

Guía de Práctica Clínica

Control y Atención del Parto de Bajo Riesgo (parte II)

En la primera parte nos referimos al reconocimiento, control y progreso del trabajo de parto de bajo riesgo. En esta entrega describimos el uso de analgesia y la atención del parto propiamente dicho.

La tolerancia al dolor del trabajo del parto ha cambiado mucho a lo largo de los dos últimos siglos y, en la actualidad, para el llamado mundo occidental, la analgesia se ha convertido en una necesidad para la gran mayoría de las embarazadas. En el período de dilatación, el dolor estaría referido a la dilatación cervical y en el período expulsivo, el dolor lo ocasionaría la ampliación pelviana y el estiramiento de la vagina y el periné.

Hay métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el parto, la posición materna es uno de ellos. Desde los estudios realizados por Engelmann (1882) y confirmados por Atwood (1976), se conoce que las embarazadas tienden a buscar una posición antiálgica y éstas son, con mayor frecuencia, las verticales que las horizontales²⁸⁻²⁹. Las parturientas, si nadie se lo impide, caminan, se sientan, se ponen de pie inclinadas hacia delante y también en "cuatro patas". No hay una opinión universalmente aceptada sobre la mejor posición o posiciones que debe adoptar una parturienta; lo que sí se admite es que la embarazada debe tener total libertad de adoptar aquella que mayor confort le traiga. Con este objetivo, hay que evitar todas las conductas habituales que le impidan hacerlo (monitoreo continuo de la FCF, hidratación intravenosa \pm siempre que no fueran inevitables.)

Cuando la parturienta siente un intenso dolor lumbar durante las contracciones, la contrapresión lumbar pareciera ser un método eficaz, aunque su evidencia sea solo testimonial. La maniobra consiste en aplicar una intensa presión - con el puño, con el "talón de la mano" o con un objeto duro - en un punto bajo de la columna lumbar. También, el contacto de una mano que toca a la parturienta (en general sobre su mano o su brazo) tiene un efecto antiestrés y relajador. Si en cambio de solo tocar, se agrega el deslizar la mano sobre la superficie de la piel de la parturienta, como un masaje suave, esto también parece tener un efecto tranquilizador que permite una mejor tolerancia al dolor del parto. Ninguna de las dos conductas tiene evidencia científica adecuada, pero, como no tienen efectos adversos y pueden interrumpirse tan pronto lo manifieste la parturienta, es un procedimiento que puede aceptarse sin mayores problemas.

Existen varias otras técnicas, con diverso grado de dificultad para su práctica, que tampoco fueron probadas de manera adecuada: hipnosis, acupuntura, acupresión, audioanalgesia, música o la concentración de la atención y distracción.

Dentro de la analgesia farmacológica las más utilizadas actualmente son los narcóticos, tranquilizantes y la analgesia regional. Los derivados (naturales o sintéticos) de la morfina se han utilizado desde hace más de tres décadas para disminuir la sensación dolorosa del parto, pero, producen mayor depresión de la madre y del recién nacido y este efecto está en relación directa con la dosis, lo que limita su utilización. De utilizarse, el narcótico debe administrarse por vía intravenosa y permitir que la madre regule la dosis según su necesidad. Como efectos adversos deben esperarse, en la madre, mareos náuseas y vómitos y en el niño, depresión neonatal que se puede extender por un período más o menos prolongado después del nacimiento. Los sedantes (clorpromazina, benzodiazepinas, fenotiazinas) también atraviesan la barrera placentaria y existen evidencias de que alcanzan concentraciones plasmáticas mayores en el feto que en la madre³⁰.

La analgesia epidural es hoy, la mejor analgesia disponible para calmar el dolor durante el parto. En general, se la uti-

liza después de los 5cm de dilatación, tiene el inconveniente de confinar a la parturienta en la cama y le impide la deambulación. También se la asocia con una mayor frecuencia de estimulación de la contractilidad uterina con ocitocina porque disminuye la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas, y un incremento en la terminación del parto por cesárea. Un estudio de cohorte retrospectiva³¹, mostró que la administración de la analgesia epidural antes de que la cabeza fetal se encaje en la pelvis materna, está asociada con un incremento de la frecuencia de malposición cefálica al parto. De alguna manera, pudiera ser que esta observación estuviera relacionada con la mayor frecuencia de cesáreas. Sin embargo, en un muy reciente metanálisis³² se encontró que la analgesia epidural no aumenta la frecuencia de cesáreas o de parto vaginal instrumental (fórceps, vacuum) por distocia.

