelante y borde curvo.

537.173.2297	Cánula Poole, longitud. 220 mm.. cal. 30 Fr.
535.157.0014	Cánula Ferguson, cal. 8 fr. angulada.
535.157.0030	Cánula Ferguson cal. 12 fr. angulada.
535.157.0022	Cánula Ferguson, cal. 10 fr. angulada.
537.173.0432	Cánula Frazier, angulada. 11 fr de calibre (3.7 mm).
537.173.1216	Cánula Frazier, angulada. 9 fr de calibre (3.0 mm).
537.173.1232	Cánula Frazier, angulada 1.5 mm de calibre.
535.156.0015	Cánula Poole, 23 fr de calibre de la punta, 22.2 cm de longitud.
537.173.1307	Cánula Frazier, recta, 11 fr de calibre (3.7 mm).
537.173.0317	Cánula Frazier, angulada. 7 fr de calibre (2.3 mm).
537.173.1299	Cánula Frazier, recta, 9 fr de calibre (3 mm).
537.173.1349	Cánula Frazier, recta, 7 fr de calibre (2.3 mm).

MEDICAMENTOS:

CLAVE	DESCRIPCIÓN
No existe en México	prostaglandinasE2
	misoprostol
1542	oxitocina
	terbutalina

13.4 ANEXO IV. EVALUACIÓN DEL CONTENIDO CLÍNICO



Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

1. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
2. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
3. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

Opciones de Respuesta	Significado del criterio
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC**Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica**

Folio de Identificación	001
Nombre completo del evaluador	
Nombre Autores (los dos primeros)	

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

10. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
11. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
12. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

Opciones de Respuesta	Significado del criterio
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC**Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica**

Folio de Identificación	004
Nombre completo del evaluador	Valenti E.
Nombre Autores (los dos primeros)	Valenti E.
Institución que respalda la GPC	Hospital Materno Infantil Ramón Sardá
Fecha de Elaboración	<u>2002</u> Día / mes / año
Fecha de revisión	<u> </u> Día / mes / año
Fecha de Publicación	<u>2002</u> Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	Español

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

13. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
14. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
15. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

Opciones de Respuesta	Significado del criterio
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC**Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica**

Folio de Identificación	005
Nombre completo del evaluador	
Nombre Autores (los dos primeros)	
Institución que respalda la GPC	Alberta Clinical Practice Guideline Program
Fecha de Elaboración	_____ Día / mes / año
Fecha de revisión	_____ Día / mes / año
Fecha de Publicación	_____ Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	Inglés

País dónde se realizó la GPC	Canadá			
Pregunta de Interés	Escala de Respuesta			
	1	2	3	4
¿Qué pacientes son candidatas a la inducción del trabajo de parto?				X
¿En qué condiciones no debe realizarse la inducción del parto?				X
¿Cuáles es la orientación aconsejaría acerca de la inducción del parto, que debe recibir la paciente en el control prenatal?			X	
¿En qué consiste básicamente los cuidados durante la inducción del parto?				X
¿Cuál es la utilidad de los diferentes métodos para la inducción del trabajo de parto?				X
¿Cuál es el sitio ideal para realizar la inducción del parto?				
¿Existen otros métodos de inducción del trabajo de parto?				X
			X	
		Si	No	
	Recomendada	X		
	No recomendada			

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

16. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
17. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
18. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

Opciones de Respuesta	Significado del criterio
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC**Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica**

Folio de Identificación	006
Nombre completo del evaluador	
Nombre Autores (los dos primeros)	Kotaska A, Menticoglou S.
Institución que respalda la GPC	SOGC
Fecha de Elaboración	<u>Junio 2009</u> Día / mes / año
Fecha de revisión	<u> </u> Día / mes / año
Fecha de Publicación	<u>Junio 2009</u> Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	Inglés

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

19. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
20. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
21. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

Opciones de Respuesta	Significado del criterio
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC**Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica**

Folio de Identificación	007
Nombre completo del evaluador	
Nombre Autores (los dos primeros)	
Institución que respalda la GPC	
Fecha de Elaboración	_____ / Día / mes / año
Fecha de revisión	_____ / Día / mes / año
Fecha de Publicación	_____ / Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

22. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
23. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
24. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

Opciones de Respuesta	Significado del criterio
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC**Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica**

