

Implementación de las prácticas basadas en evidencias en la asistencia al parto normal

Clodoaldo Tentes Côrtes¹
Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira²
Rafael Cleison Silva dos Santos³
Adriana Amorim Francisco⁴
Maria Luiza Gonzalez Riesco²
Gilceria Tochika Shimoda⁵

Objetivo: evaluar el impacto de la implementación de las prácticas basadas en evidencias en la asistencia al parto normal. **Método:** estudio de intervención casi experimental, tipo antes y después, conducido en maternidad pública, Amapá. Fueron entrevistados 42 profesionales, 280 puérperas y analizados datos de 555 prontuarios, desarrollados en tres fases: auditoría de base (fase 1), intervención educativa (fase 2) y auditoría pos-intervención (fase 3). **Resultados:** después de la intervención, hubo un incremento de 5,3 puntos porcentuales (p.p.) en la tasa de parto normal. En la entrevista con las mujeres, se constató aumento significativo de la presencia del acompañante en el trabajo de parto (10,0 p.p.) y de la posición vertical o cuclillas (31,4 p.p.); reducción significativa de amniotomía (16,8 p.p.), posición de litotomía (24,3 p.p.) y ocitocina intravenosa (17,1p.p.). En la perspectiva de los profesionales, hubo reducción estadística de la prescripción/administración de ocitocina (29,6 p.p.). En el análisis de los prontuarios, se observó reducción significativa de la tasa de amniotomía (29,5 p.p.) y de la posición litotomía (1,5 p.p.); la tasa de posición vertical o cuclillas presentó incremento estadístico de 2,2 p.p. **Conclusiones:** hubo impacto positivo de la intervención educativa en la mejora de la asistencia a la parturienta, pero el proceso de implementación no fue capaz de obtener suceso completo en la adopción de las evidencias científicas en la asistencia al parto normal en esta institución.

Descriptor: Trabajo de Parto; Parto Normal; Práctica Clínica Basada en la Evidencia; Investigación en Medicina Traslacional; Auditoría Clínica; Enfermería Obstétrica.

¹ Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Profesor Asistente, Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Amapá, Macapá, Amapá, Brasil.





² PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Amapá, Macapá, AP, Brasil.

⁴ PhD, Profesor, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁵ PhD, Enfermera, Hospital Universitário, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Côrtes, CT; Oliveira, SMJV; Santos, RCS; Francisco, AA; Riesco, MLG; Shimoda, GT. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e2988. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988>.

día mes año

URL

Introducción

El modelo predominante de asistencia al parto en Brasil se caracteriza por el uso abusivo o inadecuado de intervenciones (amniotomía de rutina, posición de litotomía e infusión intravenosa de ocitocina) y por el cercenamiento de los derechos de la parturienta (restricción a la presencia de acompañante) en todos los períodos clínicos del parto. Esos problemas pueden ser prevenidos o reducidos mediante la adopción de las mejores evidencias científicas disponibles en la asistencia obstétrica⁽¹⁾.

La investigación Nacer en Brasil, estudio de base hospitalaria, coordinada por la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca, Fundación Oswaldo Cruz (Río de Janeiro), que trazó un perfil de la asistencia obstétrica hospitalaria en el País por medio de una investigación con 23.940 púerperas, señaló que algunas prácticas, como posición de litotomía (91,7%); ocitocina (36,4%); amniotomía (39,1%); maniobra de Kristeller (36,1%) y cesárea (51,9%) continúan siendo ofrecidas como cuidados rutinarios para parturientas con gestación de riesgo habitual⁽²⁾.

Si, por un lado, el avance de la obstetricia moderna contribuyó en la mejoría de los indicadores de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, por otro, permitió la concretización del modelo que considera el embarazo y el parto como enfermedades, y no como expresiones de salud. Como consecuencia, la mujer y el recién-nacido (RN) son expuestos a elevadas tasas de intervenciones⁽¹⁾.

Ante eso, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1996, propuso algunos cambios en la asistencia al parto y nacimiento incluyendo la necesidad de rescate del parto como un evento natural, con estímulo para la actuación de la enfermera obstétrica, la utilización de prácticas basadas en las mejores evidencias científicas y el acceso a las tecnologías apropiadas de atención al parto⁽³⁾. En esa perspectiva, se destaca la importancia de basar las políticas y las prácticas de salud en las mejores evidencias disponibles y de traducir el conocimiento en acción, promoviendo la efectividad y la seguridad de las intervenciones⁽⁴⁻⁶⁾.

Sin embargo, introducir prácticas basadas en evidencias científicas en la práctica asistencial exige más que conocimiento y convicciones, pues implica cambios de comportamiento, superación de barreras y llenado de lagunas en la transferencia del conocimiento⁽⁴⁾.

La implementación se refiere a la utilización de la evidencia en la práctica clínica, por medio de cambios en la asistencia y/o en los servicios de salud⁽⁴⁾, siendo la auditoría clínica una de las estrategias para promover su consolidación.

La auditoría clínica es una estrategia de mejoría de la calidad que provee datos sobre las disparidades entre

la práctica actual y el desempeño deseado. Se basa en la suposición de que los profesionales modifican su práctica al recibir un feedback, mostrando que ella es inconsistente con lo deseado⁽⁷⁾.

Uno de los modelos de auditoría clínica es el adoptado por el Instituto Joanna Briggs (JBI), que consiste en tres fases: auditoría de base, implementación de las mejores prácticas y auditoría pos-implementación⁽⁴⁾.

Aunque existan muchas investigaciones sobre las buenas prácticas de asistencia al parto, faltan estudios sobre la evaluación del impacto de intervenciones que propongan la implementación de estas evidencias. Aspectos como la metodología de implementación aún precisan ser mejor investigados⁽⁸⁻⁹⁾.

En ese sentido, este estudio busca respuesta a la siguiente pregunta: ¿la implementación de las prácticas basadas en evidencias modifica la asistencia al parto normal?