Aquellas embarazadas que reciben la mencionada analgesia tiene trabajos de parto más prolongados, pero, también se encuentran más satisfechas de su experiencia que las que reciben analgesia con opiodes. El resultado neonatal es mejor con la epidural que con los opiodes.

7.- Atención del parto

Llegada la dilatación completa comienza el período expulsivo, que se extiende hasta el nacimiento del niño. Su duración se estima en 60 minutos para las nulíparas (límite superior IC95% 150 minutos), y en 20 minutos para las multíparas (límite superior IC95% 60 minutos)². Este inicio anatómico, no siempre coincide con el inicio de la fase expulsiva que comienza cuando la madre comienza a tener una sensación urgente de pujar. Es aquí donde a la fuerza expulsiva de la contracción uterina se le suma la de los pujos maternos³³. Si se ha instituido una analgesia epidural, los pujos maternos pueden aparecer demorados, disminuidos en intensidad o estar ausentes por completo.

Una embarazada que no recibió ninguna preparación para el parto, cuando puja realiza entre 3 y 5 pujos de corta duración (4 a 6 segundos) y a glotis abierta, deja escapar el aire inspirado mientras realiza el esfuerzo del pujo. A estos pujos podría llamárselos espontáneos y no habría razones para modificarlos, salvo que existiera evidencia que lo aconsejara. Esto cuestiona el adiestramiento que se imparte habitualmente a las embarazadas: hacer una inspiración profunda y cerrando la glotis (prueba de Valsalva) realizar un esfuerzo de pujo prolongado, entre 30 y 40 segundos de duración.

Los pujos dirigidos y prolongados acortan el período expulsivo entre 10 y 20 minutos, cuando se los compara con los espontáneos, pero, disminuyen el pH de la sangre del cordón umbilical. El pequeño acortamiento del período expulsivo, que no tiene efectos beneficiosos sobre la salud del recién nacido, no justifica el hecho de correr el riesgo de comprometer el intercambio gaseoso entre la madre y el niño³⁴. Ésta es una práctica que debiera abandonarse hasta que haya evidencia que la favorezca.

No es conveniente que la madre puje antes de la dilatación completa, pero, si la sensación de pujo aparece antes, conviene sugerirle un cambio hacia una posición más confortable y realizar ejercicios de respiración para lograr su desaparición o atenuación. Si con esto no es suficiente y ella no está bajo analgesia epidural, éste es un momento apropiado para indicarla. También hay embarazadas que sienten sensación de pujo bastante después de la dilatación completa y, en este caso, no es conveniente indicarle pujar precozmente, pues aumenta la necesidad de fórceps para la rotación cefálica³⁵.

El aspecto que se debe considerar otra vez es la posición materna. Existe cierta evidencia acerca de que las posiciones sen-

tada, semisentada, cuclillas, decúbito lateral o decúbito supino sobre chata, son mejores que las de pié o litotomía con estribos, para disminuir el trauma perineal. Esta evidencia no es firme y se precisan investigaciones aleatorizadas con muestras más numerosas. Hasta tanto se posea una mejor evaluación de sus efectos, no existe ninguna razón para no cumplir con los deseos de la embarazada a este respecto³⁶.

Durante este período, la auscultación de los latidos fetales debe realizarse con mayor frecuencia que en el período de dilatación. Lo recomendable es realizarla una vez cada dos contracciones uterinas y, cuando el polo cefálico apoya sobre el piso perineal, después de cada contracción uterina.

Cuando llega el momento del nacimiento propiamente dicho aparece la obsesión por prevenir el trauma perineal. Para esto existen una serie de maniobras que solo cuentan con el apoyo de la opinión de expertos o de algunos trabajos de observación con escaso número de pacientes. Un ejemplo de lo antes mencionado es la maniobra muy común (recomendada en la Propuesta Normativa Perinata³⁷) de intentar fruncir el periné posterior cerca de la horquilla vulvar con la mano más hábil y con la otra, sostener el polo cefálico para evitar una deflexión brusca, con un supuesto mayor riesgo de desgarro perineal. También se recomienda que una vez salido el polo cefálico, se ayude el desprendimiento del hombro anterior. Sin embargo, tampoco se registra evidencia de que produzca daño manifiesto; si la persona que asiste el parto confía en ella, no hay razones para que deje de hacerlo. Otras más discutibles son los masajes perineales desde unas seis semanas antes del parto, como la distensión manual del periné posterior, con o sin el agregado de vaselina líquida, deberían esperar a tener una evidencia más firme ya que tienen, por lo menos, cierto grado de discomfort materno sin beneficio probado.³⁶

La episiotomía tiene por objetivos: ampliar el canal del parto, acortarlo y alinear el eje vaginal con el de la pelvis; ellos favorecerían la expulsión de la cabeza fetal, disminuyendo al máximo el riesgo de desgarros vaginales y perineales graves. Sin embargo, hoy existe evidencia contundente³⁸⁻³⁹ acerca de que el uso sistemático de este recurso quirúrgico, no disminuye el riesgo de desgarros vaginales o perineales graves, así como tampoco varía el riesgo de dolor, dispareunia o incontinencia urinaria posterior (ver tablas).

Resultados primarios del trabajo del grupo argentino de episiotomía (los riesgos relativos no muestran diferencias significativas).

Paridad	Riesgo absoluto de desgarro perineal grave o total (*)		Significancia del riesgo relativo (IC 95%)
	Episiotomía selectiva	Episiotomía sistemática	
Nulípara	11 / 777 (1.4%)	14 / 778 (1.8%)	0.79 (0.36 - 1.72)
Primípara	4 / 531 (0.8%)	5 / 520 (0.9%)	0.78 (0.21 - 2.90)
Total	15 / 1308 (1.2%)	19 / 1298 (1.5%)	0.78 (0.40 - 1.54)

(*) Número absoluto de pacientes y riesgo en porcentaje del total. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomized trial. Lancet, 1993; 342: 1517-1518

Resultados secundarios del trabajo del grupo argentino de episiotomía.

Tipo de trauma	Riesgo absoluto de eventos	Riesgo Relativo (IC95%)		Número de episiotomías necesarias para tratar o dañar
		Episiotomía selectiva	Episiotomía sistemática	
Desgarros vaginales de tercer grado	38 / 1271 (2.9%)	28 / 1278 (2.2%)	1.38 (0.84-2.21)	-
Hematoma	47 / 1146 (4.1%)	49 / 1148 (4.3%)	0.96 (0.65 - 1.42)	-
Infección local	9 / 555 (1.6%)	10 / 578 (1.8%)	0.91 (0.37 - 2.21)	-
Trauma perineal anterior	230 / 1197 (19.2%)	101 / 139 (8.1%)	2.36 (1.89 - 2.94)	9
Reparación quirúrgica posterior	817 / 1296 (63%)	1138 / 1291 (88%)	0.72 (0.68 - 0.75)	4
Dolor perineal al alta	317 / 1207 (30%)	516 / 1215 (42%)	0.72 (0.65 - 0.81)	12
Complicaciones a los siete días posparto	114 / 555 (20.5%)	168 / 564 (29.8%)	0.69 (0.56 - 0.85)	11
Dehiscencia	25 / 557 (4.5%)	53 / 561 (9.4%)	0.45 (0.30 - 0.75)	20

Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomized trial. Lancet, 1993; 342: 1517-1518

Con los conocimientos actuales, la episiotomía es un procedimiento a utilizarse de manera restringida, solo cuando esté indicada³⁸⁻³⁹. Cuando debe hacerse, la sutura se realizará con la técnica de puntos continuos⁴⁰, y con material sintético (ácido poliglicólico o histoacril)⁴¹⁻⁴². Hecho de esta manera, la mujer sentirá menos dolor perineal durante el puerperio y tendrá menos problemas al reiniciar sus relaciones sexuales, sin ningún otro efecto adverso. No tiene caso limpiar la herida con yodopovidona⁴³ antes de efectuar la sutura.

También con el objeto de disminuir el trauma perineal, se recomienda que para el desprendimiento de la cabeza, la madre no realice pujos intensos (a glotis cerrada), sino pujos cortos (a glotis abierta) y entre contracciones y no durante ellas. Además se agrega que cuando la cabeza se desprende, quien asiste el parto debe intentar desprender el hombro anterior primero y luego el posterior. Ninguna de las dos recomendaciones cuenta con evidencia sobre los potenciales beneficios sobre el trauma perineal. Es de esperar que una investigación clínica aleatorizada (el ensayo HOOP) sobre alrededor de 5.000 parturientas, que analiza dos conductas sobre el periné, una activa y otra pasiva, pueda resolver esta cuestión³⁶.

8.- Atención del alumbramiento

Luego del nacimiento del niño comienza el tercer período del parto o período placentario, también mencionado como alumbramiento propiamente dicho. Durante la expulsión de la placenta es el momento en que se observa la mayor pérdida de sangre; ésta puede deberse solo al desprendimiento placentario o estar sumada la proveniente de desgarros cervicovaginoperineales. Se calcula que la cantidad que se pierde por el alumbramiento oscila entre 500ml y 1.000ml y es la causa que genera el mayor número de transfusiones durante el puerperio. Con el objeto de evitarlo se han propuesto distintas intervenciones profilácticas.

El manejo activo del alumbramiento con administración de ocitócicos es superior al expectante. Está asociado con importantes reducciones en la cantidad de sangre perdida, bajos niveles de hemoglobina en el puerperio y menor número de transfusiones y con una menor utilización de ocitócicos como tratamiento. Por esta razón es el preferido. Claro que no está exento de efectos adversos, hay un incremento en la proporción de alumbramientos manuales y de incrementos de la presión arterial diastólica por encima de 100mmhg. Si en cambio de ocitocina se utiliza derivados del ergot, la proporción de los efectos adversos mencionados se incrementa y a ellos se agregan las náuseas y los vómitos⁴⁴

Otra maniobra recomendada es la tracción suave del cordón umbilical que disminuye la hemorragia materna y acorta el período placentario. La compresión del fondo uterino, maniobra muy difundida en nuestro ámbito, tiene menos efecto que la tracción suave del cordón umbilical y, en cambio, produce malestar materno por dolor y debe dejarse de realizar. La rotura del cordón es el efecto adverso de la tracción del cordón umbilical⁴⁵. También se sugirió que si se dejaba salir la sangre retenida en el cabo distal del cordón, se favorecía el alumbramiento espontáneo. La evidencia que existe hasta el momento no avala tal conducta. Sin embargo, esta maniobra disminuye la probabilidad de transfusión fetomaterna y podría estar indicada para disminuir la probabilidad de sensibilización materna a algunos factores, sobretodo al Rh⁴⁶.

9.- Control del puerperio durante la internación

La preocupación del profesional que hace el control se centrará sobre el dolor, la pérdida loquial y el establecimiento de la lactancia natural.

Los loquios son de un rojo intenso desde el parto hasta los 3 primeros días del posparto. A partir de allí se irán aclarando hasta hacerse amarillentos. La duración de la pérdida loquial es muy variable (10 a 42 días). La pérdida loquial puede volver a ser roja alrededor del 8° día o el 21° día; a veces, esta pérdida es abundante y obliga a la reinternación de la madre para colocarle una infusión con ocitocina y controlarla por una hora y si es necesario realizar un raspado uterino por la posibilidad que existan restos placentarios adheridos a la pared del útero. La infección uterina, cuando aparece, suele hacerlo entre el 3° y el 6° día posparto. Se presenta con una sensibilidad dolorosa aumentada y una sensación pastosa a la palpación del globo uterino, loquios seropurulentos y con olor fétido y un estado febril o subfebril. La fiebre como único signo, no es suficiente para el diagnóstico; la ingurgitación mamaria propia de la parición de la secreción láctea puede producirla también. Una vez diagnosticada, el tratamiento

con antibióticos de amplio espectro y el uso de retractores uterinos, es el indicado.

El dolor tiene tres orígenes: los entuertos, las heridas perineales y las mamas. Para calmarlo se utiliza como droga de primera elección el paracetamol y, en la gran mayoría de los casos es suficiente o puede utilizarse el clorhidrato de lisina en su reemplazo. Si ninguna de las dos drogas fuera suficiente pueden recurrirse al dextropoxifeno, aunque hay que tener en cuenta su pasaje a través de la leche y su efecto sobre el recién nacido.

La lactancia natural es, sin duda la mejor alimentación para el recién nacido y sobre ella hay que hacer hincapié, sin forzar los deseos de la madre. Una buena preparación durante el embarazo, un adecuado apoyo en el puerperio para promover una correcta técnica de amamantamiento y un horario liberal para prender el hijo al pecho⁴⁷ son sus pilares. Es muy importante colaborar con la madre para que ella pueda identificar la posición más cómoda para amamantar a su hijo y lograr que éste se prenda bien al pezón (toda la boca del niño abarca la aréola y no solo al pezón). Todo esto implica tener personal adiestrado, además de uno mismo, para enseñar a las madres. Hay mucho mito alrededor de cuidado de los pezones para evitar que se agrieten y, por supuesto, muchas conductas y tratamientos que carecen de algún apoyo científico mínimo. Las grietas del pezón tienen como origen un niño que se prende mal al pecho, y son una causa muy frecuente de abandono de la lactancia natural. Asociado con la lactancia y la relación madre hijo, se encuentra el tema del momento del alta del binomio madre-hijo. Existe evidencia de que el alta hospitalaria precoz (48-60 horas para partos naturales y 72-96 horas para las cesáreas) tiene algunos efectos beneficiosos sobre la lactancia materna, especialmente las múltiparas y en aquellos lugares donde el alojamiento de la madre y el niño se hacen en lugares separados es una práctica habitual⁴⁹. Sin embargo, esto solo tiene en cuenta la salud física de la madre y pone poco énfasis sobre el riesgo social.

Por ello, pareciera ser más adecuado considerar todos los factores (control prenatal adecuado, edad materna, educación, situación socioeconómica, estado civil, paridad) ya que ellos pueden influir sobre la decisión del alta hospitalaria⁵⁰.

No obstante, el alta precoz y los buenos resultados, también están condicionados por el seguimiento que pueda hacerse de esas madres. Un programa de seguimiento de madres y sus hijos que ofrezca apoyo social en su casa, con seguimiento personalizado y sensibles a las circunstancias sociales de las familias, no presentan riesgos conocidos y proporcionan importantes beneficios para aquellas madres socialmente desfavorecidas y sus hijos.

Existe suficiente evidencia en contra de muchas de las prácticas habituales en la atención del parto y también existe evidencia de los beneficios que se pueden obtener de conductas que todavía no se aplican con suficiente amplitud. Esta disociación persistirá hasta que los médicos estemos convencidos que debemos realizar intervenciones que estén probadas científicamente. Esto cumpliría con uno de los objetivos de la Medicina Basada en las Evidencias: "Hacer bien las cosas correctas"

Los miembros del equipo de salud que realizan cuidados obstétricos, por su particular situación dentro del esquema de atención médica, se enfrentan con el desafío de extender las fronteras de la atención de la salud de la madre y el niño. Hacer realidad la consulta preconcepcional y extender los cuidados materno-infantiles más allá de los fríos números que la compartimentalizan es el ideal que hay que perseguir, por lo menos desde mi punto de vista.

Dr. Omar Althabe+

Referencias

28. Roberts J. Maternal position during the first stage of labour. En: *Effective care in pregnancy and childbirth*. Chalmers I, Enkin MC, Keirse MJNC. (eds) 1989, Vol 2 págs 883-892. Oxford University Press, London
29. Caldeyro barcia R. The influence of maternal position on time of spontaneous rupture of the membranes, progress of labor and fetal head compression. *Birth Family J*, 1979; 6: 10-18
30. Pan B, Lu Y, Wang D. Determination of diazepam concentration in maternal and fetal serum after intravenous administration during active phase of labor and its effects on neonates. *Chung Hua Fu Chan Ko Tsa Chih*. 1995; 30(12): 707-710. Resumen MEDLINE
31. Robinson CA, Macones GA, Roth NW y Morgan MA. Does station of fetal head at epidural placement affect the position of fetal vertex at delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 1996; 175(4Part 1): 991-994.
32. Halpern SH, Leighton BL, Ohlsson A y col. Effect of epidural vs parenteral opioid analgesia on the progress of labor. A meta-analysis. *JAMA*, 1998; 280: 2105-2110
33. Sleep J, Roberts J, Chalmers I. Care during the second stage of labour. . En: *Effective care in pregnancy and childbirth*. Chalmers I, Enkin MC, Keirse MJNC. (eds) 1989, Vol 2 págs 1129-1144. Oxford University Press, London
34. Nikodem VC. Sustained (Valsalva) vs expiratory bearing down in 2nd stage of labour. En: Enkin MW, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP (eds). *Pregnancy and Childbirth Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1995 (actualizada el 24/2/1995).
35. Nikodem VC. Early vs late pushing with epidural analgesia. En: Enkin MW, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP (eds). *Pregnancy and Childbirth Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1995 (actualizada el 24/2/1995).
36. Renfrew MJ, Hannah W, Albers L y Floyd E. Practices to minimize trauma to genital tract in childbirth: A systematic review of the literature. *Birth*, 1998; 25(3): 143-160
37. Ministerio de Salud y Acción Social de la República Argentina. Prevención del trauma vaginal. Propuesta normativa perinatal, Tomo I, pág 90, 1997.
38. Belizán J, Stamp G. Episiotomy policies in vaginal birth. En: Neilson JP, Crowther CA, Hodnett ED, Hofmeyr GJ (eds). *Pregnancy and Childbirth Module of The Cochrane database of Systematic Reviews*, [updated Carroli 1/9/97]. Available in The Cochrane Library [database on disk and CDROM]. The Cochrane Collaboration; Issue 4. Oxford: Update Software; 1997. Updated quarterly.
39. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomized trial. *Lancet*, 1993; 342: 1517-1518
40. Johansson RB. Continuous vs interrupted suture for perineal repair. En: Enkin MW, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP (eds). *Pregnancy and Childbirth Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1995 (actualizada el 24/2/1995).
41. Johansson RB. Polyacrylic acid vs catgut for perineal repair. .En: Enkin MW, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP (eds). *Pregnancy and Childbirth Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1995 (actualizada el 24/2/1995).
42. Johansson RB. Histoacryl vs chromic catgut for perineal repair. .En: Enkin MW, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP (eds). *Pregnancy and Childbirth Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1995 (actualizada el 24/2/1995).
43. Johansson RB. Povidone iodine prior to perineal suturing. .En: Enkin MW, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP (eds). *Pregnancy and Childbirth Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1995 (actualizada el 24/2/1995).
44. Elbourne RD. Active vs conservative 3rd. stage management in low risk women. En: Enkin MW, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP (eds). *Pregnancy and Childbirth Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1995 (actualizada el 24/2/1995).
45. Prendiville WJ, Elbourne DR. Care during the third stage of labor. En: Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC (eds). *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 1989, págs 1145-1169
46. Elbourne DR. Free bleeding from placental end of umbilical cord. En: Enkin MW, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP (eds). *Pregnancy and Childbirth Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1995 (actualizada el 24/2/1995).
47. Renfrew MJ, Lang S. Feeding Schedules for neonates in hospitals. En: Enkin MW, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP (eds). *Pregnancy and Childbirth Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1995 (actualizada el 24/2/1995).
48. Renfrew MJ, Lang S. Breast Feeding Technique. En: Enkin MW, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP (eds). *Pregnancy and Childbirth Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1995 (actualizada el 24/2/1995).
49. Renfrew MJ, Lang S. Early vs late discharge postpartum. En: Enkin MW, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP (eds). *Pregnancy and Childbirth Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1995 (actualizada el 24/2/1995).
50. Britton J. Postpartum early hospital discharge and follow-up practices in Canada and the United States. *BIRTH*, 1998; 25(3): 161-168
51. Hodnett ED, Roberts I. Home-based social support for socially disadvantaged mothers (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1998. Oxford: Update Software.