Folio de Identificación	008
Nombre completo del evaluador	
Nombre Autores (los dos primeros)	
Institución que respalda la GPC	
Fecha de Elaboración	_____ / Día / mes / año
Fecha de revisión	_____ / Día / mes / año
Fecha de Publicación	_____ / Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

25. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
26. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
27. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

Opciones de Respuesta	Significado del criterio
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC**Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica**

Folio de Identificación	009
Nombre completo del evaluador	
Nombre Autores (los dos primeros)	
Institución que respalda la GPC	
Fecha de Elaboración	_____ / Día / mes / año
Fecha de revisión	_____ / Día / mes / año
Fecha de Publicación	_____ / Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	

13.5 ANEXO V. ESCALA DE BISHOP

Sistema de puntuación de Bishop				
	0	1	2	3
Dilatación (cm.)	0	1-2	3-4	>5
Borramiento (%)	0-30	40-50	60-70	80-100
Consistencia	Firme	Intermedia	Blanda	
Posición	Posterior	Media	Anterior	
Altura de la cabeza	-3	-2	-1, -0	+1, +2

Existe, en general, una buena correlación entre el resultado de una inducción y las condiciones obstétricas en que ésta se lleva a cabo. La utilización de un índice como el propuesto por Bishop permite establecer, sobre todo en múltiparas, un pronóstico bastante aproximado. Así, cuando el índice de Bishop es >7, la cifra de éxitos se sitúa entre el 95-99%, con un índice de 4-6, en el 80-85% y si es <3>

- Dilatación cervical: apertura del cuello del útero, medida de 0-10 centímetros.
- Borramiento: adelgazamiento del cérvix o cuello uterino (que suele medir unos 3 centímetros), medido de 0 a 100%. (2cm: parcialmente borrado, 1cm: considerablemente borrado, 0cm: completamente borrado).
- Consistencia: rígido (firme), medianamente blando (intermedia), blando.
- Posición: durante el embarazo, la posición del cuello del útero es bastante posterior al punto medio de la vagina. A medida que avanza el trabajo del parto, esta posición cambia a media (hacia central) y anterior (central).
- Altura de la cabeza: altura de la presentación de la cabeza del feto en el conducto del parto respecto de las espinas ciáticas de la madre.

(Fuente: http://www.schering.es/varios/publicaciones/sego_protocolos_asistenciales/proto31/proto31_1.html)

13.6 ANEXO VI. DEFINICIONES OPERATIVAS

Amniotomía: Rotura artificial de las membranas fetales (RAM). Se suele llevar a cabo para estimular el comienzo del parto.

Analgesia epidural: La analgesia (ausencia de dolor) epidural es un procedimiento para el cual es preciso colocar un catéter en el espacio epidural de la columna vertebral, a través del cual se administran fármacos: analgésicos y /o anestésicos locales. Este tratamiento se hace por médicos especialistas llamados anestesiólogos. La analgesia epidural anula o hace muy soportable el dolor producido por las contracciones uterinas sin efectos perjudiciales para el recién nacido. La madre está totalmente despierta, pudiendo empujar cuando ha de hacerlo para facilitar el nacimiento de su hijo. La analgesia conseguida con esta técnica es segura, salvo complicaciones, tanto para la madre como para el niño. Puede, además, disminuir la duración del parto.

Borramiento: Adelgazamiento y acortamiento del cuello del útero. Viene acompañado de contracciones y presión del bebé sobre el cuello.

Cardiotograma: **Sinónimos:** Cardiotocografía. La Cardio-tocografía es un método de monitorización cardio-tocográfica durante los embarazos. En relación con esto, el ritmo del corazón de un niño aún no nacido, es medido en el útero mediante el ultrasonido Doppler de onda pulsátil en concordancia con las contracciones uterinas medidas simultáneamente. El curso de la curva de sonido del corazón es interpretada. Aquí puede haber una disminución de sonidos cardiacos debido a la deficiencia de oxígeno. Aparte, desde el latido cardiaco fetal y las contracciones uterinas de la madre, la cineto-cardiotocografía (CTG) puede registrar los movimientos del niño.

Cesárea: Una cesárea es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más fetos. Suele practicarse cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas. No se debe confundir con la episiotomía, que es una incisión en el periné para facilitar el parto. La cesárea se hace por encima de la pelvis.

