

La deambulaci3n en embarazos de bajo riesgo y ces3reas

Ambulation in labor on low risk pregnancies and cesareans

No3 Alfaro-Alfaro^{1a}, Karen Vanessa Herrera^{2b}, Melissa Zapiain-S3nchez^{3b}

Resumen

Objetivo: Determinar si la deambulaci3n como m3todo para estimular el parto natural ayuda a la reducci3n del periodo de dilataci3n y por consiguiente a las altas tasas de ces3reas en M3xico.

Materiales y M3todos: Se realiz3 un estudio observacional, descriptivo, transversal en el Hospital Civil "Dr. Juan I. Menchaca en Guadalajara, Jal. En el periodo de enero a marzo del 2013. Se estudi3 una muestra representativa de 338 mujeres embarazadas de bajo riesgo que acudieron a atenci3n de su parto. Se recolect3 informaci3n sobre variables sociodemogr3ficas, antecedentes obst3tricos, intervenciones m3dicas y la forma de terminaci3n del embarazo: parto vaginal y ces3rea.

Resultados: Las Adolescentes embarazadas tuvieron en 1.5 veces m3s riesgo de tener una ces3rea en comparaci3n con el grupo de mujeres adultas. Ser embarazada a3osa es un factor de riesgo en 3.2 veces para tener una ces3rea en comparaci3n con el grupo de mujeres adultas (IC 95%=1.3-8.2). No deambular aumenta el riesgo en 3.8 veces para tener una ces3rea en comparaci3n con las que si deambulan (IC 95%=1.9-7.6).

Conclusiones: La no deambulaci3n aument3 considerablemente el riesgo para tener una ces3rea en el grupo estudiado y este riesgo fue independiente de la edad. Por lo anterior debe cumplirse la normativa de permitir la deambulaci3n durante el trabajo de parto para acortar el tiempo del mismo y no exponer a las embarazadas a ces3reas que pueden evitarse.

Palabras Clave: deambulaci3n, embarazos de bajo riesgo, ces3reas (Fuente: DeCS-BIREME)

Abstract

Objective: To determine if ambulation as a method to stimulate natural childbirth helps to reduce the period of cervical dilation and consequently the high rate of cesarean deliveries in Mexico.

Materials and methods: An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted at the "Dr. Juan I. Menchaca in Guadalajara, Jal. During the period from January to March 2013. A representative sample of 338 low-risk pregnant women attending the delivery was studied. Data were collected on sociodemographic variables, obstetric history, medical interventions and the form delivery method: vaginal delivery and cesarean section.

Results: Pregnant adolescents were 1.5 times more likely to have a cesarean compared to the adult women group. Women over 40 are 3.2 times more likely to need a cesarean section compared to the group of younger women (95% CI = 1.3-8.2). No ambulate increases the risk of a cesarean section by 3.8 times compared to those who do wander (95% CI = 1.9-7.6).

Conclusions: Non-ambulation significantly increases the risk of having a cesarean section in the study group and this risk was independent of age. Due to the above, it is necessary to comply with the regulations to allow ambulation during labor to shorten the duration of labor and help avoiding a cesarean delivery.

Keywords: ambulation, low-risk pregnancies, caesarean sections (Source: MeSH NLM)

1. Centro universitario Ciencias de la Salud, Guadalajara-Mexico.
2. Universidad Nacional Autonoma, Nicaragua.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. M3xico.
a. Doctor en Epidemiolog3a
b. Maestr3a en Salud P3blica

Recibido: 04-02-2017
Aceptado: 10-03-2017

Citar como: Alfaro-Alfaro N, Herrera KV, Zapiain-S3nchez M. La deambulaci3n de embarazos de bajo riesgo y ces3reas. Rev Hisp Cienc Salud. 2017; 3 (1): 3-9

INTRODUCCIÓN

En países desarrollados tanto como en vías de desarrollo, se ha incrementado la atención institucional del parto el cual es atendido generalmente en cama en decúbito. La posición de la mujer durante el trabajo de parto tiene una importancia cultural importante y en sociedades que no están influenciadas por la cultura occidental, las mujeres avanzan en el período dilatante en una posición vertical y cambian a otras posiciones según la necesidad ¹⁻³.