O sea, este estudio fue propuesto con objetivo de evaluar el impacto de la implementación de las prácticas basadas en evidencias en la asistencia al parto normal.

Método

Estudio de intervención casi experimental, tipo antes y después, que siguió el proceso de auditoría clínica para implementación de evidencias en la práctica, utilizado por el JBI. Está compuesto de las fases: 1) planificación y realización de la auditoría de base; 2) evaluación y discusión de los resultados de la auditoría de base e intervención educativa para implementación de las mejores prácticas con el equipo de auditoría; 3) auditoría pos-intervención, en la cual se mensuran los mismos criterios de la auditoría de base y que tiene como objetivo comparar las diferencias en los resultados entre las dos auditorías y la evaluación de la conformidad de cada criterio auditado.

El estudio fue conducido entre julio de 2015 y marzo de 2016, en el Hospital de la Mujer Mãe Luzia (HMML), maternidad pública de referencia en el estado de Amapá, localizada en Macapá, que presta atendimento a las mujeres de riesgo habitual y alto riesgo obstétrico. En 2015, su media mensual fue de 650 partos (66,5% normales y 33,5% cesáreas)¹.

Este estudio implicó datos obtenidos por entrevista con los profesionales del equipo de salud y púerperas y por consulta a los prontuarios de las mujeres atendidas en el HMML.

En relación a los profesionales de salud, se optó por utilizar la población, de esta forma, 71 profesionales fueron elegibles. De éstos, 52 atendieron a los criterios de inclusión, pero 10 no fueron encontrados o no concordaron

¹ Datos del Servicio de Archivo Médico y Estadística (SAME) del HMML.

en participar del estudio, restando 42 que participaron de la auditoría de base (25 enfermeros y 17 médicos). Además de esas pérdidas, 10 se recusaron o estaban indisponibles para las demás fases del estudio, restando en total 32 (20 enfermeros y 12 médicos) para la intervención educativa y auditoría pos-intervención. Los criterios de inclusión de los profesionales fueron: enfermero obstétrico, médico obstetra, residente de enfermería o de medicina y actuantes en la asistencia al parto normal en el HMML.

El tamaño de muestras de puérperas fue definido por el test de prevalencia para estudios tipo antes y después, considerándose la tasa del uso de ocitocina en la región Norte de Brasil de 22,8%⁽²⁾, reduciendo para 10,5%. De esta forma, se estimó que serían necesarias por lo menos 280 mujeres (140 antes de la intervención y 140 después) para poder de test de 80% y nivel de confianza de 95%. Los criterios de inclusión fueron: admitida en la fase activa o pródromos de trabajo de parto y hasta 8 centímetros de dilatación cervical; haber tenido gestación de riesgo habitual y parto normal actual; no ser indígena ni portadora de necesidades especiales.

En ambas fases, la selección de los prontuarios fue por muestreo intencional. En la auditoría de base, fueron consideradas todas las altas hospitalarias de puérperas ocurridas 30 días antes del inicio de esta fase, en que estuvieron disponibles 424 prontuarios, y, después ser sometidos a los mismos criterios de inclusión de las puérperas, fueron seleccionados 291. En la auditoría pos-intervención, se incluyeron los prontuarios de las altas hospitalarias de puérperas ocurridas entre la segunda quincena de febrero y la primera de marzo de 2016. En ese período, fueron disponibles 440 prontuarios, y, después de la aplicación de los criterios de inclusión, restaron 264. Las siguientes variables fueron utilizadas: presencia de acompañante, realización de amniotomía, posición de parto, prescripción de ocitocina, administración de ocitocina, pujo dirigido y maniobra de Kristeller.

La recolecta de datos ocurrió en tres fases: inicialmente (entre julio y setiembre de 2015), se realizó la auditoría de base, constitución de un equipo, definición de los criterios de auditoría y evaluación preliminar de los resultados y de las prácticas empleadas en el trabajo de parto y parto normal antes de la implementación de las evidencias. El equipo de auditoría involucró personas ligadas al proceso gerencial y asistencial, denominados "profesionales-clave", que fueron los directores-generales, técnico y clínico del HMML, el gerente de obstetricia, todos los médicos; la coordinadora de Enfermería y la responsable por el Núcleo de Educación Permanente.

Como criterios de auditoría, se consideraron algunas prácticas y resultados maternos que pudiesen indicar la utilización de las mejores evidencias científicas, como aumento de la tasa de parto normal, del número de

acompañantes de elección de la mujer, de la frecuencia de la posición de parto elegido por la mujer y de posiciones verticales; reducción de la tasa de amniotomía, de la posición de litotomía, de ocitocina intravenosa, de pujo dirigido y de la maniobra de Kristeller. En esa fase, se realizaron también entrevistas con los profesionales del servicio y puérperas internadas en el alojamiento conjunto con 1-2 días pos-parto. Las preguntas fueron relativas al acompañante de elección de la mujer, amniotomía, ocitocina, posiciones de parto, pujos dirigidos y maniobra de Kristeller. Los datos de los prontuarios de puérperas fueron recolectados.

En la fase 2 (octubre de 2015), se realizó una intervención educativa denominada "Seminario de prácticas basadas en evidencias científicas en la asistencia al parto normal" a los profesionales que participaron de la auditoría de base. El seminario, que fue realizado en local externo al servicio y con duración de 8 horas, presentó la evaluación preliminar de los resultados encontrados en la auditoría de base y las mejores prácticas de asistencia al parto (presencia de acompañante por elección de la mujer, posiciones verticales, amniotomía y ocitocina selectiva, no uso de las maniobras de Valsalva y Kristeller), las cuales fueron discutidas a la luz de las evidencias científicas con los profesionales. Los directores del HMML fueron facilitadores en la exposición y discusión de las prácticas. Además, se disponibilizó material de lectura actualizado (ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas) a todos los profesionales del seminario.