Cérvix: El cérvix es la parte más baja y estrecha del útero que sirve como el canal del nacimiento.

Conducción del TDP: Intervención designada para acelerar el TDP.

Consejería: La consejería en planificación familiar es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial y/o usuario activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva. El proceso se debe enfocar a resolver o aclarar las dudas que se pudieran tener acerca de las indicaciones, uso, seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos.

Consentimiento informado: Decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente sin presiones.

Contracciones Uterinas: El músculo del útero tiene como todos los tejidos formados por fibras musculares, una fase de contracción y otra de relajación. Cuando el músculo uterino se contrae decimos que la embarazada tiene una contracción, y se percibe por el endurecimiento de su abdomen. Las contracciones son el verdadero motor del parto. Lo que ocurre es que se contrae el cuerpo uterino tironeando sobre el cuello (el esfínter) para abrirlo y empujando al bebé hacia la vagina.

Corioamnioitis: Presencia de gérmenes en el líquido amniótico (estéril en condiciones normales), que comportará manifestaciones clinicoanalíticas para la madre y/o para el feto.

Cuello favorable: Depende del score usado. Para el score de Bishop (Tabla 1) cuello favorable es un score >8.

Desproporción cefalopélvica: Incapacidad del feto para pasar a través de la pelvis materna, por una relación desproporcionada entre la cabeza fetal, ya sea por tamaño o posición y el espacio pélvico.

Dilatación: La dilatación cervical es el agrandamiento de abertura del cuello uterino. Es de 0-10 cm. Tanto el borramiento como la dilatación cervical se miden de manera subjetiva por exploración vaginal. Si el cuello se dilata o se adelgaza, el parto es inminente. La dilatación de 4 cm es importante porque comienza el trabajo activo de parto.

Edad gestacional: La edad gestacional se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla. Es un sistema estandarizado para cuantificar la progresión del embarazo y comienza aproximadamente dos semanas antes de la fertilización. De por sí, no constituye el comienzo del embarazo, un punto que se mantiene controversial, por lo que se han diseñado sistemas alternos de conteos para dar con el comienzo del embarazo.

Efecto Placebo: es el fenómeno por el cual los síntomas de un paciente pueden mejorar mediante un tratamiento con una sustancia placebo, es decir, una sustancia inerte a los fines de lo que estaría causando (etiología, conocida o no) los síntomas del paciente en un primer lugar. La explicación fisiológica postulada para este fenómeno sería la estimulación (no por parte de la sustancia placebo, de lo contrario no entraría en la definición) del núcleo accumbens situado en el cerebro que daría como resultado la mejoría del cuadro sintomático del paciente que afirma estar aquejado por un mal a su salud. Hay gran variabilidad en la presentación de este efecto y la aparición del mismo esta determinada por factores del individuo, de la sustancia (incluida su forma de administración) y del medio en el que se realiza el tratamiento, sin embargo la cuantificación de este fenómeno es muy útil en determinar la utilidad y seguridad de fármacos y otras sustancias en la terapéutica.

Embarazo: Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al período de tiempo que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto.

Embarazo cronológicamente prolongado (ECP): Aquellos embarazos que continúan luego de 287 días (41 semanas) de la FUM.

Escala de Bishop: Existe, en general, una buena correlación entre el resultado de una inducción y las condiciones obstétricas en que ésta se lleva a cabo. La utilización de un índice como el propuesto por Bishop permite establecer, sobre todo en múltiparas, un pronóstico bastante aproximado. Así, cuando el índice de Bishop es >7 , la cifra de éxitos se sitúa entre el 95-99%, con un índice de 4-6, en el 80-85% y si es <3

Guía de práctica clínica: Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica".

Hipercontractilidad uterina: Cambios que provocan taquisistolia (más de 5 contracciones en 10 minutos por 20 minutos) o hipersistolia (intensidad aumentada) o hipertonía (contracción que dura más de 2 minutos) sin modificaciones de la FCF. Cuando la hiperestimulación uterina provoca cambios en la FCF se denomina síndrome de hiperestimulación (taquisistolia o hipersistolia con alteraciones de la FCF como deceleraciones, taquicardia o disminución de la variabilidad).