En la década de 1960, estudios clínicos sobre la posición vertical durante el trabajo de parto evaluaron los beneficios de esta posición para la mujer y el feto. En la década de 1980, los estudios no sólo se centraron en el bienestar de la madre y el recién nacido, sino que también compararon las posiciones verticales y en decúbito dorsal con variables obstétricas. En la década de 1990, quizás debido a la necesidad de reducir las intervenciones innecesarias y centrarse en las necesidades de las mujeres en lugar de la conveniencia de los prestadores de salud, los estudios comenzaron a evaluar las percepciones del dolor de las mujeres en las distintas posiciones durante el trabajo de parto. No obstante, a pesar de las tres décadas de investigación, la posición materna ideal durante el trabajo de parto y el parto sigue siendo un tema de debate ⁴.

En México, la Norma Oficial 007, describe los criterios y procedimientos para la prestación del servicio para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Establece que durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación de la embarazadas, que además no debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia, ni deben aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal. Tampoco recomienda realizar la ruptura artificial de las membranas con el sólo motivo de aprontar el parto.

Uno de los factores asociados con las tasas altas de cesáreas en México es un tiempo de trabajo de parto muy prolongado (PUENTES, 2004) este problema podría mejorarse con prácticas para estimular el parto natural y que se reduzca la duración del periodo de dilatación como las que menciona una revisión sistemática de la Biblioteca Cochrane, sobre posición y movilidad materna durante la primera etapa del parto. Dicha revisión comparó la posición vertical (Caminar, sentarse, pararse, arrodillarse) con la posición boca arriba (supina, semi-Fowler y lateral). Fueron incluidos 21 estudios y 3,706 mujeres. Se constató que el período de dilatación fue una hora más corto en las mujeres que adoptaron la posición vertical, comparado con la posición boca arriba. Concluyó que las mujeres deben ser alentadas a tomar la posición que les parezca más cómoda en la primera fase del trabajo ⁵ ya que muchas prefieren caminar, especialmente durante el inicio del trabajo de parto ⁶⁻⁷.

En este estudio se aborda la relación de la deambulación y el tipo de parto en embarazadas de bajo riesgo en el Hospital Civil "Dr. Juan I. Menchaca".

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal en el Hospital Civil "Dr. Juan I. Menchaca en Guadalajara, Jalisco. El universo de trabajo estuvo representado por mujeres embarazadas de bajo riesgo que acudieron a atención de su parto en este hospital. Se determinó el tamaño de muestra tomando en cuenta un intervalo de confianza del 95%, un poder del 80%, siendo un total de 370 mujeres embarazadas.

Para la selección de la muestra se revisaron los criterios de elegibilidad en el expediente de las mujeres que ingresaron al servicio de gineco-obstetricia y que fueron clasificadas previamente con bajo riesgo reproductivo. Posteriormente se invitó a la paciente a participar en el estudio. El periodo del estudio comprendió del mes enero a marzo del 2013, obteniéndose una muestra de 338 embarazadas. Los criterios de inclusión fueron: mujeres que ingresaron al servicio de Tococirugía; que fueron clasificadas con embarazo de bajo riesgo reproductivo al inicio del embarazo; con producto único, vivo, presentación cefálica; que ingresaron al servicio de Tococirugía sin condición materna y/o fetal que contraindicara el parto vía vaginal.

Los criterios de exclusión fueron mujeres que ingresaron al servicio de Tococirugía con: cesárea previa; embarazo de menos de 36 semanas de gestación y más de 40; hipertensión arterial; desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada; ruptura prematura de membranas; prolapso de cordón umbilical; tumores del aparato genital asociados al embarazo; Infecciones del tracto genital; cualquier causa de sufrimiento fetal agudo excepto las causas uterinas.