No obstante, apenas 18 (11 enfermeros y siete médicos) de los 42 profesionales de la auditoría de base participaron de esta fase. Así, entre octubre y noviembre de 2015, se propuso otra estrategia con banners conteniendo la síntesis de las evidencias en el mismo ambiente de trabajo para abarcar a los demás profesionales. Fueron 14 profesionales más (nueve enfermeros y cinco médicos) que participaron de esta intervención, totalizando 32 participantes.

Considerando que el JBI no establece el período para que la auditoría pos-intervención ocurra, los investigadores establecieron que la fase 3 ocurriese 60 días después de la fase 2, por intermedio de una auditoría, utilizando los mismos instrumentos y criterios de la fase 1, para identificar la aplicación de las prácticas discutidas en el seminario y comparar con los resultados encontrados en la auditoría de base.

El análisis de los datos fue realizado calculando las frecuencias absoluta y relativa de las variables categóricas. Se realizó el análisis inferencial mediante la comparación de los resultados de las fases 1 y 3. Para la comparación entre las proporciones de las prácticas identificadas en las entrevistas con las puérperas, se utilizó el test Chi-cuadrado. En la comparación entre las proporciones de

las prácticas identificadas por medio de la consulta de los prontuarios, fueron empleados los testes Chi-cuadrado o exacto de Fisher. En la comparación de las prácticas identificadas en las entrevistas con los profesionales en las fases 1 y 3, se utilizó la metodología para medidas repetidas con un modelo de ecuaciones de estimación generalizado (GEE)⁽¹⁰⁾.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Parecer n.º 698.421/2014. La participación de los profesionales y de las usuarias del servicio fue voluntaria, después de la lectura, esclarecimientos y firma de los Términos de Consentimiento Libre y Esclarecido o de Asentimiento.

Resultados

El análisis comparativo entre las fases 1 y 3 mostró que hubo aumento de 5,3 puntos porcentuales (p.p.) en la tasa de parto normal (Tabla 1).

En la entrevista con las puérperas, la auditoría pos-intervención mostró que hubo aumento estadístico de la presencia del acompañante de libre elección, reducción

estadística de amniotomía, de la posición de litotomía e infusión de ocitocina (Tabla 2).

Tabla 1 - Distribución de los partos identificados por el SAME* del HMML[†] 5 meses antes y 5 meses después de la intervención – Macapá, AP, Brasil, 2015-2016

Variable	Fase 1		Fase 3	
	N	%	N	%
Tipo de parto				
Normal	2.035	63,7	2.257	69,0
Cesárea	1.160	36,3	1.013	31,0
Total	3.195	100	3.270	100

*SAME: Servicio de Archivo Médico y Estadística

[†]HMML: Hospital de la Mujer Mãe Luzia

En la entrevista con los profesionales, se identificó disminución estadística de la prescripción o administración de ocitocina, después de la intervención. En las demás prácticas, no hubo diferencia estadística (Tabla 3).

En el análisis de los prontuarios, hubo gran número de registros sin informaciones. Mientras, después de la intervención, se verificó diferencia estadísticamente significativa en la realización de amniotomía e en el uso de la posición lateral durante el parto (Tabla 4).

Tabla 2 -Prácticas identificadas en las entrevistas con las puérperas en la auditoría de base (fase 1) y auditoría pos-intervención (fase 3) y valor p – Macapá, AP, Brasil, 2015-2016

Variable	Puérperas				valor p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
Presencia del acompañante	140		140		
Sí	117	83,6	131	93,6	
No	12	8,6	9	6,4	0,002
No era de su elección	11	7,8	0	0,0	
Realización de amniotomía	140		140		
Sí	74	52,5	50	35,7	
No	66	47,5	90	64,3	0,005
Elección de la posición del parto	140		140		
Sí	79	56,4	84	60,0	
No	61	43,6	56	40,0	0,545
Posición en el parto	140		140		
Litotomía	105	75,0	71	50,7	
Vertical/cuclillas	15	10,7	59	42,1	
Lateral	12	8,6	7	5,0	<0,001
Cuatro apoyos	8	5,7	3	2,2	
Uso de ocitocina	140		140		
Sí	84	60,0	60	42,9	
No	56	40,0	80	57,1	0,004
Incentivo al pujo dirigido	140		140		
Sí	111	79,3	70	50,0	
No	29	20,7	70	50,0	<0,001
Maniobra de Kristeller	140		140		
Sí	29	20,7	14	10,0	
No	111	79,3	126	90,0	0,013

*Test Chi-cuadrado

Tabla 3 - Prácticas identificadas en las entrevistas con los profesionales en la auditoría de base (fase 1) y auditoría pos-intervención (fase 3) y valor p – Macapá, AP, Brasil, 2015-2016

Variable	Profesionales				valor p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
Posibilita presencia del acompañante	42		32		
Siempre/en la mayoría de las veces	41	97,6	32	100	
Raramente/nunca	1	2,4	0	0,0	0,325
Realiza amniotomía	42		32		
Siempre/en la mayoría de las veces	12	28,6	6	18,7	
Raramente/nunca	30	71,4	26	81,3	0,320
Posibilita elección de la posición de parto	42		32		
Siempre/en la mayoría de las veces	33	78,6	27	84,4	
Raramente/nunca	9	21,4	5	15,6	0,521
Recomienda posición de litotomía	42		32		
Siempre/en la mayoría de las veces	19	45,2	11	34,4	
Raramente/nunca	23	54,8	21	65,6	0,343
Recomienda posición lateral	42		32		
Siempre/en la mayoría de las veces	22	52,4	18	56,3	
Raramente/nunca	20	47,6	14	43,7	0,741
Recomienda posición vertical	42		32		
Siempre/en la mayoría de las veces	17	40,5	13	40,6	
Raramente/nunca	25	59,5	19	59,4	0,990
Prescribe/administra ocitocina	42		32		
Siempre/en la mayoría de las veces	19	45,2	5	15,6	
Raramente/nunca	23	54,8	27	84,4	0,005
Orienta/incentiva pujo dirigido	42		32		
Siempre/en la mayoría de las veces	18	42,9	7	21,9	
Raramente/nunca	24	57,1	25	78,1	0,054
Realiza/incentiva maniobra de Kristeller	42		32		
Siempre/en la mayoría de las veces	2	4,8	0	0,0	
Raramente/nunca	40	95,2	32	100	0,716