Hiperestimulación uterina: La terminología de la hiperestimulación uterina es problemática (Curtis 1987). En las revisiones Cochrane utilizan el término 'hiperestimulación uterina sin cambios en la

FCF' para incluir la taquisístole uterina (>5 contracciones por cada 10 minutos por lo menos durante 20 minutos) y la hipersístole uterina/hipertonía (una contracción que dura por lo menos dos minutos). Emplearemos el término 'hiperestimulación uterina con cambios en la FCF' para denotar el síndrome de hiperestimulación uterina (taquisístole o hipersístole con cambios en la frecuencia cardíaca fetal tales como desaceleraciones persistentes, taquicardia o reducción en la variabilidad a corto plazo).

Inducción: La inducción consiste en estimular las contracciones uterinas antes que se inicie un trabajo de parto espontáneo con el propósito de provocar el nacimiento del feto, cuando los beneficios del nacimiento sobrepasen a permitir que el embarazo continúe; y éste es independiente de la integridad de las membranas ovulares.

Inducción al parto (IP): Intervención para iniciar artificialmente las contracciones uterinas que conducen al borramiento y dilatación del cuello uterino y al nacimiento. Comprende mujeres con bolsa íntegra y con bolsa rota pero sin TDP. El término también se usa para gestaciones de fetos viables (24 semanas).

Madurador cervical: Componente de la inducción empleado cuando el cuello es desfavorable para facilitar el borramiento y la dilatación cuando se haya instalado el TDP.

Maduración cervical: La maduración cervical implica cambios en la estructura y bioquímica del tejido conectivo, denominado disolución de las fibras colágenas, disminución del sulfato-dermatan e incremento en el ácido hialurónico y contenido de agua. El cérvix está constituido por colágeno tipo I (85%), músculo liso (25-6%) y por la sustancia fundamental (glucosaminoglicanos). La maduración cervical está dada por una disminución en la cantidad de colágeno y por cambios en la sustancia fundamental. Se habla de la maduración cervical para referirse a la fase previa del trabajo del parto, en la que cambian las características del cuello uterino (consistencia, posición, borramiento, longitud y permeabilidad).

Meconio: El meconio es una sustancia espesa, pegajosa y de color negro verdoso. Es el término médico para referirse a las primeras heces del recién nacido. El meconio se compone de líquido amniótico, moco, lanugo (vello fino que cubre el cuerpo del bebé), bilis y células que se han desprendido de la piel y del tubo digestivo.

Meta-análisis: Se conjuntan los resultados de la colección de estudios independientes (que investigan el mismo tratamiento), utilizando técnicas estadísticas para sintetizar sus hallazgos en estimados simples del efecto de un tratamiento. Donde los estudios no son compatibles, por ejemplo, a causa de diferencias en las poblaciones de estudio o en las mediciones de los resultados, sería inapropiado o incluso engañoso conjuntar los resultados de esta forma.

Misoprostol: El misoprostol (Cytotec) es un análogo semisintético de la prostaglandina E₁ (PGE₁), utilizado para la prevención y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, en particular las secundarias al empleo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) como el ibuprofeno, el naproxeno o el aceclofenaco. También se utiliza, en algunos países, para la inducción del parto (siempre bajo supervisión médica, por el gran riesgo de hemorragia que conlleva la mala utilización) y, en combinación con otros fármacos, para la interrupción del embarazo. Por ello, el misoprostol no debe administrarse en el embarazo con el fin de tratar una úlcera.¹ Asociado a fármacos inmunosupresores como la ciclosporina (Sandimmun), el misoprostol también se usa para reducir el porcentaje de rechazos en pacientes trasplantados, generalmente cuando los niveles alcanzados de los inmunosupresores no consiguen el efecto deseado.

Mifepristona: Esteroide antiprogéstano, sensibiliza el miometrio a las contracciones inducidas por las prostaglandinas y ablanda el cuello uterino permitiendo que se dilate con más facilidad.

Monitoreo prenatal:

Óbito: Es la muerte fetal ocurrida luego de las 20 semanas de gestación y antes del nacimiento.