Se recolectó información sobre variables sociodemográficas: Edad, Estado Civil, Escolaridad y Ocupación, antecedentes obstétricos: Gesta, Para, Abortos, registros médicos: se evalúa progreso del Trabajo de Parto a través del Partograma, Intervenciones médicas: deambulación, inductoconducción y la forma de terminación del embarazo: Vaginal y Cesárea.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para este estudio se diseñó una encuesta tomando como referencia la Norma Oficial Mexicana 007, sobre atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

Una vez diseñada y validada la encuesta y autorizado el proyecto por el Comité de ética en Investigación del Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca" se consultó la hoja de informe del jefe de área en el servicio de gineco-obstetricia para identificar a las pacientes

CORRESPONDENCIA:

Karen Vanessa Herrera
Email: herrerakarenvanessa@gmail.com

que habían egresado con diagnóstico de puerperio fisiológico o quirúrgico. Posteriormente se consultó el expediente clínico para saber si la paciente cumplía con los criterios de inclusión y luego se le invitó a participar en el estudio, previo consentimiento informado.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Se analizó el proceso realizado por el personal de salud en la atención del parto y se contrastó con el manejo de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica para la Vigilancia y Manejo del Parto.

Se calculó el OR en cuadros de 2 por 2 para identificar la asociación entre la paridad, deambulación, inductoconducción, durante el trabajo de parto con la vía de terminación del mismo. Considerando como significativo cuando el OR que se obtuvo era mayor de 1 y un intervalo de confianza del 95% que no incluyera la unidad. Se efectuó

además análisis estratificado por edad con el propósito de considerar posibles factores de confusión.

RESULTADOS

Características demográficas

El promedio de edad de las entrevistadas fue de 23 años con un rango de edad entre 14 a 48 años. Se clasificó la edad en las siguientes categorías; adolescente de 14 a 18 años, adulta entre 19 a 34 años y añosa entre 35 a 48 años. El 71% de la población estudiada eran adultas, 27.2 % eran adolescentes y 1.8% eran mujeres añosas. El 51.8% tenía un estado civil en unión libre, 23.1% eran solteras y 24.6% casadas. El 50.3% tenía como escolaridad máxima la secundaria, 26.3% la primaria, 16.6% la preparatoria, 3.6 profesionales y 3.3% eran analfabetas.

De las madres encuestadas el 90.5% se dedicaban al hogar, 5.6% tenían empleo remunerado y 3.6% tenían trabajo independiente.

Cuadro 1.
Características sociodemográficas de las mujeres que tuvieron embarazo de bajo riesgo en el Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca 2013

| VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS | No | % |
|-----------------------------|-----|------|
| EDAD | | |
| Adulta | 240 | 71.0 |
| Adolescente | 92 | 27.7 |
| Añosa | 6 | 1.8 |
| TOTAL | 328 | 100 |
| ESTADO CIVIL | | |
| Unión libre | 175 | 51.8 |
| Casada | 83 | 24.6 |
| Soltera | 78 | 23.1 |
| Viuda/separada | 1 | 0.6 |
| TOTAL | 338 | 100 |
| OCUPACIÓN | | |
| Hogar | 306 | 90.8 |
| Trabajo remunerado | 19 | 5.6 |
| Trabajo independiente | 12 | 3.6 |
| TOTAL | 338 | 100 |
| ESCOLARIDAD | | |
| Secundaria | 170 | 50.3 |
| Primaria | 89 | 26.3 |
| Preparatoria | 56 | 16.6 |
| Profesional | 12 | 3.6 |
| Analfabeta | 11 | 3.3 |
| TOTAL | 338 | 100 |

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

El 43 % de las mujeres incluídas en el estudio eran primigestas, y el

57,2 % multigestas. Al indagar sobre antecedentes de aborto el 87% de ellas reportó nunca haber tenido uno.

Cuadro 2.