*GEE (Modelo de ecuaciones de estimación generalizado)

Tabla 4 - Prácticas identificadas en los prontuarios en la auditoría de base (fase 1) y auditoría pos-intervención (fase 3) y valor p – Macapá, AP, Brasil, 2015-2016

Variable	Prontuario				valor p
	Fase 1		Fase 3		
	N	%	n	%	
Presencia de acompañante	291		264		
Sí	13	4,5	44	16,7	
No	0	0,0	3	1,1	1,000*
Sin registro	278	95,5	217	82,2	
Realización de amniotomía	291		264		
Sí	130	44,7	40	15,2	
No	141	48,4	178	67,4	<0,001†
Sin registro	20	6,9	46	17,4	
Posición en el parto	291		264		
Litotomía	74	25,4	63	23,9	
Vertical/cuclillas	20	6,9	24	9,1	
Lateral	31	10,6	9	3,4	0,013*
Cuatro apoyos	4	1,4	5	1,9	
Sin registro	162	55,7	163	61,7	
Prescripción de ocitocina	291		264		
Sí	151	51,9	131	49,6	
No	140	48,1	133	50,4	0,593†
Administración de ocitocina	291		264		
Sí	150	51,5	122	46,2	
No	141	48,5	142	53,8	0,209†
Maniobra de Kristeller	291		264		
Sí	2	0,7	2	0,8	
No	0	0,0	0	0,0	1,000†
Sin registro	289	99,3	262	99,2	

*Test exacto de Fisher

†Test Chi-cuadrado

Discusión

Este estudio de intervención casi experimental, tipo antes y después, tuvo como base el modelo de auditoría clínica y buscó evaluar el impacto de la implementación de las prácticas basadas en evidencias en la asistencia al parto normal. En el área obstétrica, pocas investigaciones se dedicaron a explorar esta temática, aunque sea de gran relevancia clínica y académica.

El modelo de asistencia encontrado en los hospitales brasileiros resulta en la exposición de mujeres, sobre todo, aquellas de riesgo obstétrico habitual, las intervenciones desnecesarias y sin cualquier evidencia que las justifique⁽²⁾. Así, el protocolo de esta investigación definió algunas prácticas y resultados maternos que representan la utilización de las mejores evidencias en la atención al parto que son recomendados por la OMS. En el HMML, tales cambios eran fundamentales ante el cuadro constatado en la auditoría de base, esto es, altos índices de intervenciones sin recomendación científica o mismo consideradas iatrogénicas.

Aunque este estudio tenga resultado de mejoría en la práctica clínica, las evidencias científicas en la asistencia al parto no fueron totalmente implementadas, posiblemente, porque este es un proceso complejo y continuo, que implica cambios y superación de barreras en los ámbitos individual e institucional, como indicado por otros investigadores^(4,11).

La literatura científica apunta diversos factores que dificultan la implementación de evidencias en la práctica clínica. En el ámbito organizacional, las principales barreras son falta de tiempo, instalaciones inadecuadas y falta de apoyo⁽¹²⁾. En el servicio donde ésta investigación fue conducida, se encontró sobrecarga de trabajo de los profesionales, pequeño número de camas para la alta demanda de partos y falta de infraestructura física. De esta manera, la implementación de evidencias podría haber alcanzado mayor suceso si hubiese un contexto organizacional que apoyase la práctica basada en evidencias.

En el ámbito individual, las barreras incluyen falta de conocimiento sobre los métodos y resultados de investigación y actitud negativa en relación a la práctica basada en evidencias⁽¹²⁾. Se suma a eso la resistencia de algunos profesionales de salud que no consiguen romper con el actual paradigma de asistencia al parto⁽¹³⁾, probablemente, por haber sido formados previamente a las políticas de humanización y a la práctica basada en evidencias. Además, la educación médica aún no está volcada a la formación de profesionales habilitados a prestar asistencia integral, de calidad y humanizada, visto que se inclina para reproducir la utilización de prácticas intervencionistas⁽¹³⁻¹⁴⁾.

La competencia impuesta por otras prioridades de salud, la escasez de recursos, la falta de motivación para implementar y sustentar los cambios en la práctica asistencial y la diseminación ineficaz de los resultados son factores que contribuyen para la retomada de la práctica anterior después de la finalización de una intervención de investigación⁽¹¹⁾.

Hay gran número de estrategias que pueden contribuir para una efectiva implementación de cambios en la práctica clínica y que son pautadas en diferentes teorías sobre comportamiento humano, cambio profesional y desempeño organizacional. La literatura sugiere que, por medio de la combinación de estos diferentes abordajes, cambios reales y sustentables pueden ser alcanzados⁽¹⁵⁾.

Después de la intervención educativa, hubo un incremento de 5,3 p.p. en la tasa de parto normal, posiblemente, estimulado por la discusión sobre la implementación de las prácticas basadas en evidencias científicas en el seminario. Entretanto, en razón de las limitaciones del delineamiento del estudio, no es posible afirmar que este fue el único determinante para este cambio, ya que datos adicionales, como la situación de riesgo de las mujeres durante la progresión del trabajo de parto y las indicaciones para realizar la cesárea, no fueron analizadas. De cualquier forma, se notó que más profesionales pasaron a adoptar prácticas que contribuyen para viabilizar el parto normal, tales como la presencia de acompañante, reducción de la amniotomía y de la infusión de ocitocina.

La auditoría pos-intervención reveló aumento significativo del número de mujeres que tuvieron acompañante de su elección durante el trabajo de parto y parto. El apoyo individual tiene efectos clínicos benéficos para la mujer y su bebé, comprobados por evidencia científica, resultando en trabajo de parto más corto, mayor posibilidad de tener parto espontáneo, menor necesidad de analgesia, menos neonatos con índice de Apgar bajo en el quinto minuto y menor número de relatos de insatisfacción con el parto, lo que debería ser garantido para toda mujer⁽¹⁶⁾.

En Brasil, la presencia del acompañante de libre elección de la mujer en el parto es garantizada, hace más de 10 años, por la Ley Federal n.º 11.108, de 7 de abril de 2005⁽¹⁷⁾. Además, la Agencia Nacional de Salud Suplementaria determinó, por medio de la Resolución Normativa n.º 387, que los atendimientos obstétricos en el sector privado deben cubrir los gastos del acompañante, incluyendo vestimenta adecuada, alojamiento y alimentación, independiente del seguro-salud⁽¹⁸⁾.

La Dirección Nacional de Asistencia al Parto también refuerza la recomendación para que las

mujeres tengan acompañantes de su elección durante el trabajo de parto y parto, no invalidando el apoyo dado por persona de fuera de la red social de la mujer⁽¹⁾. Es una práctica clasificada como demostradamente útil y que debe ser estimulada, ya que contribuye para la humanización del cuidado y reducción de intervenciones obstétricas desnecesarias⁽³⁾.

No obstante, es importante destacar que, en los últimos años, hubo dificultad en la legitimación de la garantía de ese derecho en Brasil, sobre todo, por resistencia de los profesionales a la presencia del acompañante, falta de estructura física, recursos humanos y materiales en las instituciones de salud y falta de apoyo y de directrices institucionales para implementación de la Ley del Acompañante⁽¹⁴⁾.

En el HMML, la estructura del antiguo centro obstétrico, actual CPN, no ofrecía condiciones físicas para instalar satisfactoriamente a las mujeres, sus acompañantes y los profesionales del servicio. En 2014, esa estructura sufrió cambios para adaptación del ambiente previsto en la actual política de asistencia a la mujer, de la Red Cigüeña/MS. Así, las modificaciones en el espacio asociadas a la intervención educativa realizada en este estudio pueden justificar el aumento del relato de la presencia del acompañante de elección de la mujer en el parto.

La reducción de la tasa de amniotomía después de la intervención fue un hallazgo inesperado, pues, en el HMML, esa práctica era realizada de forma asociada a la infusión de ocitocina bajo la justificativa de reducción del tiempo de permanencia de las mujeres en el centro de parto, necesaria en razón de la elevada demanda por atendimento. La amniotomía antes de la dilatación cervical completa es, con frecuencia, utilizada para acelerar el trabajo de parto, pero la eficacia de esa intervención no fue comprobada y permanece como objeto de debate e investigación.

Dos revisiones sistemáticas, sin meta-análisis, fueron conducidas para evaluar la efectividad del manejo activo del trabajo de parto. La primera, con 5.390 mujeres, evaluó si ese tipo de manejo reduce el número de cesáreas en gestación de riesgo habitual y si mejora la satisfacción de la mujer. Las prácticas incluyeron la amniotomía de rutina, infusión de ocitocina y apoyo individual en el trabajo de parto. Los autores concluyeron que el manejo activo está asociado a poca reducción en la tasa de cesáreas, pero es altamente prescriptivo e intervencionista, siendo necesarios más estudios para evaluar la aceptabilidad de ese manejo por las parturientas⁽¹⁹⁾.

La segunda revisión concluyó que no hay evidencias de que la amniotomía esté asociada a la reducción de la duración del período de dilatación,

tasa de cesárea, satisfacción materna e índice de Apgar en el quinto minuto⁽²⁰⁾. Por lo tanto, no debe ser adoptada rutinariamente como parte de la asistencia a la parturienta.

En cuanto a la posición de parto, hubo reducción significativa en el uso de la litotomía y aumento expresivo en la adopción de las verticalidades, pos-intervención. Tal hallazgo puede justificarse por la mayor participación de las enfermeras obstétricas en el seminario. Además, se notó que, en la práctica diaria, hubo mayor adhesión de esas profesionales en orientar a las mujeres en cuanto a las diferentes posiciones en el parto y posibilitar su libre elección.

Nuestros resultados coinciden con los hallazgos de un estudio realizado en São Paulo (Brasil) en el cual los autores observaron que, después de una intervención educativa con los profesionales de la maternidad, las posiciones verticales fueron adoptadas por todas las parturientas, y la litotomía dejó de ser utilizada, con diferencia estadística ($p=0,001$)⁽²¹⁾.

En la asistencia humanizada, se recomienda a la mujer la libertad de elegir la posición en el trabajo de parto y parto, mientras, en Brasil, la posición de litotomía continúa siendo utilizada en el período expulsivo por la mayoría de las parturientas⁽²⁾.

Estudio muestra que, cuando las mujeres adoptan posiciones verticales, los beneficios físicos y psicológicos incluyen menor duración del trabajo de parto, menos intervenciones y dolor severo y mayor satisfacción con el parto⁽²²⁾. Revisión sistemática concluyó que aún no es posible estimar los riesgos y beneficios de las diferentes posiciones en el parto, en razón de la baja calidad metodológica de los estudios disponibles. Así, cada mujer debe tener la posibilidad de optar por la posición que quiera asumir en el parto. Sin embargo, en la posición verticalizada, sin anestesia peridural, hay reducción significativa de los partos asistidos, menor frecuencia de episiotomía y aumento de laceraciones perineales de segundo grado⁽²³⁾.

De acuerdo con las púerperas, la pos-auditoría reveló también reducción estadística en el número de mujeres sometidas a la infusión de ocitocina en el trabajo de parto. Tal resultado puede ser explicado por el impacto del seminario (conforme a la orientación de que la infusión de ocitocina no debería ser una práctica rutinaria) y por la introducción de otras prácticas en la asistencia al parto, como el incentivo a la deambulación, baños tibios y oportunidad de libre elección de posición, en especial, las verticales, que permiten acelerar el trabajo de parto.

Revisión sistemática que evaluó la utilización de ocitocina para acelerar el progreso lento de la dilatación *versus* reducción en las tasas de cesárea y morbilidad

materna y fetal constató que no hubo diferencia estadística en la frecuencia de cesáreas ($p=0,88$) y en los resultados maternos y neonatales adversos ($p=1,02$), comparados al uso tardío o no. En contrapartida, se observó que el empleo precoz de la droga resultó en hiper-estimulación uterina asociada a las alteraciones cardíacas fetales y reducción del trabajo de parto en cerca de 2 horas⁽²⁴⁾. Así, la infusión de ocitocina en el período de dilatación debe estar restringida a situaciones como falla en el progreso del trabajo de parto, en que hay necesidad de la corrección de la dinámica uterina⁽³⁾. De ese modo, los resultados alcanzados después de la intervención educativa parecen favorecer el alineamiento entre las prácticas asistenciales y las evidencias científicas, en el servicio donde ésta investigación fue conducida.

Pujos dirigidos y maniobra de Kristeller también fueron significativamente reducidos después de la intervención educativa. Al comparar los resultados de las puérperas entrevistadas con los dos profesionales, los datos de esas prácticas revelan concordancia parcial, pues solamente el pujo dirigido indicó una disminución estadística.

Independiente de la dilatación cervical completa, es práctica frecuente en las maternidades estimular la parturienta a hacer fuerza, impidiendo que ella obedezca a sus propios impulsos, no respetando, así, a la fisiología del parto⁽³⁾. La Directriz Nacional de Asistencia al Parto recomienda los pujos espontáneos en el período expulsivo en mujeres sin analgesia, evitando los pujos dirigidos⁽¹⁾.

Revisión bibliográfica reciente que evaluó la morbilidad materna y neonatal asociada al tipo de pujo utilizado en el período expulsivo constató que los grupos no difirieron en cuanto a las lesiones perineales, episiotomías o tipo de parto. Apenas un estudio encontró mayor score de Apgar en el quinto minuto y mejor pH de la arteria umbilical en el grupo del pujo espontáneo. Se concluyó que la baja calidad metodológica de los estudios y las diferencias entre los protocolos no justifican una recomendación de un determinado tipo de pujo⁽²⁵⁾.

La justificativa de los profesionales en orientar pujos largos y dirigidos tiene como finalidad acortar el período expulsivo⁽³⁾. Con todo, la revisión sistemática que investigó la interferencia del pujo dirigido en lo expulsivo concluyó que no hay diferencia en la duración de ese período y en las tasas de trauma perineal al comparar con pujos espontáneos⁽²⁶⁾. Por lo tanto, la mujer debe ser estimulada a seguir sus propios impulsos.

En cuanto a la maniobra de Kristeller, estudio de observación fue realizado en Egipto con 8.097 mujeres sometidas al parto normal para verificar los efectos de esa maniobra. Los autores constataron que, a pesar de la menor duración del segundo período, hubo importante

aumento del riesgo de laceraciones perineales graves, ruptura uterina, dispareunia e incontinencia urinaria 6 meses después del parto. En RN, hubo distocias de hombro, aumento del riesgo de score de Apgar abajo de siete en el quinto minuto, de secuelas fetales, como hipo perfusión y parálisis cerebral⁽²⁷⁾.

Las prácticas y los resultados maternos identificados en las entrevistas de los profesionales mostraron que, después de la intervención, todos ellos relataron posibilitar la presencia del acompañante de elección de la mujer "siempre o en la mayoría de las veces", pero sin diferencia estadística, pues casi todos ya lo hacían antes de la intervención. Ese hallazgo fue semejante al encontrado en las entrevistas de las mujeres. Así, se puede inferir que la intervención educativa mejoró esa práctica, ratificando la manutención de las evidencias científicas.

En relación a la amniotomía, aunque haya ocurrido disminución del número de profesionales que referían realizar ese procedimiento "siempre o en la mayoría de las veces", el resultado no fue significativo. Ese hallazgo difiere de aquel obtenido en las entrevistas de las puérperas, probablemente, en razón del pequeño número de profesionales entrevistados.

Vale destacar que, en virtud de la falta del amnioscopio en el escenario de este estudio, la amniotomía es utilizada como método de evaluación del aspecto del líquido amniótico, hecho que puede haber contribuido para manutención de las tasas elevadas del procedimiento y dificultad en el cambio de la práctica asistencial.

En cuanto a la posición para el parto, diferente del relato de las puérperas, no hubo diferencia significativa en la reducción de la tasa de litotomía. Se constató también que las entrevistas de los profesionales y de las puérperas revelaron que no hubo diferencia significativa en la posibilidad de elección de la posición del parto por la parturienta, mostrando que la definición de esa posición aún es centrada en el profesional.

Estudio de observación realizado en Nigeria, que tuvo como objetivo identificar la relación entre las posiciones de parto y trauma perineal, reveló elevadas tasas de litotomía. Las mujeres que adoptaron esa posición (85%) relataron no ser útil para el progreso del parto, pero no tenían posibilidad de elección, dada la imposición de los profesionales. Las parteras utilizaron esa práctica en 98% de los partos, justificando condición impuesta por la institución. El uso rutinario de la posición litotomía es una cultura médica incorporada en esos hospitales, y las parteras son educadas y entrenadas para asistir a las mujeres en esa posición⁽²⁸⁾.

El cuidado más efectivo es aquel en el cual la parturienta es la figura central y sus necesidades son

valorizadas en detrimento de las exigencias de los profesionales o de las instituciones.

La prescripción/administración de ocitocina en el parto indicó disminución estadística después de la intervención. Vale resaltar que, en los años que antecedieron a la intervención, este fármaco era prescrito, rutinariamente, asociado a la amniotomía, para el manejo activo del parto, en especial, por el profesional médico, bajo la justificativa de reducir el tiempo de la mujer en el centro obstétrico, en razón de la alta demanda por atendimento.

La administración de ocitocina, asociada o no a la amniotomía precoz, no debe ser realizada de rutina en mujeres en trabajo de parto que estén progresando bien⁽¹⁾.

Revisión sistemática que comparó la dosis inicial baja contra alta dosis de ocitocina señaló que la mayor dosis del medicamento redujo, significativamente, la duración del parto ($\pm 3,5h$), la tasa de cesárea y aumentó la de parto vaginal. Se concluyó que no hay evidencias suficientes para recomendar la utilización de altas dosis de ocitocina en mujeres con progresión lenta del trabajo de parto, y más investigaciones deben evaluar ese efecto⁽²⁹⁾.

Hubo reducción, sin significancia estadística, en orientar o incentivar pujos dirigidos y maniobra de Kristeller, después de la intervención educativa. La disminución de esas intervenciones, aunque satisfactoria, no permitió alcanzar el criterio de auditoría definido inicialmente. La mantención de los pujos dirigidos y de la maniobra de Kristeller muestra que aún hay resistencia de los profesionales en modificar el modelo de asistencia intervencionista basado en creencias o experiencias previas. Como el hospital es de enseñanza, ese escenario es aún más preocupante, dado que puede resultar en la perpetuación de ese modelo de atención al parto.

Desde la planificación de este estudio, se tenía conocimiento de que habría dificultad en rescatar informaciones de los prontuarios, sobre todo de algunas prácticas que, aunque realizadas con frecuencia son ocultadas, principalmente en razón del riesgo que representan para la parturienta y concepto, como pujos dirigidos y maniobra de Kristeller. Otras, como el uso de ocitocina, amniotomía, posición adoptada en el parto y presencia de acompañante, fueron elegidas por ser importantes indicadores en el área obstétrica y, en general, registradas en el prontuario. Para algunas de esas variables, la cantidad y la calidad de los registros fueron deficientes, limitando la discusión de los hallazgos de este estudio.

Después de la intervención educativa, el registro de la presencia del acompañante aumentó, pero sin diferencia estadística, probablemente porque ésta información aún

no constaba en más de 90% de los prontuarios. A su vez, todos los profesionales entrevistados en la fase 3 relataron posibilitar la presencia del acompañante "siempre o en la mayoría de las veces", y más de 90% de las púerperas informaron tener la presencia de un acompañante en el trabajo de parto.

En cuanto a la práctica de amniotomía, se constató que hubo una disminución en los registros en prontuarios, después de la intervención, con diferencia significativa. Ese resultado se equipara a los relatos de las púerperas, pero diverge de aquellos de los profesionales. Vale esclarecer que se consideró como amniotomía no efectuada siempre que había descripción en el prontuario sobre la bolsa amniótica íntegra en la admisión, sin referencia de ruptura artificial hasta el parto. Además, en la auditoría pos-intervención, se verificó más del doble de la falta de registros de esa práctica en comparación a la auditoría de base.

El registro de la integridad de las membranas es un dato importante en la evolución del trabajo de parto frente a las repercusiones negativas de la ruptura artificial en la salud materna y fetal. Hay evidencias de que efectos indeseables resultan de esa intervención, como incremento de desaceleraciones precoces de la frecuencia cardíaca fetales y mayor riesgo de infección fetal y puerperal⁽¹⁾. Por esto, es esencial estimular el registro de esa información en el prontuario.

En cuanto a las posiciones adoptadas en el período expulsivo, los registros en los prontuarios mostraron que, después de la intervención educativa, hubo disminución de la posición de litotomía, en cuanto las verticales/cuclillas aumentaron, con diferencia significativa. Ese hallazgo corrobora los relatos de las púerperas, pero no los de profesionales, probablemente, por el pequeño número de profesionales entrevistados.

Los registros en los prontuarios concernientes a la prescripción de ocitocina en el trabajo de parto revelaron que esa práctica, proporcionalmente, fue reducida después de la intervención educativa, pero sin diferencia estadística. En la auditoría pos-intervención, se constató que la utilización de la ocitocina en el período de dilatación redujo la frecuencia en todas las fuentes de recolecta de datos auditadas, o sea, púerperas, profesionales y prontuarios. Se destaca que, para esa variable, los registros estaban disponibles en los prontuarios.

Tales hallazgos son coincidentes con un estudio palestino que utilizó la metodología de implementación de mejores evidencias en la asistencia al parto normal con el objetivo de investigar posibles cambios en las prácticas de los profesionales. Los autores demostraron disminución de algunas prácticas importantes, entre las cuales, el uso liberal de la ocitocina y ruptura

artificial de membranas después de la intervención, con diferencia estadística⁽³⁰⁾.

La ausencia de criterios de auditoría predefinidos en el JBI para las prácticas implementadas fue una limitación importante en este estudio. Otras limitaciones fueron la elevada falta de registros de las prácticas en los prontuarios, la recolección no aleatorizada de puérperas entrevistadas y la dificultad en el reclutamiento de los profesionales.

Nuestros hallazgos no solo traen contribuciones para el conocimiento de los profesionales que actúan en la asistencia al parto, como también eliminan los cuidados empíricos, rutinarios y desnecesarios a la mujer y mejoran la práctica clínica.

Conclusión

Nuestros resultados permiten inferir que la metodología de implementación de evidencias científicas mejoró algunas prácticas obstétricas y resultados maternos. Hubo un aumento en la tasa de parto normal. En los otros resultados, las mejorías encontradas variaron de acuerdo con la fuente de información. En la perspectiva de las puérperas, hubo un aumento significativo de la presencia del acompañante de libre elección en el trabajo de parto y de la posición vertical/cuclillas, además de reducción significativa de la amniotomía, de la posición de litotomía, de ocitocina, de los pujos dirigidos y de la maniobra de Kristeller. En la perspectiva de los profesionales, la práctica que presentó disminución estadística fue prescripción/administración de ocitocina en el trabajo de parto. El análisis de los prontuarios mostró reducción estadística de amniotomía y de la posición litotomía, con consecuente aumento de las posiciones verticales/cuclillas.

Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação [Internet]. Brasília (DF); 2016. [Acesso 12 jan 2017]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf.
2. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme MM, Filha, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Sup:S17-S47. doi: 10.1590/0102-311X00151513.
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. [Internet]

Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [Acesso 6 abr 2017]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

4. Pearson A, Jordan Z, Munn Z. Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. *Nurs Res Pract*. 2012; CD792519. doi: 10.1155/2012/792519.
5. Pearson A. Evidence synthesis and its role in evidence-based health care. *Nurs Clin North Am*. 2014;49(4):453-60. doi: 10.1016/j.cnur.2014.08.001.
6. Lockwood C, Aromataris E, Munn Z. Translating evidence into policy and practice. *Nurs Clin North Am*. 2014; 49(4):555-66. doi: 10.1016/j.cnur.2014.08.010.
7. Ivers NM, Sales A, Colquhoun H, Michie S, Foy R, Francis JJ, et al. No more 'business as usual' with audit and feedback interventions: towards an agenda for a reinvigorated intervention. *Implement Sci*. 2014;17(9):14. doi: 10.1186/1748-5908-9-14.
8. Abhyankar P, Cheyne H, Maxwell M, Harris F, McCourt C. A realist evaluation of a normal birth programme. *Evidence Based Midwifery*. [Internet]. 2013 [cited Jun 12, 2016];11(4):112-9. Available from: <http://www.rcm.org.uk/...birth-programme/>.
9. Shimoda GT, Soares AVN, Aragaki IMM, McArthur A. Preventing nipple trauma in lactating women in the University Hospital of the University of Sao Paulo: a best practice implementation project. *JBI Database Syst Rev Implement Rep*. 2015;13(2):212-32. doi:10.11124/jbisrir-2015-1631
10. Guimarães LSP, Hirakata VN. Use of the Generalized Estimating Equation Model in longitudinal data analysis. *Rev HCPA*. [Internet]. 2012 [cited Jun 12, 2016];32(4):503-11. Available from: <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/36971/23993>.
11. Bick D, Chang YS. Implementation of evidence into practice: complex, multi-faceted and multi-layered. *Rev Enf USP*. 2014;48(4):583. doi: 10.1590/S0080-623420140000400001.
12. Shifaza F, Evans D, Bradley H. Nurses' perceptions of barriers and facilitators to implement EBP in the Maldives. *Adv Nurs*. 2014. doi: 10.1155/2014/698604.
13. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Labor and birth: knowledge and humanized practices. *Text Context Nurs*. 2012;21(2):329-37. doi: 10.1590/S0104-07072012000200010.
14. Bruggemann OM, Ebsen ES, Oliveira ME, Gorayeb MK, Ebele RR. Reasons which lead the health services not to allow the presence of the birth companion: nurses' discourses. *Texto contexto - enferm*. 2014;23(2):270-7. doi: 10.1590/0104-07072014002860013.

15. Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D, editors. Improving patient care: the implementation of change in health care [Internet]. 2nd ed. Chichester: John Wiley; 2013. doi: 10.1002/9781118525975.
16. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;15;(7). doi: 10.1002/14651858. CD003766.pub5.
17. Lei n. 11.108 (BR). Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Brasília (DF); 2005. [Acesso 12 jan 2017]. Disponível em: http://planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm.
18. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Resolução normativa n.º 387. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde [Internet]. Brasília (DF); 2016. [Acesso 12 jan 2017]. <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzExMA>.
19. Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;16;(9). doi: 10.1002/14651858.CD004907.pub3.
20. Wei S, Wo BL, Qi HP, Xu H, Luo ZC, Roy C, et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8). doi: 10.1002/14651858.CD006794.pub4.
21. Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(5):716-25. doi: 10.1590/S0080-623420150000500002.
22. Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women Birth.* 2012;25(3):100-6. doi: 10.1016/j.wombi.2011.05.001.
23. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;16(5). doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub3.
24. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(10). doi: 10.1002/14651858.CD007123.pub3.
25. Barasinski C, Lemery D, Vendittelli F. Do maternal pushing techniques during labour affect obstetric or neonatal outcomes? *Gynecol Obstet Fertil.* 2016;44(10):578-83. doi: 10.1016/j.gyobfe.2016.07.004.
26. Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;9(10). doi: 10.1002/14651858.CD009124.pub2.
27. Moiety FMS, Azzam AZ. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014;40(4):946-53. doi: 10.1111/jog.12284.
28. Diorgu FC, Steen MP, Keeling JJ, Mason-Whitehead E. Mothers and midwives perceptions of birthing position and perineal trauma: an exploratory study. *Women Birth.* 2016;29(6):518-23. doi: 10.1016/j.wombi.2016.05.002.
29. Kenyon S, Tokumasu H, Dowswell T, Pledge D, Mori R. High-dose versus low-dose oxytocin for augmentation of delayed labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;13(7). doi: 10.1002/14651858.CD007201.pub3.
30. Hassan SJ, Sundby J, Hussein A, Bjertness E. Translating evidence into practice in childbirth: a case from the Occupied Palestinian Territory. *Women Birth.* 2013;26(2):e82-9. doi: 10.1016/j.wombi.2012.12.002.

Recibido: 08.04.2017

Aceptado: 07.11.2017

Correspondencia:
Clodoaldo Tentes Côrtes
Universidade Federal do Amapá.
Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde
Rod. Juscelino Kubitschek de Oliveira, Km 02
Jardim Marco Zero
CEP: 68902-280, Macapá, Amapá, Brasil
E-mail: ctcortes@unifap.br

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.