Oxitocina: Es una hormona relacionada con los patrones sexuales y con la conducta maternal y paternal que actúa también como neurotransmisor en el cerebro. En las mujeres, la oxitocina se

libera en grandes cantidades tras la distensión del cérvix uterino y la vagina durante el parto, así como en respuesta a la estimulación del pezón por la succión del bebé, facilitando por tanto el parto y la lactancia. También se piensa que su función está asociada con la afectividad, la ternura, el contacto y el orgasmo en ambos sexos. Algunos la llaman la "molécula de la monogamia" o "molécula de la confianza". En el cerebro parece estar involucrada en el reconocimiento y establecimiento de relaciones sociales y podría estar involucrada en la formación de relaciones de confianza y generosidad entre personas.

Parto: El parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del infante del útero materno.

Parto vaginal: Es el proceso del parto natural que se categoriza en tres estadios: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta. Aunque el parto puede verse asistido con medicamentos como oxitócicos y ciertos anestésicos y una posible episiotomía, todo esto no debe hacer nunca de manera rutinaria, el parto más seguro es el que evoluciona espontáneamente y en el que no se interviene innecesariamente. En algunos embarazos catalogados como de riesgo elevado para la madre y/o el feto, el nacimiento ocurre por una cesárea que es la extracción del bebé a través de una incisión quirúrgica en el abdomen, en vez del parto vaginal.

Práctica clínica basada en evidencia La práctica clínica basada en evidencia involucra el realizar decisiones acerca del cuidado individual de los pacientes basados en la investigación de la mejor evidencia disponible en vez de basar las decisiones en opiniones personales o en la práctica común (la cual no siempre está basada en evidencias). Por lo tanto, la práctica clínica basada en evidencias involucra la integración de la experiencia clínica experta y las preferencias de los pacientes, con la mejor evidencia disponible en las investigaciones.

Prostaglandinas: Las **prostaglandinas** son un conjunto de sustancias de carácter lipídico derivadas de los ácidos grasos de 20 carbonos (eicosanoides), que contienen un anillo ciclopentano y constituyen una familia de mediadores celulares, con efectos diversos, a menudo contrapuestos. Las prostaglandinas deben ejercer su efecto sobre las células de origen y las adyacentes, actuando como hormonas autocrinas y paracrinas, siendo destruidas en los pulmones. Las acciones son múltiples y algunas tienen utilidad práctica, como la PGE1, que se utiliza en clínica para mantener abierto el ductus arteriosus, en niños con cardiopatías congénitas (alprostadil) y para el tratamiento o prevención de la úlcera gastroduodenal (misoprostol). La PGE2 (dinoprostona) se emplea como oxitocina en la inducción del parto, la expulsión del feto muerto y el tratamiento de la mola hidatiforme o el aborto espontáneo. Se pueden resumir las funciones de las prostaglandinas en tres puntos:

- Intervienen en la respuesta inflamatoria: vasodilatación, aumento de la permeabilidad de los tejidos permitiendo el paso de los leucocitos, antiagregante plaquetario, estímulo de las terminaciones nerviosas del dolor...
- Provocan la contracción de la musculatura lisa. Esto es especialmente importante en la del útero de la mujer. En el semen humano hay cantidades pequeñas de prostaglandinas para favorecer la contracción del útero y como consecuencia la ascensión de los espermatozoides a las trompas uterinas (trompas de falopio). Del mismo modo, son liberadas durante la menstruación, para favorecer el desprendimiento del endometrio. Así, los dolores menstruales son tratados muchas veces con inhibidores de la liberación de prostaglandinas.
- Intervienen en la regulación de la temperatura corporal.
- Controlan el descenso de la presión arterial al favorecer la eliminación de sustancias en el riñón.

Revisión por pares Es la revisión de un estudio, servicio o recomendación por aquellos con similares intereses y experiencia en relación con las personas que produjeron los hallazgos del estudio y las recomendaciones. Los revisores pares pueden incluir representantes profesionales y de pacientes.

Revisión sistemática: Una revisión en la cual la evidencia de los estudios científicos es identificada, evaluada y sintetizada de forma metodológica de acuerdo a determinados criterios. Puede o no incluir metanálisis.

Riesgo relativo Una medida resumen la cual representa el índice de riesgo de un evento o resultado (por ejemplo, una reacción adversa a la droga que está siendo probada) en un grupo de sujetos comparados con otro grupo. Cuando el "riesgo" del evento es el mismo en ambos grupos, el riesgo relativo es uno.