Antecedentes obstétricos, de las mujeres embarazadas de bajo riesgo en el Hospital Civil "Dr. Juan I. Menchaca" 2013

| ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS | No | % |
|--------------------------|-----|------|
| GESTAS | | |
| multigestas | 193 | 57.2 |
| primigestas | 145 | 43 |
| Total | 338 | 100 |
| ABORTOS | | |
| 0 | 294 | 87.0 |
| 1-3 | 43 | 12.8 |
| 4 o más | 1 | .3 |
| Total | 338 | 100 |

Fuente: Encuesta directa

Registros médicos: En el 79% de las embarazadas la forma de terminación del parto fue vaginal, de éstos el 76.9% fueron eutócicos y el 21% fueron vía cesárea.

Intervenciones médicas: Al 99.4% de las embarazadas se les administró soluciones intravenosas, Al 60.9% no se les permitió deambular durante el trabajo de parto y a un 56.2% se le practicó Inductoconducción del mismo.

Cuadro 3.

Intervenciones médicas de las mujeres embarazadas de bajo riesgo del Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca 2013

| INTERVENCIONES MEDICAS REALIZADAS | No | % |
|---|-----|------|
| ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES IV | | |
| Si | 336 | 99.4 |
| No | 2 | .6 |
| Total | 338 | 100 |
| HASTA QUE MOMENTO SE LE PERMITIÓ DEAMBULAR | | |
| No deambuló | 206 | 60.9 |
| Fase activa | 126 | 37.3 |
| Fase latente | 5 | 1.5 |
| Sin datos | 1 | .3 |
| Total | 338 | 100 |
| INDUCTO -CONDUCCIÓN | | |
| Oxitócico | 190 | 56.2 |
| No hubo | 138 | 40.8 |
| Prostaglandinas | 4 | 1.2 |
| Sin datos | 6 | 1.8 |
| Total | 338 | 100 |
| RUPTURA DE MEMBRANAS O AMNIOTOMÍA | | |
| Artificial | 235 | 69.5 |
| Espontáneo | 103 | 30.5 |
| Total | 338 | 100 |

Fuente: expediente clínico

Cuadro 4.

Determinación del riesgo de cesárea de acuerdo a la edad, gestas, conducción del trabajo de parto y deambulación durante el trabajo de parto en el Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca 2013

| CESAREA VS PARTO VAGINAL | OR | IC 95% | X ² | P > 0.05 |
|--------------------------|------|----------|----------------|----------|
| EDAD MATERNA | | | | |
| Adolescente vs adulta | 1.4 | 0.8-2.5 | 1.4 | 0.14 |
| PARIDAD | | | | |
| Primigesta vs multigesta | 1.9 | 1.1-3.2 | 5.47 | 0.01 |
| Inductoconducción | | | | |
| Con vs sin | 0.6 | 0.4-1.08 | 2.8 | 0.06 |
| DEAMBULACION | | | | |
| No vs si | 3.89 | 1.9-7.6 | 17.6 | 0.000 |

Fuente: expediente clínico

Con el propósito de considerar factores de confusión se estratificó por edad para ver la relación de deambulación con cesáreas, obteniendo los siguientes resultados; se observó que las adolescentes que no deambulaban tenían un riesgo incrementado de cesáreas comparado con las que deambulaban (OR=4.8; IC 95%=1.3-18.0). Con respecto a las mujeres adultas también el riesgo de cesárea fue mayor en las que no deambularon comparado con las que si lo hicieron. (OR=3.7; IC 95%=1.6-8.9).

Se dificultó el análisis estratificado de la paridad y la aplicación de soluciones intravenosas al ingreso relacionado con la deambulación y la vía de terminación del parto pues el tamaño de muestra fue insuficiente para obtener conclusiones válidas.

Cuadro 5.

Análisis estratificados del riesgo de cesárea en las pacientes que deambulan durante el trabajo de parto por grupos etarios. Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca 2013

| Cesárea VS Parto Vaginal | Grupo | OR | IC 95% | X ² | p |
|--------------------------|------------------|-----|----------|----------------|------|
| Adolescente | Si y no deambuló | 4.8 | 1.3-18.0 | 6.25 | 0.01 |
| Adulto | Si y no deambuló | 3.7 | 1.6-8.9 | 10.0 | 0.00 |

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación evidencian, que persiste en los hospitales una elevada tendencia a la práctica de cesáreas, incluso en poblaciones de bajo riesgo. En América Latina, la práctica de la cesárea está ampliamente extendida y afecta sobre todo a los países con mayor desarrollo económico. En los últimos 10 años, las tasas más elevadas corresponden a Puerto Rico (45%), Chile (40%), Brasil (27.1%), Argentina (25.4%) y México (24.1%)⁸⁻⁹. En el presente estudio el 21% de pacientes de bajo riesgo terminó su parto en cesárea superando las normas internacionales que recomiendan como máximo el 15% de cesáreas en los establecimientos de Salud.

La norma Oficial mexicana 007 que describe los criterios y procedimientos para la prestación del servicio para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, indica que durante el trabajo de parto normal se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto; respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica. Sin embargo, el 61% de las mujeres embarazadas incluidas en el estudio, expresaron que no se les permitió deambular durante el trabajo de parto⁵.

Se conoce que factores como el miedo, el estrés, la tensión, fatiga, frío, hambre, soledad, desamparo social y emocional e ignorar lo que está ocurriendo puede intensificar la sensación dolorosa del parto, mientras que el hecho de sentirse activa y descansada en un ambiente cómodo, puede reducir la percepción dolorosa¹⁰.

El caminar durante el trabajo de parto promueve una posición vertical y se ha documentado que tiene las ventajas de: favorecer la acción de la gravedad sobre la trayectoria y el descenso del feto, la no compresión de los grandes vasos maternos, el aumento de los diámetros del canal de parto y el ángulo de encaje, la mejora de la ventilación pulmonar y del equilibrio ácido básico, además de la mejora de la eficiencia de las contracciones uterinas, abreviando así el trabajo de parto¹¹⁻¹².

Uno de los factores asociados con las tasas altas de cesáreas en México es el trabajo de parto muy prolongado¹¹. Nuestro grupo de estudio mostró una alta incidencia de cesáreas y a más de la mitad de ellas no se le permitió deambular durante su trabajo de parto, lo que debe de hacer reflexionar a los profesionales de la Salud sobre la importancia del cumplimiento de las normativas en la práctica diaria para reducir las posibilidades de un procedimiento quirúrgico con los riesgos que esto conlleva.

Es llamativo el hecho de que a más de la mitad de las embarazadas (56.2%) se les realizó inductoconducción cuando la normativa oficial mexicana 007 establece que no debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal.

La canalización de una vía periférica como medida preventiva ante una complicación obstétrica parece de entrada una actuación razonable, siempre y cuando permita a la gestante moverse libremente. Sin embargo, esta técnica no es imprescindible, si se realiza una valoración constante y fluida de los riesgos. En el grupo estudiado al 99.4% de las embarazadas se les administró líquidos intravenosos lo cual refleja poca racionalización a la hora de la indicación de esta intervención médica teniendo en consideración que todas las pacientes eran de bajo riesgo¹³.

Los resultados antes analizados reflejan que no se cumplieron las recomendaciones de la OMS para la atención intraparto que expresan entre otras aseveraciones que se debe minimizar la cantidad de intervenciones durante el trabajo de parto y que también recomiendan promover la deambulación durante el trabajo de parto¹⁴.

Efectivamente la deambulación fue identificada como un factor de riesgo importante pues se encontró que el no deambular aumenta el riesgo para tener una cesárea en comparación con las que si deambulan (OR=3.8; IC 95%=1.9-7.6). Cochrane 2013 refiere que según los estudios revisados el primer periodo del trabajo de parto en las pacientes con posiciones de pie y deambulando fue aproximadamente una hora y 22 minutos más corto comparado con embarazadas en la posición de decúbito en cama¹⁵.

Las mujeres que estaban en posición vertical terminaban menos en cesárea y sus bebés fueron ingresados con menor frecuencia a la unidad de cuidados intensivos neonatales. (RR=0.71; IC 95%=0.54-0.94; 14 estudios con 2,682 mujeres) además dichas mujeres tuvieron menos probabilidad de necesitar anestesia epidural (RR=0.81; IC 95%=0.66-0.99, nueve estudios, 2107 mujeres;¹⁵.

El pertenecer al grupo de mujer embarazada añosa es un factor de riesgo para tener una cesárea en comparación con el grupo de mujeres adultas (OR=3.2; IC 95%=1.3-8.2) y las primigestas comparadas con las multigestas tienen el doble de riesgo de tener una cesárea. (OR=1.9; IC 95%=1.1-3.2). aunque otros estudios no han encontrado diferencias significativas en edad, estatura y tiempo de rotura de membranas entre ambos grupos¹⁶⁻¹⁷.

El análisis estratificado por edad para ver la relación de deambulación con cesáreas, evidenció que las adolescentes que no deambulaban tenían un riesgo incrementado de cesáreas comparado con las que deambulaban (OR=4.8; IC 95%=1.3-18.0). Con respecto a las mujeres adultas también el riesgo de cesárea fue mayor en las que no deambularon comparado con las que sí lo hicieron. (OR=3.7; IC 95%=1.6-8.9). Es decir la no deambulación afecta negativamente para que el parto termine en cesárea independientemente de la edad, y es por tanto que es elemental que se respete el derecho a la misma en los establecimientos de salud para disminuir los riesgos para la madre y para el bebé.

Los resultados de esta investigación evidencian que muchas de las prácticas habituales llevadas a cabo para la asistencia al parto normal no parecen estar justificadas, y se debe replantear su utilización indiscriminada en los partos normales de bajo-medio riesgo. A más de la mitad del grupo de estudio no se le permitió deambular, lo que revela el grado de incumplimiento de las normativas en la práctica diaria con las embarazadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrews CM, Chrzanowski M. Maternal position, labour and comfort. *Applied Nursing Research* 1990;3(1):7-13.
2. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; Issue 1; DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub2
3. Roberts J. Maternal position during the first stage of labour. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJN eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Vol. 2. Oxford: Oxford University Press; 1989: 883-892.
4. World Health Organization. *A health-sector strategy for reducing maternal and perinatal morbidity and mortality*. Geneva: 2000.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1995, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
6. Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2005; 19(1):103-115.
7. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD003521. DOI: 10.1002/14651858.CD003521.pub2
8. World Health Organization. *Rising caesarean deliveries in Latin America: how best to monitor rates and risks*. Department of Reproductive Health and Research. Geneva: 2009.
9. Ronsmans, C., Holtz, S., & Stanton, a. C. Socioeconomic differentials in cesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. *The Lancet*, (2006). 368, 1516-23.
10. Alfirovic Z, Devane D, Gyte GM. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores niegan tener conflictos de intereses.

during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(3):CD006066.

11. Puentes R E, Gómez D O, Garrido L F. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. *Salud Pública Mex* 2004; 46(1):16-22.
12. Velasco V, Navarrete E, Pozos JL, Ojeda RI, Cárdenas C, Cardona JA. Indicaciones y justificación de las cesáreas en el Instituto Mexicano del Seguro social. *Gac Med Mex* 2000; 136(5):421-431.
13. Herrera B, Gálvez A, Carreras I, Strivens H. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. *Matronas Profesión* 2006; 7(1): 27-33
14. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*. 2001; 28 (3): 202-207.
15. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub2.
16. Trujillo H B; Tene P, C E; Ríos S, M. Factor de riesgo para cesárea: un enfoque epidemiológico *Ginecol Obstet Mex*; 68(7): 306-11, jul. 2000.
17. Hernández M, A; Pascual P, A I; Baño G, A B; Melero J, M R; Molina A, M. Diferencias en el número de cesáreas en los partos que comienzan espontáneamente y en los inducidos. *Rev Esp Salud Pública*; 88(3): 383-393, mayo-jun. 2014.



© Los autores. Este artículo es publicado por la Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada.

Revista
**UH CIENCIAS DE
LA SALUD**

Las Ediciones anteriores de la Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud
están disponibles en:

www.redib.org