Ruptura prematura de membranas: Es la pérdida de continuidad de las membranas corio-amnióticas antes del inicio del parto, independientemente que se produzca antes del término, a término o después del término.

Sepsis: Es la infección aguda con manifestaciones toxico-sistémicas, ocasionadas por la invasión y proliferación de bacterias dentro del torrente sanguíneo y en diversos órganos que ocurre dentro de las primero cuatro semanas de vida y es demostrada por hemocultivo positivo.

Sonda Foley: Los **catéteres de Foley** son tubos flexibles, generalmente de látex, que en la cateterización urinaria, se pasan a través de la uretra y hacia dentro de la vejiga con el propósito de drenar la orina. Quedan retenidos por medio de un globo en la extremidad del catéter que se infla con agua estéril. Los globos vienen típicamente en dos tamaños diferentes, 5 cm³ y 30 cm³.

Terbutalina:

Tocolíticos: Un **tocolítico** es un tipo de fármacos utilizados para suprimir el trabajo de parto prematuro. Se indican para inhibir las contracciones uterinas cuando el parto se traduciría en el nacimiento prematuro de un bebé, así como evitar que esas contracciones favorezcan el ascenso de microorganismos desde la vagina hasta la cavidad amniótica. La terapia con tocolíticos también le permite tiempo para la administración de la betametasona, un glucocorticoide que acelera en gran medida la madurez pulmonar fetal, que dura uno o dos días para ejercer su función.

Trabajo de parto (TDP): Proceso mediante el cual las contracciones uterinas conducen al borramiento y dilatación del cuello uterino y al nacimiento. El término se usa para gestaciones de fetos viables (24 semanas o más).

14.- BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG Committee Opinion. Induction of Labor for Vaginal Birth After Cesarean Delivery. obstetrics & gynecology. vol. 108, no. 2, august 2006: 465-467
2. Committee of reproductive care of the Alberta Medical Association. The medical induction of labour. March 2003.
3. Dr. Eduardo Valenti. Guías de manejo. Inducción al trabajo de parto. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2002, 21 (2)75-91
4. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. Induction of labour. July 2008.
5. Royal Collegue of Obstetricians and Gynaecologist. The management of breech presentation. Guideline 20b. December 2006.
6. SOGC Clinical Practice Guideline for induction of labour at term. J Obstet Gynaecol Canada 2001;23(8)717-28
7. SOGC Clinical Practice Guideline for Vaginal Birth After Previous Caesarean Birth J Obstet Gynaecol Canada 2005;27(2):164-174.
8. SOGC Clinical Practice Guideline Vaginal Delivery of Breech Presentation. J Obstet Gynaecol Can 2009;31(6):557-566
9. SOGC Clinical Practice Guidelines for the Management of Pregnancy at 41+0 to 42+0 Weeks. J Obstet Gynaecol Can 2008;30(9):800-810

15.- AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de los Servicios Estatales de Salud de Yucatán y de Chiapas las gestiones realizadas para que el personal adscrito al grupo de trabajo que desarrolló la presente guía; asistiera a los eventos de capacitación en medicina basada en la evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

16. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M en A María Luisa González Rétiz

Dr. Esteban Hernández San Román

M en A María de Lourdes Dávalos Rodríguez

Dr. Héctor González Jácome

Directora General

Director de Evaluación de Tecnologías en Salud

Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica

Subdirector de Guías de Práctica Clínica

Dr. Domingo Antonio Ocampo

Dra. Lorraine Cárdenas Hernández

Dr. Luis Agüero y Reyes

Dr. Eric Romero Arredondo

Asesores de guías de práctica clínica

Lic. José Alejandro Martínez Ochoa

Lic. Ana María Otero Prieto

Investigación documental

Comunicación y logística

Lic. Margarita Isela Rivera Ramos

Diseño gráfico

17. DIRECTORIO

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles
González Garza
Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez
Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Servicios de Salud en el Estado de Yucatán

Dr. Alvaro Augusto Quijano Vivas
Secretario de Salud y Director General

Dr. Miguel Betancourt Cravioto
Director de Prevención y Protección de la Salud. SSY.

Dra. Javier Ademar Zaldivar
Subdirectora de Atención Médica. SSY.

18. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Dominguez Subsecretaría de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretaría de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico