

**Resultats del maneig no intervencionista
en parts de baix risc acompanyats per llevadores.
Una revisió narrativa de la literatura.**

Treball Final del Grau d'Infermeria

Marina Estopiñan Muntal

Director: Pau Carratalà

Curs 2021/2022



Centre adscrit a:



*“No hago partos, sólo los acompaño.
Estaré esperando lo que haga falta y observando
que no aparezca ninguna señal de peligro ni para la madre ni para el bebé.
El parto lo hace la madre.”*

Inma Marcos, llevadora autònoma presidenta d'ALPACC

(Associació de Llevadores del part a casa de Catalunya)

Índex

1. Resum	3
2. Introducció	6
3. Objectius	9
4. Metodologia	10
5. Resultats i Discussió	14
6. Conclusions	32
7. Implicació a la pràctica professional: aportació del treball a la pràctica clínica	33
8. Cronograma	34
9. Referències bibliogràfiques	35

1. Resum

Introducció: Els actuals registres d'atenció obstètrica situen a Espanya com un dels models d'atenció al part de baix risc més intervencionistes del nostre continent. L'evidència disponible associa taxes elevades d'intervenció amb més parts instrumentals, episiotomies, cesàries i pitjors resultats materns i neonatals. Diversos estudis han associat al seu torn l'atenció autònoma de les llevadores a parts de baix risc amb la disminució de les intervencions invasives, l'augment dels parts fisiològics, i amb una millora dels resultats materns i neonatals. El present treball es proposa com a objectiu conèixer l'estat actual de la literatura científica sobre els resultats del maneig no intervencionista en parts de baix risc acompanyats per llevadores.

Mètode: S'ha realitzat una revisió narrativa de la literatura científica publicada entre el 2019 i el 2022 a la Biblioteca Cochrane, Medline, Cuiden i Lilacs com a principals bases de dades a nivell internacional. Els criteris d'inclusió han estat articles i estudis sobre parts de baix risc on les intervencions eren el maneig no intervencionista valorat a partir de les variables: *posició vertical, auscultació intermitent de la freqüència cardíaca fetal, maneig no farmacològic del dolor, no amniotomia, no tactes vaginals, no oxitocina.*

Resultats: De 5.049 resultats inicials, 37 articles van ser seleccionats per complir criteris d'inclusió i després de l'extracció dels duplicats 24 es van incloure a la mostra final. Els resultats van mostrar que els parts de baix risc acompanyats per llevadores tenen resultats materns i neonatals més satisfactoris que l'atenció obstètrica convencional. En relació a les variables d'estudi, els resultats van mostrar que podien escurçar la durada del part i millorar la satisfacció materna amb el control del dolor i l'experiència.

Conclusions: El model de cures no intervencionista dirigit per una llevadora en parts de baix risc és segur i ofereix bons resultats materns i neonatals.

Paraules clau: part normal, llevadora, pràctica basada en l'evidència, intervencions, resultats del part, casa de naixements

Resumen

Introducció: Los actuales registros de atención obstétrica sitúan a España como uno de los modelos de atención al parto de bajo riesgo más intervencionistas de nuestro continente. La evidencia disponible asocia tasas elevadas de intervención con más partos instrumentales, episiotomías, cesáreas y peores resultados maternos y neonatales. Varios estudios han asociado a su vez la atención autónoma de las comadronas a partos de bajo riesgo con la disminución de las intervenciones invasivas, el aumento de los partos fisiológicos, y con una mejora de los resultados maternos y neonatales. El presente trabajo se propone como objetivo conocer el estado actual de la literatura científica sobre los resultados del manejo no intervencionista en partos de bajo riesgo acompañados por comadronas.

Método: Se ha realizado una revisión narrativa de la literatura científica publicada entre 2019 y 2022 en la Biblioteca Cochrane, Medline, Cuiden y Lilacs como principales bases de datos a nivel internacional. Los criterios de inclusión han sido artículos y estudios sobre partos de bajo riesgo donde las intervenciones eran el manejo no intervencionista valorado a partir de las variables: posición vertical, auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal, manejo no farmacológico del dolor, no amniotomía, no tactos vaginales, no oxitocina.

Resultados: De 5.049 resultados iniciales, 37 artículos fueron seleccionados por cumplir criterios de inclusión y después de la extracción de los duplicados 24 se incluyeron en la muestra final. Los resultados mostraron que los partos de bajo riesgo acompañados por comadronas tienen resultados maternos y neonatales más satisfactorios que en la atención obstétrica convencional. En relación con las variables de estudio, los resultados mostraron que podían acortar la duración del parto y mejorar la satisfacción materna con el control del dolor y la experiencia.

Conclusiones: El modelo de cuidados no intervencionista dirigido por una matrona en partos de bajo riesgo es seguro y ofrece buenos resultados maternos y neonatales.

Palabras clave: parto normal, comadrona, práctica basada en la evidencia, intervenciones, resultados del parto, centro de nacimientos

Abstract

Introduction: The current registries of obstetric care place Spain as one of the most interventionist low-risk childbirth care models in our continent. The available evidence associates high rates of intervention with more instrumental deliveries, episiotomies, cesarean sections and worse maternal and neonatal outcomes. Several studies have, in turn, associated midwives' autonomous care of low-risk deliveries with a decrease in invasive interventions, an increase in physiological births, and an improvement in maternal and neonatal outcomes. The present work aims to know the current state of the scientific literature on the results of non-interventional management in low-risk births accompanied by midwives.

Method: A narrative review of the scientific literature published between 2019 and 2022 in the Cochrane Library, Medline, Cuiden and Lilacs as the main international databases has been carried out. The inclusion criteria were articles and studies on low-risk births where the interventions were non-interventional management assessed from the variables: upright position, intermittent fetal heart rate auscultation, non-pharmacological pain management, no amniotomy, no vaginal exploration, no oxytocin.

Results: Of 5,049 initial results, 37 articles were selected for meeting the inclusion criteria and after removing duplicates, 24 were included in the final sample. The results showed that low-risk births accompanied by midwives have more satisfactory maternal and neonatal outcomes than conventional obstetric care. In relation to the study variables, the results showed that they could shorten the duration of labor and improve maternal satisfaction with pain control and experience.

Conclusions: The midwife-led non-interventional care model for low-risk births is safe and offers good maternal and neonatal outcomes.

Keywords: low-risk birth, midwife, evidence-based practice, interventions, birth outcomes, freestanding midwife-led unit

2. Introducció

L'any 2020 experts del Comitè per a l'Eliminació de la Discriminació contra la Dona (CEDAW) de la Organització de les Nacions Unides van amonestar l'Estat Espanyol com a resposta a la queixa formal promoguda per una usuària després d'haver patit intervencions sense justificació mèdica durant el part (ACNUDH, 2020). El comitè va dictaminar que la dona havia sigut víctima de violència obstètrica (ACNUDH, 2020). Tant a nivell mediàtic com professional, el cas va alimentar el debat sobre la necessitat de revisar la pràctica clínica actual així com l'impacte de l'alt grau de medicalització en relació al part normal.

Des del segle XIX, la medicalització de les societats desenvolupades s'ha caracteritzat pel desplaçament a l'àmbit mèdic de qüestions que fins aleshores pertanyien a altres esferes de la vida (Cerecedo et al., 2013). Aquest procés ha exercit especial influència sobre alguns col·lectius que s'han concebut a la perifèria del subjecte mèdic masculí, adult, de classe mitjana-alta, blanc i amb estudis superiors (Crawford, 1999). Des d'aquesta "normalitat" les dones, els infants i les persones racialitzades, entre d'altres, han constituït una "alteritat" definida com a incompleta, fràgil i depenent patint una patologització de la diferència i esdevenint sovint objectes d'intervenció mèdica (Ehrenreich et al., 2006).

Des d'aquest paradigma, l'apropiació i la medicalització de l'embaràs i el part han esdevingut dues peces clau del sistema patriarcal, una estructura social que manté en posició de subordinació i invisibilització a les dones i a allò considerat femení, en el context de l'hegemonia del model biomèdic, des de finals del segle XIX fins a l'actualitat. L'atenció a la maternitat és doncs un àmbit emblemàtic on es representen totes aquestes forces. La capacitat de les dones per exercir el seu dret a prendre decisions informades és limitada i les interaccions metge-pacient són en si mateixes construccions d'ordres de gènere existents; l'autonomia de les dones es continua violant a través d'un discurs i una pràctica subtilment imposades (Cahill, 2001).

Fins a finals del segle XVIII l'embaràs i el part eren objecte de coneixement de les dones, la medicina popular i de la cura de llevadores, bruixes i sàvies sanadores. A partir de llavors, la medicalització i patologització del part va retirar aquest esdeveniment de l'esfera quotidiana i domèstica i el va hospitalitzar, relegant-lo a la institució sanitària i a la pràctica mèdica també com a eina de control social (Foucault, 2017). La medicalització del part, doncs, no només va transformar el model d'atenció a les

dones sinó que els significats que van emergir implicaven també una subordinació de les llevadores a l'autoritat mèdica. Aquest aspecte va comportar fortes tensions per la competència en la matèria que van implicar acusacions, persecucions i desacreditacions del saber-poder femení amb l'objectiu d'acabar amb el control que havien exercit les dones sobre els seus cossos i els seus processos reproductius (Federici, 2004).

Durant el segle XX, es consolida el model obstètric institucionalitzat. Al llarg d'aquest període, els avenços de les tecnologies mèdiques han aportat millores significatives en relació a la salut materna i infantil, sobretot en embarassos d'alt risc i en naixements prematurs. En els darrers anys però, l'abús d'aquest model en la majoria de països desenvolupats ha provocat un increment del percentatge de dones embarassades que se sotmeten a intervencions innecessàries (Çalik, 2018). Aquesta realitat s'estén també a dones sanes que tenen parts normals i de baix risc.

Actualment, segons l'Estratègia del Part Normal, l'atenció sanitària a Espanya es pot situar, en comparació amb altres països Europeus, en un model intervencionista institucionalitzat amb els majors percentatges d'induccions, parts instrumentals, episiotomies i cessàries del continent (OSM, 2015). La medicalització de rutina del part normal en l'actualitat es concreta doncs en una pràctica clínica intervencionista. Particularment, s'operativitza en l'anomenada cascada d'intervencions, un fenomen que implica la successió inevitable d'intervencions un cop s'ha alterat el procés fisiològic del part i es perd l'equilibri físic i hormonal (García, 2018).

Les principals intervencions obstètriques que trobem àmpliament descrites com a procediments propis d'aquesta cascada (García, 2018) són: la inducció del part amb administració de prostaglandines per via vaginal, el monitoratge de la freqüència cardíaca fetal, l'administració d'oxitocina sintètica intravenosa per accelerar les contraccions, l'administració d'anestèsia epidural, tacles vaginals freqüents, l'adquisició de la posició de litotomia a causa de l'analgèsia farmacològica o de la voluntat de la figura mèdica, la ruptura artificial de membranes per millorar l'efectivitat de les contraccions, la maniobra de Kristeller, l'ús de forceps o ventosa durant l'expulsiu, l'episiotomia i la cesària (García, 2018).

L'evidència disponible mostra que totes elles tenen un efecte negatiu en el procés de part i en els resultats materno infantils (Akyıldız, 2021; Teskereci et al., 2020) i com la combinació entre dues o tres intervencions de les anteriors té una forta associació amb un part per cesària (Iobst, 2020), una cirurgia

major abdominal amb unes implicacions de salut incomparables, tant per la mare com pel nadó, respecte un part vaginal. Així mateix, les intervencions clíniques no justificades desposseeixen les dones de la seva autonomia i dignitat durant el treball de part i impacten negativament en la seva experiència del procés (OMS, 2019).

En aquest context, diversos estudis recents han associat l'atenció autònoma de les llevadores a parts de baix risc amb l'augment dels parts fisiològics, amb uns resultats més segurs i han resultat ser més cost-efectius en relació amb els grups de control sense aquestes intervencions, en països d'ingressos alts. (Espada-Trespalacios et al., 2021; Bączek et al. 2020; Merz, 2020; Betrán et al., 2018). A més, les experiències maternes han resultat ser més positives.

Aquests resultats, suggeririen la necessitat d'incorporar més unitats independents liderades per llevadores (Espada-Trespalacios, 2021) així com l'assumpció d'una pràctica clínica basada en l'evidència científica disponible, caracteritzada per un acompanyament poc intervencionista del part, basat en la humanització del procés i en proporcionar cures i eines de maneig considerant el part normal com una situació de salut i no com un problema mèdic. Aquest escenari retorna no només a les dones embarassades sinó també a les llevadores com a professional autònom al lloc històric que els correspon.

Atenent als elements principals del context descrit, el present estudi es planteja amb l'ambició de conèixer les eines i estratègies de maneig no intervencionista d'un part de baix risc des del rol de la llevadora. Tanmateix es proposa saber quins son els seus beneficis i les seves limitacions.

Recollint el sentit i l'orientació d'aquesta qüestió, la pregunta d'investigació es formula també en els següents paràmetres segons l'eina de preguntes clíniques d'investigació PICO (Patient *Pacient*, Intervention *Intervenció*, Control *Control*, Outcome *Resultats*):

P	Dones embarassades en situació de part de baix risc	I	Maneig no intervencionista des del rol de llevadora
C	Intervencions obstètriques	O	Resultats maternoinfantils i satisfacció

3. Objectius

Aquest estudi de revisió de la literatura defineix com a **objectiu general** conèixer l'estat actual de la literatura científica sobre els resultats del maneig no intervencionista en parts de baix risc acompanyats per llevadores

Alhora, es planteja els següents **objectius específics**:

- Descriure les principals pràctiques que configuren un maneig no intervencionista del part
- Descriure els resultats materns i neonatals del maneig no intervencionista del part
- Determinar els resultats materns i neonatals de la verticalitat i llibertat de moviment durant el part
- Identificar els resultats materns i neonatals de les mesures no farmacològiques d'alleugeriment del dolor durant el procés de part
- Conèixer els resultats materns i neonatals de l'auscultació intermitent (AI) de la freqüència cardíaca fetal (FCF) durant el treball de part

4. Metodologia

Disseny: S'ha realitzat una revisió narrativa de la literatura amb la finalitat de seleccionar publicacions actualitzades que abordin l'àmbit d'interès. L'estudi, de caràcter descriptiu i transversal, s'ha realitzat a l'Escola Superior de Ciències de la Salut Tecnocampus i a l'Hospital Germans Trias i Pujol on s'ha tingut accés a part dels articles a text complet, entre els mesos de gener i maig de 2022.

Estrategia de cerca: Per a la localització d'estudis originals s'han consultat les bases de dades Medline, Cuiden i Lilacs. El criteri d'elecció ha abarcat una cobertura internacional representativa que inclou les principals bases de dades Europees, Nord Americanes i Llatinoamericanes. Per a la cerca de revisions sistemàtiques de la literatura científica s'ha consultat la Biblioteca Cochrane. Per a la configuració de l'apartat de discussió s'ha inclòs literatura grisa conformada per articles i documents aportats per diferents societats i associacions professionals.

Les cerques s'han limitat a la selecció de literatura científica produïda i publicada en els **darrers 3 anys (2019-2022)**, tant en anglès com en castellà. S'han analitzat a més les referències bibliogràfiques dels articles seleccionats amb la finalitat de reclutar altres estudis potencialment incluibles a la revisió.

La següent taula mostra els **descriptors** emprats per a la formalització de la revisió en el context de bases de dades de preeminència anglòfona (**termes MeSH - Medical Subject Headings**).

MeSH			
Low-risk pregnancy	Birth Outcome	Upright position	Induction
Midwife	Vaginal Exploration	Birth position	Intermittent auscultation
Labor	Amniotomy	Non-epidural	

Taula 1, Descriptors seleccionats

Amb l'objectiu d'afinar l'univers de publicacions vinculades amb l'àmbit específic de la recerca s'han utilitzat combinacions dels termes MeSH/DeCS enumerats anteriorment a través de l'operador boolean "AND" i "NOT".

A continuació, la taula mostra les fórmules de cerca resultants.

Low-risk pregnancy AND Midwife AND Labor
Non-pharmacological pain relief AND Labor
Non-epidural AND Labor
Upright positions AND Labor
Birth positions AND Labor
Intermittent auscultation and Labor
Intermittent fetal monitoring AND Labor
Amniotomy OR Not amniotomy NOT Induction
Low risk pregnancy AND Birth Outcome AND Midwife
Vaginal exploration AND Labor AND Birth Outcome

Taula 2, Estratègia de cerca

Criteris d'inclusió i exclusió: En relació a les revisions sistemàtiques i als estudis originals s'ha aplicat com a principal **criteri d'inclusió** la qualificació de "part de baix risc" i l'estudi de resultats així com la relació de les pràctiques descrites amb el rol de la llevadora. En relació als **criteris d'exclusió**, s'han desestimat els articles anteriors a l'any 2019 i totes aquelles publicacions que fan referència a parts induïts, parts de risc, parts de natges, distòcies, presentacions complexes o estudis sobre cost-efectivitat, barreres i percepcions. De la mateixa forma que s'ha prescindit de tots aquells articles enfocats en l'estudi de pràctiques alienes a les funcions d'infermeria en el context de l'assistència al part.

Característiques i variables d'estudi: De les revisions sistemàtiques s'ha extret informació sobre l'autoria, l'any, objectius, fonts d'informació i conclusions. Pel que fa als articles originals, s'ha extret informació sobre autoria, revista, any i país de publicació, tipus d'estudi, resultats i conclusions.

Pel que fa a les variables d'estudi, s'ha estructurat l'anàlisi en dos grans grups: per una banda considerant les eines de maneig no intervencionista del part. Dins d'aquest grup hi consten les següents:

- **Posició/ llibertat de moviments i verticalitat:** aquesta variable fa referència a les pràctiques posicionals i de mobilitat alternatives a la posició de decúbit supí com a estratègies per a la facilitació del part eutòcic.
- **Mètode no farmacològic de control del dolor:** conjunt d'intervencions alternatives a l'anestèsia epidural, promogudes com a estratègies diferenciades de control del dolor durant el part.
- **Auscultació intermitent (AI) de la freqüència cardíaca fetal (FCF):** realitzada amb un estetoscopi de Pinard o amb un aparell doppler manual, l'auscultació intermitent és un mètode alternatiu al monitoratge fetal continu, consistent en l'observació no permanent del batec fetal durant el treball de part.

Per altra banda s'han considerat les variables associades explícitament a la no intervenció. Dins d'aquest grup s'han definit les següents variables d'anàlisi:

- **No ruptura artificial de membranes:** absència d'amniorrexis artificial.
- **No tactes vaginals:** absència de tactes vaginals de rutina.
- **No oxitocina:** absència d'administració d'oxitocina sintètica com a opció per a la inducció i acceleració del part.

Extracció, anàlisi i maneig de les dades: S'ha dissenyat una **taula descriptiva** on han estat sistematitzades les característiques de les publicacions, així com la informació relativa a les variables d'estudi que ha permès el desenvolupament de l'**anàlisi de dades**. Per a la formalització de la bibliografia, s'ha utilitzat el gestor de referències Mendeley.

Limitacions: Malgrat hagués implicat un increment de la significativitat dels resultats ampliar el període de publicació en el criteri d'inclusió, la gran proliferació de literatura referida al tema d'estudi en els últims cinc anys generava un volum que superava amb escreix els límits d'aquest treball.

Aspectes Ètics: No s'identifiquen conflictes ètics relacionats amb segons ni tercers. Es garanteix l'ús correcte de les fonts bibliogràfiques així com l'ús de la informació de manera fidedigna.

5. Resultats i Discussió

S'han identificat un total de 5.049 articles dels quals 152 respectaven els criteris generals d'inclusió. Després d'una lectura crítica del títol i el resum dels articles elegibles se n'han exclòs 115. El resultat ha sigut 37 articles de text complet avaluats dels quals 13 estaven duplicats. Després de l'extracció dels duplicats, la mostra final s'ha tancat amb un total de 24 articles inclosos en la revisió.

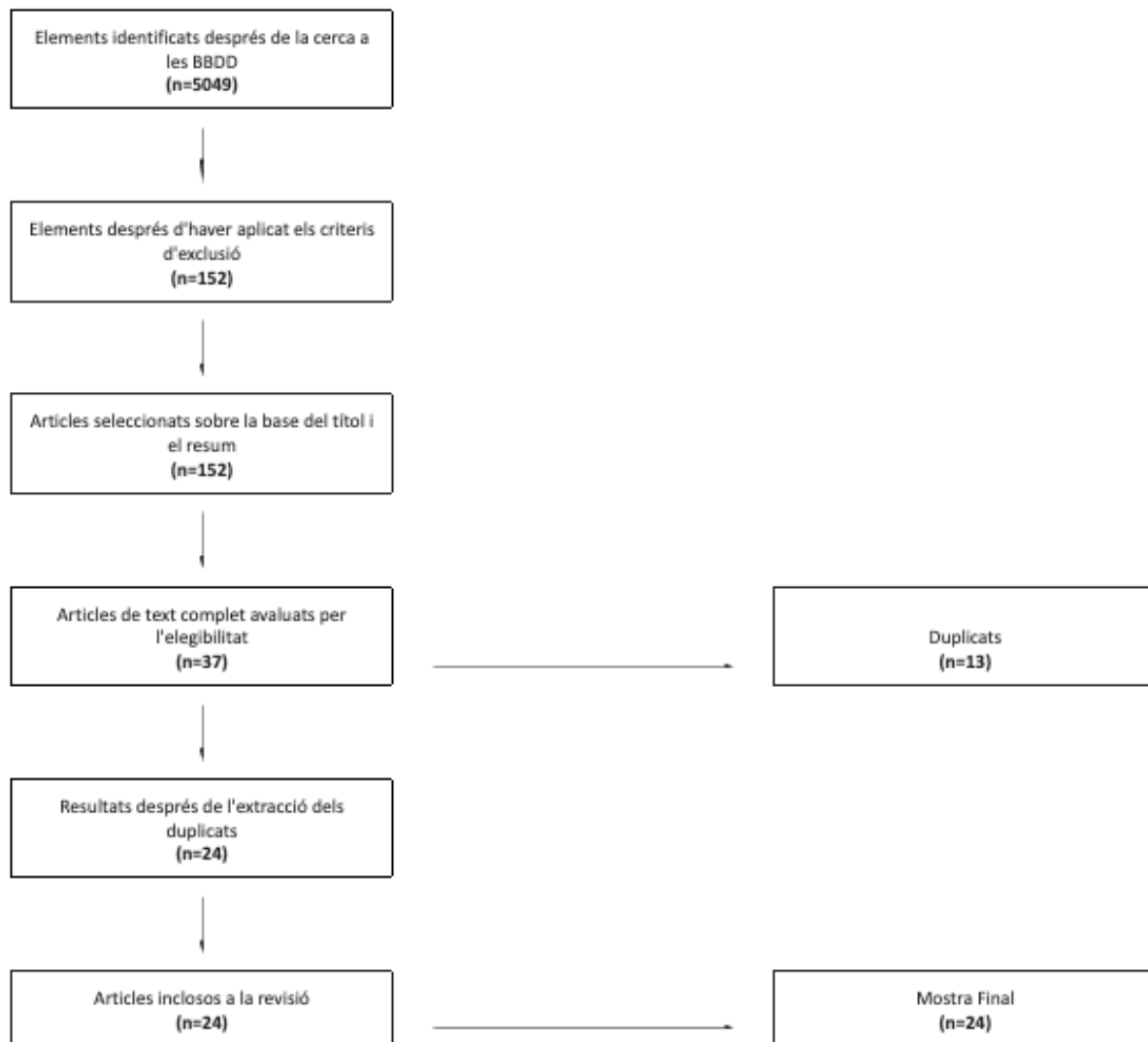
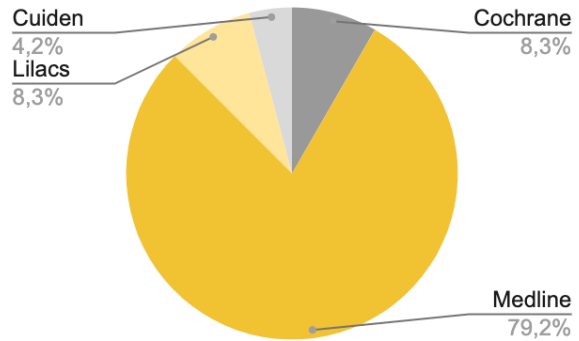


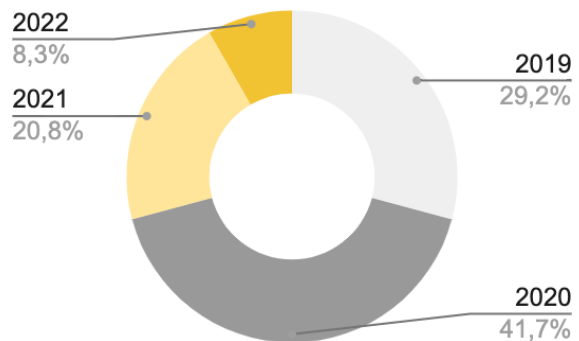
Figura 1, Diagrama de flux dels estudis inclosos i exclosos

Dels elements identificats després de l'estratègia de cerca, 104 articles han estat trobats a la Biblioteca Cochrane, 4.623 a Medline, 189 a Lilacs i 133 a Cuiden. Després de l'aplicació dels criteris d'inclusió i exclusió i de la lectura crítica dels resums, finalment la mostra (Gràfic 1) s'ha configurat amb 2 articles de la Biblioteca Cochrane, 19 de Medline, 2 de Lilacs i 1 de Cuiden.



Gràfic 1, Distribució d'articles inclosos per base de dades

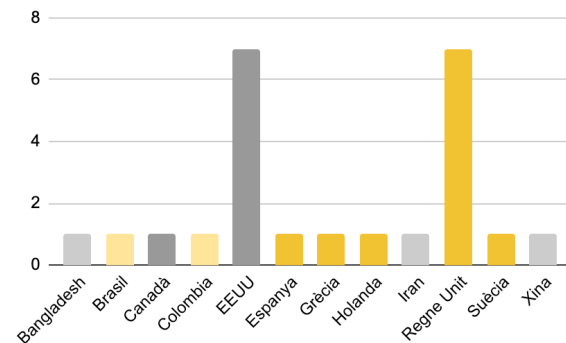
Els articles inclosos a la revisió es distribueixen per any de publicació entre el 2019 i el 2022 (Gràfic 2), representant entre els primers dos anys (2019 i 2020) un 70% de la literatura consultada, fet que coincideix amb el període més prolífic pel que fa a literatura científica publicada sobre el tema d'estudi en les últimes dècades a nivell internacional.



Gràfic 2, Distribució d'articles inclosos per any de publicació

Aquest component global pel que fa a l'interès del tema d'estudi es veu reflectit a la mostra final en la nacionalitat dels articles seleccionats com veiem al Gràfic 3.

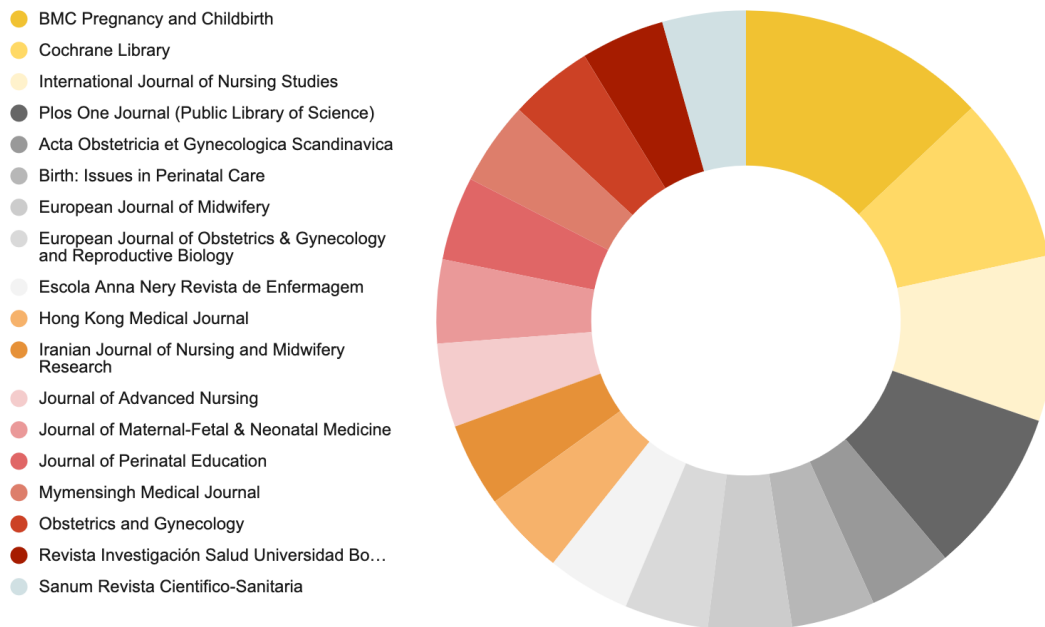
Si bé les publicacions nord-americanes (n=7) i britàniques (n=7) destaquen notablement per sobre les aportacions dels altres països (n=1), s'observa que hi ha representació internacional en les aportacions que s'analitzen en aquesta revisió.



Gràfic 3, Distribució d'articles inclosos per països

Pel que fa a les revistes de publicació, trobem que dels 24 articles sel.leccionats per a la revisió, 3 van ser publicats a BMC Pregnancy and Childbirth (IF¹ 2.93) suposant un 12,5% de la mostra, 2 a la Biblioteca Cochrane (IF 9,28), 2 al International Journal of Nursing Studies (IF 5,83) i 2 a Plos One Journal (IF 3.24) fent una aportació cadascuna d'elles del 8,3% respectivament. Aquestes 4 revistes representen el 29,1% dels articles analitzats (Gràfic 4).

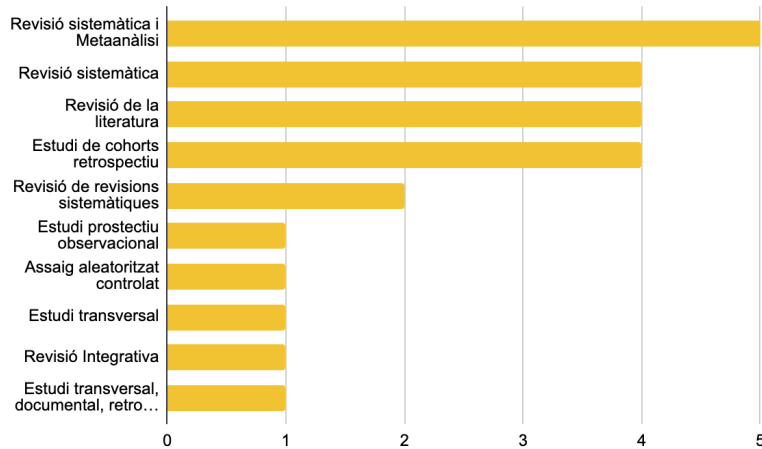
La resta de revistes d'on s'han obtingut articles són Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica (IF 3,63), Birth: Issues in Perinatal Care (IF 3,68), European Journal of Midwifery (IF -), European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (IF 1,80), Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (IF 1,33), Hong Kong Medical Journal (IF 2,22), Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research (IF 1,20), Journal of Advanced Nursing (IF 3,18), Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine (IF 1,64), Journal of Perinatal Education (IF -), Mymensingh Medical Journal (IF 1,15), Obstetrics and Gynecology (IF 4,98), Revista Investigación Salud Universidad Boyacá (IF -) i Sanum Revista Científico-Sanitaria (IF -). D'aquest conjunt de 14 publicacions s'ha sel.leccionat 1 article en cada cas, representant cadascuna un 4,2% de la revisió i configurant un total del 58,8% de la mostra.



Gràfic 4, Distribució d'articles inclosos per revistes

¹ Impact Factor o Factor d'Impacte

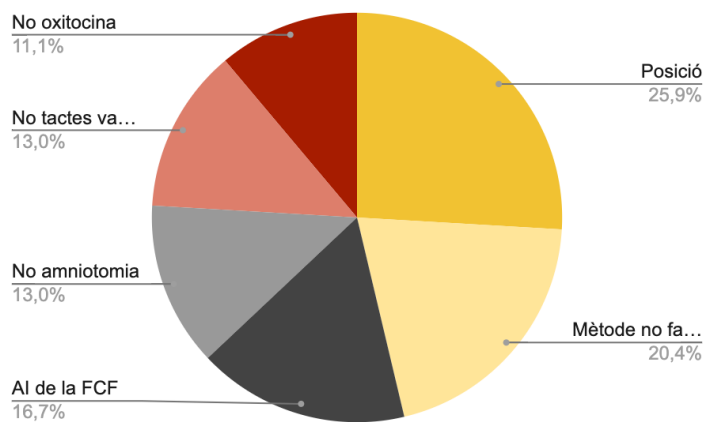
En quant al tipus d'estudi, la mostra final està formada majoritàriament per revisions sistemàtiques i



metaanàlisi (Gràfic 5) així com revisions de la literatura i estudis de cohorts. Les revisions de revisions sistemàtiques ocupen la cinquena posició en quant a rellevància i finalment trobem cinc tipus d'articles aïllats entre els quals hi ha un estudi aleatoritzat, un observacional, dos transversals i un integratiu.

Gràfic 5, Distribució d'articles inclosos per tipus d'estudi

Totes les variables d'estudi queden representades en els articles sel.leccionats. Els mètodes no



farmacològics de control del dolor i l'auscultació intermitent (AI) de la freqüència cardíaca fetal (FCF) conformen pràcticament el 50% del contingut temàtic del total dels articles. La no-amniotomia (13%), l'absència de tactes vaginals (13%) i l'absència d'oxitocina (11%) completen el 100% de la temàtica dels estudis sotmesos a revisió.

Gràfic 6, Aparició de les variables d'estudi als articles revisats

La taula següent (Taula 3) mostra la recollida de dades de tots els articles sel.leccionats en funció dels objectius de la revisió per poder fer un anàlisi de les variables d'estudi amb més profunditat.

Títol	Autor	Any i país de publicació	Revista de publicació	Variabls d'estudi	Resultats	Conclusions
Acupuncture or acupressure for pain management during labour	Smith et al.	2020, Regne Unit	Cochrane Library	Analgesia no farmacològica	L'acupuntura pot augmentar la satisfacció amb el tractament del dolor i reduir l'ús de l'analgesia farmacològica i l'acupressió pot reduir la intensitat del dolor.	Falten resultats concloents sobre la sensació de control en el part i la satisfacció amb l'alleujament del dolor.
Routine vaginal examinations compared to other methods for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term	Moncrieff et al.	2022, Regne Unit	Cochrane Library	No tactes vaginals	4 estudis amb 744 dones i els seus nadons. Les intervencions per avaluar el progrés del treball de part van ser tactes vaginals (cada 2 i cada 4h), ecografia i exàmens rectals.	La baixa qualitat de l'evidència no permet concloure quin és el millor mètode per avaluar la progressió del treball de part.
Effect of Amniotomy on Outcome of Spontaneous Labour	Afrose et al.	2021, Bangladesh	Mymensingh Medical Journal, Official Journal of Mymensingh Medical College	No ruptura artificial de membranes	L'amniotomia va reduir la dilatació en 3 hores 40 minuts, sense incrementar la necessitat d'oxitocina. El 72,0% dels casos van ser parts vaginals.	L'amniotomia va reduir la dilatació sense afectar el requeriment d'oxitocina, la taxa de cesària i el resultat del nadó.
Effectiveness of intrapartum fetal surveillance to improve maternal and neonatal outcomes: a systematic review and network meta-analysis	Al Wattar et al.	2021, Canadà	Canadian Medical Association Journal	Auscultació intermitent de la FCF	33 assaigs (118.863 pacients) avaluen l'auscultació intermitent (AI) versus cardiotocografia (CTG). L'AI va reduir el risc de part per cesària sense augmentar els resultats adversos	L'AI amb Doppler o estetoscopi de Pinard és efectiva en comparació a altres tipus de vigilàncies més invasives.
Freestanding Midwife-Led Units: A Narrative Review	Bączek et al.	2020, Iran	Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research	Posició, moviment i verticalitat. Analgesia no farmacològica. Auscultació intermitent de la FCF. No ruptura artificial	56 articles revisats mostres menys intervencions i menys medicalització a la unitat independent liderada per llevadores.	Els parts de baix risc són menys intervingut en la unitat d'estudi i els resultats materns i neonatals són correctes. El model és recomanable.

				de membranes. No tactes vaginals. No oxitocina		
Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis	Berta et al.	2019, Regne Unit	BMC Pregnancy and Childbirth	Posició, moviment i verticalitat	Revisió sistemàtica i metaanàlisi de 8 articles. Estudi de l'efecte de la posició a la 2a etapa del part. Reducció d'entre 3,2 i 34,8 minuts en verticalitat.	La segona etapa del part es va reduir en les dones adoptant una posició amb el sacre lliure.
Intermittent auscultation for fetal monitoring during labour: A systematic scoping review to identify methods, effects, and accuracy	Blix et al.	2019, EEUU	Plos One Journal (Public Library of Science)	Auscultació intermitent de la FCF	L'auscultació intermitent és efectiva i segura en el treball de part normal i no presenta taxes adverses en altres resultats neonatals o materns.	L'AI és el mètode d'el.lecció en parts de baix risc però falten assaigs que avaluin els protocols per estandaritzar el mètode d'auscultació.
Variables clínicas del parto en posición vertical y horizontal: revisión exhaustiva de literatura	Cuy-Chaparro et al.	2021, Colombia	Revista Investigación Salud Universidad Boyacá	Posició, moviment i verticalitat	Menor temps de dilatació, dolor referit i necessitat d'episiotomia i més risc d'hemorràgia postpart i dany perineal en verticalitat.	La heterogeneïtat dels resultats no permet recomanar una postura concreta però sí la llibertat de moviment en la dilatació.
Squatting position in the second stage of labor: A systematic review and meta-analysis	Dokmak et al.	2020, Holanda	European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology	Posició, moviment i verticalitat	Efecte de la gatzoneta en durada 2a etapa del part. No hi ha diferència significativa. Augmenta risc de cesària i disminueix instrumentalització.	No hi ha evidència que la postura tingui beneficis però tampoc és perjudicial. La dona ha d'adoptar la postura que desitgi durant el part.
Obstetric practices performed by nurse-midwives of a hospital natural birth center	Freitas et al.	2019, Brasil	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem Universidade General do Rio de Janeiro	Posició, moviment i verticalitat. Analgèsia no farmacològica. Auscultació intermitent de la FCF. No ruptura artificial de membranes. No tactes vaginals. No oxitocina	Les llevadores van utilitzar majoritàriament pràctiques obstètriques de la categoria A de la OMS.	Els resultats materns i neonatals van ser correctes al centre de part normal en el context de la pràctica basada en l'evidència.
How do midwives facilitate women to	Healy et al.	2020, EEUU	Plos One Journal (Public Library of Science)	Posició, moviment i verticalitat. Analgèsia no	A les unitats de baixa	L'experiència de les llevadores

give birth during physiological second stage of labour?				farmacològica.	intervenció s'anima a adoptar posicions verticals, a triar mètode d'empenta espontani i s'utilitzen compreses calentes al perineu durant l'expulsiu.	i el nivell de la unitat de maternitat on treballen determina la possibilitat de poder basar la pràctica en evidència.
Evaluating the effects of maternal positions in childbirth: An overview of Cochrane Systematic Reviews	Kibuka et al.	2021, Grècia	European Journal of Midwifery	Posició, moviment i verticalitat	La primera etapa del part es va reduir 1 hora i 22 minuts en el grup en verticalitat.	Falten estudis més complexos i amb més avaluacions per poder fer recomanacions basades en evidència de qualitat.
Effectiveness of a childbirth massage programme for labour pain relief in nulliparous pregnant women at term: a randomised controlled trial	Lai et al.	2021, Xina	Hong Kong Medical Journal	Analgesia no farmacològica	El grup massatge per alleugerir el dolor del part va demanar menys epidural i/o al moment de demanar-la presentava més cm de dilatació.	L'ús d'un programa de massatge sembla modular la percepció del dolor en dones de part.
A comparison between midwifery and obstetric care at birth in Spain: Across-sectional study of perinatal outcomes	Martin-Arribas et al.	2022, Regne Unit	International Journal of Nursing Studies	Posició, moviment i verticalitat. Analgesia no farmacològica. Auscultació intermitent de la FCF. No ruptura artificial de membranes. No tactes vaginals. No oxitocina	Els parts acompanyats per llevadores van ser amb més varietat de posicions de part, menys epidural, menys episiotomies, menys instrumental i menys lesions perineals greus.	Els model de cures liderat per llevadores ofereix una atenció menys intervencionista amb amb menys parts instrumentats i menys lesions perineals greus sense resultats neonatals adversos.
Maternal and neonatal outcome of births planned in alongside midwifery units: a cohort study from a tertiary center in Germany	Merz et al.	2020, Regne Unit	BMC Pregnancy and Childbirth	Posició, moviment i verticalitat. Analgesia no farmacològica. Auscultació intermitent de la FCF. No ruptura artificial de membranes. No tactes vaginals. No oxitocina	Les taxes d'episiotomia, epidural, lesions perineals de segon grau i durada del treball de part van ser més baixes al grup de dones que van parir acompanyades per llevadores. Hi va haver més laceracions obstètriques greus.	Els resultats materns i neonatals van ser correctes en parts amb menys intervencions sense efectes adversos.
Healthy Birth Practice #2: Walk, Move	Ondeck	2019, EEUU	The Journal of Perinatal Education	Posició, moviment i verticalitat	En verticalitat parts 1h 22 min més curts, menys intervenció,	S'ha d'incentivar les dones a deambular i adoptar posicions

**Around, and Change
Positions Throughout
Labor**

menys parts per cesària, dolor
menys intens i més satisfacció
amb la experiència de part.

verticals durant el treball de
part.

Intermittent auscultation (surveillance) of fetal heart rate in labor: a progressive evidence-based approach with aim to improve methodology, reliability and safety	Sholapurkar	2020, EEUU	The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine	Auscultació intermitent de la FCF	AI és eficient per escoltar la FCF base, les acceleracions i desacceleracions com a alteracions de la normalitat. En comparació amb el registre CTG no empitjora els resultats neonatals i disminueix el percentatge de parts instrumentats.	L'auscultació intermitent és el mètode d'el.lecció en vigilància de la FCF en parts de baix risc. Només si persisteixen alteracions de l'AI cal fer una monitorització cardiotocogràfica (CTG).
Comparison of Midwifery and Obstetric Care in Low-Risk Hospital Births	Souter et al.	2019, EEUU	Obstetrics and Gynecology	Posició, moviment i verticalitat. Analgèsia no farmacològica. Auscultació intermitent de la FCF. No ruptura artificial de membranes. No tactes vaginals. No oxitocina	Les llevadores van atendre parts amb menys intervencions: induccions, amniotomia, epidural, oxitocina i episiotomia, amb un 40% menys de risc de cesària.	En gestacions de baix risc el part acompanyat per una llevadora suposa menys intervencions i menys risc de cesària però augmenta el risc de distòric d'espatlles.
Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth	Thomson et al.	2019, Regne Unit	BMC Pregnancy and Childbirth	Analgèsia no farmacològica	Els mètodes farmacològics poden reduir el dolor, però tenen efectes secundaris. Els mètodes no farmacològics poden no reduir el dolor però faciliten la vinculació amb els professionals del part.	Les dones necessiten informació sobre els riscos i els beneficis de tots els mètodes disponibles per alleujar el dolor.
Alternativas para el manejo del dolor intraparto	Velázquez-Barrios et al.	2020, Espanya	Sanum Revista Científico-Sanitaria	Analgèsia no farmacològica	Es van considerar mètodes no farmacològics l'ambient i la hidroteràpia.	Es va concloure que falten estudis que aportin l'evidència de qualitat.
The "Cocoon," first alongside midwifery-led unit within a Belgian hospital: Comparison	Welffens et al.	2019, EEUU	Birth Issues in Perinatal Care	Posició, moviment i verticalitat. Analgèsia no farmacològica. Auscultació intermitent de la FCF. No ruptura artificial	Els resultats entre la unitat de llevadores i el bloc obstètric van ser: cesària 10,3% vs. 16,0%, inducció 16,3% vs. 30,5% analgèsia epidural	Menys intervencions sense increment de resultats adversos fan del model autònom de cures liderat per llevadores un model en el que

of the maternal and neonatal outcomes with the standard obstetric unit over 2 years				de membranes. No tactes vaginals. No oxitocina	24,9% vs 59,1% episiotomia 6,8% vs 14,5%. No van augmentar els resultats neonatals adversos. Hi va haver 21,1% e trasllats al bloc obstètric.	apostar per implementar en altres hospitals.
Intrapartum and neonatal mortality in low-risk term women in midwife-led care and obstetrician-led care at the onset of labor: A national matched cohort study	Wiegerinck et al.	2020, Suècia	Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica	Posició, moviment i verticalitat. Analgèsia no farmacològica. Auscultació intermitent de la FCF. No ruptura artificial de membranes. No tactes vaginals. No oxitocina	Els resultats en el grup de llevadores respecte el d'obstetres van ser: morts intrapart i neonatals 0,48 ‰ vs. 0,44 ‰, part instrumental vaginal 8,4% vs. 13,0%, cesàries intrapart 2,6% vs 8,2% i menys nounats amb puntuacions d'Apgar baixes (<7 després de 5 minuts) 0,69% vs 1,11%.	En les dones amb gestacions i parts de baix risc acompanyats per llevadores les taxes de mortalitat neonatal són equiparables a les que es donen en l'atenció dirigida per obstetres.
Benefits and risks of upright positions during the second stage of labour: An overview of systematic reviews	Zang et al.	2020, Regne Unit	International Journal of Nursing Studies	Posició, moviment i verticalitat	La verticalitat redueix els parts instrumentats, la 2a etapa del part, episiotomies, FCF anormals i augmenta risc de pèrdua de sang > 500 ml i trauma perineal de segon grau.	Les posicions verticals presenten riscos i beneficis. calen més investigacions. Es recomana que les dones tadoptin la posició que desitgin en el part.
Effects of upright positions during the second stage of labour for women without epidural analgesia: A meta-analysis	Zang et al.	2020, EEUU	Journal of Advanced Nursing	Posició, moviment i verticalitat	La verticalitat disminueix la fase d'empenta activa en 8,16 min de mitjana, el trauma perineal greu i l'episiotomia. Augmenta lesió perineal de segon grau. No altera la durada del part ni l'hemorràgia postpart.	L'estudi va concloure que les posicions verticals són beneficioses per millorar els resultats materns i que les llevadores han de prendre precaucions per evitar lesions perineals.

Taula 3. Recollida de dades dels estudis sel.leccionats

Resultats materns i neonatals en relació a la verticalitat i a la llibertat de moviment durant el part

La variable posició vertical durant el part està representada en 7 articles (n=7) de la mostra final. Els estudis consultats inclouen un total de 10 revisions sistemàtiques, 3 de les quals de Cochrane, i 52 assaig aleatoris controlats sumant un total de 31.433 participants.

Les posicions verticals durant el part són descrites de manera diversa a la literatura revisada. En alguns articles es detallen quines són exactament les posicions que es consideren verticals en contraposició al decúbit supí mentre que d'altres estableixen criteris sense mencionar-les. **Kibuka et al.** considera posició vertical estar dempeus, asseguda, caminar, estar de genolls, a quatre potes o a la gatxoneta. **Berta et al.**, en canvi les defineix com les posicions en les que el sacre té llibertat de moviments i segons **Lang et al.** són postures on la tercera i la cinquena vèrtebra lumbar de la dona s'alineen més verticalment que horitzontalment. També difereixen els objectius dels estudis en relació a la variable o el resultat que analitzen. Principalment, els estudis inclosos a la mostra observen l'impacte de la verticalitat en la durada del part, ja sigui en la primera etapa (dilatació) o en la segona (expulsiu).

Un estudi pren com a resultat la durada de la primera etapa del part. És el 2019 quan **Ondeck** afirma que comparant les dones que van mantenir-se en verticalitat i deambulació versus les que van adoptar posicions horitzontals durant la dilatació, el grup en verticalitat va reduir en 1h 22 min el treball de part. Només el 40% de les dones incloses al seu estudi van caminar després de l'ingrés hospitalari però aquestes van tenir parts més curts, menys intervenció, menys parts per cesària, van informar de dolor menys intens i van descriure més satisfacció amb la seva experiència de part que les dones en posicions reclinades.

Els altres sis estudis observen l'impacte de la verticalitat en la durada de la segona etapa del part. **Cuy-Chaparro et al.** conclou que la posició vertical durant la dilatació es va associar amb una durada menor del treball de part, d'entre 6 i 50 minuts, amb menys dolor referit i menys necessitat d'episiotomia i part instrumentat. Els resultats també van mostrar que aquesta posició pot incrementar el risc d'hemorràgia postpart (entre 500ml i 1000ml) i dany perineal però que en canvi produeix menys lesions anals que la posició horitzontal. La varietat de desenllaços obstètrics i neonatals associats a les posicions de part vertical i horitzontal fa complex definir una posició de part òptima. L'estudi recomana la lliure elecció d'acord amb les característiques que presenti cada pacient.

Una revisió sistemàtica i metaanàlisi publicada a BMC Pregnancy and Childbirth el 2019 per **Berta et al.** avalua l'efecte de la posició vertical de la mare sobre la durada de la segona etapa del part com a resultat principal a partir de la revisió de 8 articles. Els resultats són d'una heterogeneïtat considerable però suggereixen una reducció de la durada de la segona etapa del part entre les dones que adopten una posició que manté el sacre flexible d'entre 3.2 i 34.8 minuts.

Dokmak et al. l'any 2020 revisa sistemàticament set assaigs controlats aleatoris (n = 1219) sobre la durada de la segona etapa del part en dones que havien adoptat específicament la posició de *squat* o a la gatzoneta. Va concloure que no hi havia hagut cap diferència estadísticament significativa en la durada de la segona etapa del part (mitjana -11,09 min; IC del 95% -38,85 a 16,68). L'evidència que aporta aquesta revisió no mostra que específicament a posició a la gatzoneta durant el part sigui ni beneficiosa ni perjudicial.

Dels estudis revisats, tres relacionen la posició amb el mètode d'alleugeriment del dolor. A *Benefits and risks of upright positions during the second stage of labour* **Zang et al.** al 2020 revisia set revisions sistemàtiques, de les quals dues revisions Cochrane amb alta qualitat metodològica. Les dades de **Zang et al.** mostren que en dones sense analgèsia epidural, les posicions verticals van reduir significativament els parts instrumentats, així com la segona etapa del part, la taxa d'episiotomia i els patrons de freqüència cardíaca fetal anormals que requereixen intervenció. Igual que en l'estudi de **Cuy-Chaparro**, la verticalitat va augmentar significativament el risc de pèrdua de sang superior a 500 ml i trauma perineal de segon grau.

El mateix any, un metaanàlisi de **Zang et al.** revisa específicament els resultats de la verticalitat en dones sense analgesia epidural. La revisió de 12 estudis que inclouen 4.314 dones afirma que les posicions verticals van disminuir significativament la taxa de part vaginal instrumental, van escurçar la fase d'empenta activa en 8,16 min de diferència mitjana amb un IC del 95%, va disminuir la taxa de trauma perineal greu (RR = 0,35, IC 95% 0,14-0,87) i episiotomia (RR = 0,52, IC 95% 0,29-0,92), però va augmentar significativament la taxa de traumatisme perineal de segon grau (RR = 1,45, IC del 95% 1,10-1,90). En aquests resultats no hi va haver diferència significativa en la durada de la segona etapa del part ni en hemorràgia postpart. L'estudi va concloure que les posicions verticals són beneficioses per millorar els resultats materns i que les llevadores han de prendre precaucions per evitar lesions perineals.

En el mateix sentit, **Kibuka et al.** revisa 3 revisions Cochrane i mostra una reducció mitjana significativa en la durada de la dilatació en dones que reunien els criteris de verticalitat i absència d'analgèsia epidural respecte el grup de dones sense epidural però adoptant posicions horitzontals. La primera etapa del part es va reduir en 1 hora i 22 minuts en el grup en verticalitat. La durada de la segona etapa del part també es va veure reduïda de manera estadísticament significativa així com les taxes de part vaginal instrumentat i de cesàries.

Resultats materns i neonatals de les mesures no farmacològiques d'alleugeriment del dolor

La variable mètode no farmacològic d'alleugeriment del dolor de part està representada en 4 articles (n=4) de la mostra final. Els estudis consultats inclouen un total de 33 articles i 29 assaig aleatoris controlats en els que hi van participar 4.439 dones en total.

Els mètodes no farmacològics d'alleugeriment del dolor de part a la literatura revisada es concreten en diverses pràctiques no invasives com l'acupuntura a **Smith et al.**, el massatge a **Lai et al.**, la injecció d'aigua estèril al rombe de Michaelis i l'aplicació d'aigua calenta o calor a **Velázquez-Barrios et al.** així com en altres elements de l'entorn com són l'ambient a la sala de part i el tipus d'acompanyament rebut segons **Thomson et al.**

Pel que fa a l'estudi de l'acupuntura, **Smith et al.** va dur a terme una revisió sistemàtica Cochrane on es van incloure 28 assaigs amb dades que informaven de 3.960 dones sobre acupuntura (13) i acupressió (15). Els resultats van revelar que l'acupuntura pot augmentar la satisfacció amb el tractament del dolor i reduir l'ús de l'analgèsia farmacològica i l'acupressió pot reduir la intensitat del dolor. La relació que tenen ambdues tècniques amb les taxes de cesàries i parts instrumentats és escassa o poc conclouent.

L'estudi de **Lai et al. el 2021** també va publicar que d'un assaig aleatori controlat amb 479 dones, les 233 que van ser assignades al grup de massatge com a mètode d'alleujament del dolor versus el grup de control utilitzaven menys alleujament del dolor farmacològic i una proporció més gran de dones tenien part sense analgèsics (29,2% vs 21,5%; P = 0,041). La dilatació cervical en el moment de la petició d'analgèsia epidural, a més, va ser significativament major en el grup de massatge (3,8 ± 1,7 cm vs 2,3 ± 1,0 cm; P <0,001).

El 2020, un article de revisió considera com a mètodes no farmacològics d'alleujament del dolor comptar amb un ambient tranquil i relaxant a la sala de parts, tenir llibertat de moviments, la hidroteràpia i la injecció d'aigua estèril al rombe de Michaelis. L'estudi, de **Velázquez-Barrios et al.** suggereix que mètodes no farmacològics d'alleugeriment del dolor poden ser eficaços però falta literatura que confirmi resultats positius amb mètodes que aportin evidència d'alta qualitat.

24 estudis van proporcionar resultats sobre diferents mètodes per alleujar el dolor entre els quals n'hi havia de no farmacològics com l'epidural (n = 12), opioides (n = 3), relaxació (n = 8) i massatge (n = 4). En aquesta revisió sistemàtica **Thomson et al.** il·lustra que tots els mètodes d'alleujament del dolor poden facilitar el control matern. Els mètodes farmacològics poden reduir el dolor, però tenen efectes secundaris negatius. Els mètodes no farmacològics poden no reduir el dolor del part, però poden facilitar la vinculació amb els professionals del part.

Resultats materns i neonatals de l'AI de la FCF durant el treball de part

La variable auscultació intermitent (AI) de la freqüència cardíaca fetal (FCF) està estudiada en 3 articles (n=3) de la revisió. Els tres articles són revisios que en total analitzen 11 guies de pràctica clínica i 45 assaig aleatoris controlats amb una mostra de participants de 154.141 dones de part.

A la literatura inclosa en l'anàlisi d'aquesta variable hi ha consens al descriure l'auscultació intermitent com el fet de vigilar la freqüència cardíaca fetal per assegurar el benestar fetal durant el treball de part. Metodològicament, cal fer-ho durant almenys un minut al final d'una contracció i fins a l'inici de la següent, amb un estetoscopi de Pinard o bé amb un Doppler inal·làmbric cada 15-30 min durant la primera etapa del part i cada 5-10 min en la segona amb l'objectiu de determinar la línia base de la freqüència, la seva variabilitat, les acceleracions i desacceleracions.

Pel que fa als resultats relacionats amb aquesta pràctica, **Al Wattar et al.** va fer una revisió sistemàtica i metaanàlisi de 33 assaigs (118.863 pacients) que avaluaven l'auscultació intermitent (AI) amb estetoscopi Pinard/Doppler de mà i ho comparaven amb cardiotocografia (CTG) i combinacions més invasives de CTG amb PH fetal o lactat de cuir cabellut fetal per valorar el benestar fetal. Els resultats van mostrar que l'auscultació intermitent va reduir el risc de part per cesària d'emergència en comparació

amb altres tipus de vigilància sense augmentar els resultats adversos neonatals i maternals, tals com ingrés a la unitat de cures intensives neonatals, baixes puntuacions *Apgar*² o mort perinatal.

Blix et al. va extreure les mateixes conclusions com a resultat de l'anàlisi de diversos assaigs, articles i guies de pràctica clínica. A la seva revisió sistemàtica determina que l'auscultació intermitent és segura per vigilar la freqüència cardíaca fetal en parts de baix risc tant si es realitza amb Doppler com amb Pinard i que no va marcar diferència en altres resultats neonatals o maternals. També l'evidència generada per **Shalopurkar** dona suport a l'AI com a eina per escoltar la FCF base, les acceleracions i desacceleracions com a alteracions de la normalitat, ja que en comparació amb el registre CTG no empitjora els resultats neonatals sinó que disminueix el percentatge de parts instrumentats.

Resultats maternals i neonatals del maneig no intervencionista en parts de baix risc liderats per llevadores

Les variables que configuren el maneig intervencionista en parts de baix risc (no amniotomia, no oxitocina, no tactes vaginals) han representat un percentatge important dels resultats d'aquesta revisió. Un conjunt 10 articles (n=10) de la mostra total aborda l'absència d'aquestes intervencions incloent revisions sistemàtiques, una de les quals de la Biblioteca Cochrane, estudis de cohorts, estudis transversals i articles de revisió que han analitzat dades de fins a 297.136 parts de baix riscs acompanyats per llevadores.

La particular forma en la que el maneig no intervencionista del part de baix risc acompanyat per una llevadora s'ha materialitzat en els articles ha sigut a través de dues intervencions específiques i d'estudis que tenien com a objecte els resultats generals dels parts duts a terme en unitats independents liderades per llevadores.

Dos dels articles revisats mostren els resultats d'una única intervenció en particular com **Moncrieff et al.** i **Afrose et al.** en relació als tactes vaginals o la ruptura artificial de membranes i **Martin-Arribas et al.**, **Merz et al.**, **Souter et al.**, **Welffens et al.** i **Wiegerink et al.** avaluen i comparen els resultats maternals i neonatals a les unitats independents dirigides per llevadores en relació als resultats a les unitats

² La prova d'Apgar és un examen ràpid que es fa al primer i cinquè minut després del naixement del nadó. La puntuació al minut 1 determina com ha tolerat el nadó el procés de naixement i al minut 5 indica com està evolucionant fora del ventre matern. La puntuació va de 0 a 10 avaluant l'esforç respiratori, la freqüència cardíaca, el to muscular, els reflexos i el color de la pell.

obstètriques tradicionals on la pràctica clínica basada en l'evidència es caracteritza per evitar aquestes intervencions, administració d'òxítocina sintètica inclosa.

L'estudi de **Moncrieff et al.** és una revisió sistemàtica Cochrane on es van incloure quatre estudis que van aleatoritzar un total de 744 dones i els seus nadons. Les intervencions utilitzades per avaluar el progrés del treball van ser tectes vaginals de rutina, avaluacions rutinàries d'ecografia, exàmens rectals de rutina i exàmens vaginals rutinaris a diferents freqüències (cada 2 i cada 4 hores). L'estudi no pot concloure amb seguretat quin mètode és més eficaç o acceptable per avaluar el progrés de part degut a la poca qualitat de l'evidència.

Afroze et al. analitza l'efecte de la ruptura artificial de membranes o amniotomia en el part normal. Els resultats mostren que les primigràvides van requerir $10,07 \pm 2,17$ hores en la dilatació i $1,51 \pm 0,5$ hores en l'expulsiu. En el cas de multigràvides les dades van va ser de $6,07 \pm 2,06$ hores en la primera etapa i $d'1 \pm 0,5$ hores en la segona. En els casos d'amniotomia, l'estudi va mostrar una reducció notable de l'interval de temps entre la intervenció i el naixement, de 3 hores 40 minuts.

El conjunt d'articles que analitzen els resultats materns i neonatals dels parts de baix risc a diferents unitats independents dirigides per llevadores arreu del món coincideixen en revelar parts amb més llibertat de moviments, menys intervencions i menys medicalització que en les unitats tradicionals obstètriques del context hospitalari, tal com afirma la revisió de 56 articles realitzada per de **Bączek et al.**

Concretament, **Freitas et al.** exposa que en el seu estudi les llevadores van utilitzar majoritàriament les pràctiques de la categoria A de l'OMS³ per a la pràctica clínica que són les pràctiques basades en evidència recomanades i recomanables. Els resultats materns i neonatals es van mostrar adequats. També en relació a la pràctica, **Healy et al.** destaca que les llevadores que treballen a les unitats de maternitat d'un hospital de primer nivell animen més sovint a les dones a adoptar posicions no horitzontals, a triar mètode d'empenta (valsava o glotis oberta) i utilitzen més sovint compreses calentes al perineu durant la segona etapa del part que les que treballen en unitats de tercer nivell.

L'estudi de **Martin-Arribas et al.** a 44 hospitals públics d'Espanya entre el 2016 i el 2019 mostra com les dones del grup d'atenció de llevadores van rebre menys analgèsia epidural ($80,8\%$ versus $88,9\%$; $p \leq 0,001$) que les dones del grup d'atenció obstètrica.

³ Recomanacions d'atenció obstètrica de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) classificades en A, B i C segons molt recomanables, acceptables i no recomanables.

Al grup de llevadores hi va haver més verticalitat (41,9% versus 32,7%; $p \leq 0,001$) amb una diferència estadísticament significativa (74% versus 44,3%; $p \leq 0,001$) entre els parts espontanis d'una unitat respecte l'altra. Els parts instrumentats amb forceps, ventosa, espàtula i part per cesària van ser significativament menys freqüents per a les dones del grup d'atenció llevadora (ventosa: 8,8% versus 9,0%; fórceps: 4,5% versus 8,4%; espàtula: 2,2% versus 5,9%; cesària: 10,4% enfront del 32,2%; tots els valors p eren $\leq 0,001$). Les dones sotmeses a l'atenció de llevadora tenien menors taxes de dany perineal greu (estrips de grau III i IV i episiotomia) (1,7% vs. 23,5%; $p \leq 0,001$) i menys gestió activa de la tercera etapa del part (53,7% enfront del 68,7%; $p \leq 0,001$).

L'estudi de cohorts de **Merz et al.** segueix 612 ingressades en treball de part a la unitat independent de llevadores i d'un grup control format per 612 dones que van donar a llum a la unitat obstètrica estàndard. Les taxes d'anestèsia epidural i episiotomia van ser més baixes entre el grup d'estudi, així com la durada mitjana de la segona etapa del part i lesions perineals de segon grau tot i que les laceracions obstètriques d'ordre superior es van produir amb més freqüència.

Souter et al. inclou una cohort d'estudi de 23.100 naixements dels quals 3.816 van ser atesos per llevadores i 19.284 per obstetres. En comparació amb els obstetres, els pacients de llevadores tenien taxes d'intervenció significativament més baixes, un risc aproximadament un 30% menor de part per cesària en pacients nul·líparas i d'un 40% en múltiples. La distòcia d'espatlles va ser més freqüent en pacients múltiples que rebien atenció de llevadora.

A l'estudi de **Welfens et al.** a la unitat Independent de llevadores la taxa de natalitat per cesària va ser del 10,3% en comparació amb el 16,0% de la via d'atenció tradicional, la taxa d'inducció va ser del 16,3% enfront del 30,5%, la taxa d'analgèsia epidural va ser del 24,9% en comparació amb el 59,1% i la taxa d'episiotomia va ser del 6,8% en comparació amb el 14,5%. No hi va haver augment dels resultats neonatals adversos.

Pel que fa específicament als resultats de mortalitat neonatal intrapart en parts de baix risc, **Wiegerink et al.** publica el 2019 un estudi de cohorts on els resultats de l'atenció per llevadores en comparació a l'atenció per obstetres són: 0,48 ‰ morts intrapart i neonatals en el grup de llevadores i 0,44 ‰ en el grup d'obstetres, taxes significativament més baixes de part instrumental vaginal entre les llevadores amb un 8,4% enfront del 13,0%, menys cesàries intrapart 2,6% vs 8,2% i menys nounats amb puntuacions d'*Apgar* baixes (<7 després de 5 minuts) 0,69% vs 1,11%.

Discussió

La literatura revisada en aquest treball ha proporcionat diversos nivells d'evidència. Alguns articles han sigut classificats com evidència de qualitat baixa-moderada (Smith et al. 2020; Kibuka et al. 2021; Velázquez-Barrios et al. 2020)) segons el sistema GRADE i amb un risc alt de biaix per la impossibilitat de realitzar estudis de doble cec. D'altres han aportat resultats sòlids amb evidència de bona qualitat (Martin-Arribas 2021).

L'evidència disponible, en qualsevol cas, suggereix que hi ha pràctiques obstètriques poc invasives i que contribueixen a una atenció humanitzada que, si bé en alguns casos no s'ha demostrat que siguin beneficioses, sí es demostra sistemàticament que no són nocives ja que la seva incorporació en les intervencions no ha variat els resultats materns i neonatals (Lai et al. 2021; Smith et al. 2020). És el cas de l'adopció de certes posicions verticals durant l'expulsiu (Dokmak et al. 2020) i l'aplicació de massatge o calor per alleujar el dolor. En absència doncs d'una evidència més robusta, els resultats suggereixen que tant la posició, com els mètodes de benestar desitjats durant el part, haurien de plantejar-se en termes electius.

Si sembla per contra més sòlida l'evidència que vincula la pràctica d'intervencions indegudament justificades amb el fenomen conegut com a cascada d'intervencions (Fox et al. 2021), segons el qual la realització d'una pràctica interventiva incrementa de forma significativa les probabilitats que altres intervencions siguin posteriorment necessàries. Tanmateix la realització de més d'una intervenció obstètrica de caràcter invasiu sembla estar fortament associada al part amb cesària (Iobst et al. 2019), resultats que reforcen l'aposta per l'abordatge no intervencionista del part de baix risc. Els beneficis d'aquest model, per altra banda, semblen no esgotar-se en l'àmbit de l'assistència directa. A nivell econòmic, el model de cures materns basat en les unitats independents dirigides per llevadores resulta també més cost-efectiu que el model d'atenció obstètrica hospitalària del part normal (Attanasio et al. 2020).

Crida l'atenció com, m'algrat els resultats d'algunes revisions sistemàtiques basades en intervencions i variables de part específiques careixen de valor estadístic significatiu (Moncrieff et al. 2022; Velázquez-Barrios et al. 2020; Thomson et al. 2019), els estudis de cohorts o les revisions dels resultats materns i neonatals efectuats en unitats independents de llevadores aporten dades concloents (Martin-Arribas et al. 2021). En aquest sentit, els resultats d'alguns estudis plantegen la necessitat de

realitzar un canvi de paradigma en l'àmbit de la recerca amb l'objectiu de determinar amb precisió quins són els factors que actualment milloren els resultats materns i neonatals.

Si bé alguns articles busquen els beneficis d'una intervenció en concret (Dokmak et al. 2020), el procés de part es manifesta de manera tan particular en cada naixement (presentació fetal, pelvis materna, experiències prèvies, tolerància al dolor, factors culturals, mètodes d'alleujament del dolor disponibles, etc) que tindrà tendència a oferir resultats poc concloents. Cal proposar doncs noves variables de caràcter transversal per poder-ne veure els beneficis en totes les seves expressions i plantejar al mateix temps variables qualitatives que expliquin la manera a través de la qual els parts acompanyats per llevadores obtenen millors resultats que l'atenció obstètrica convencional.

Aquestes noves variables haurien de definir-se amb l'ambició de captar elements de caràcter sovint intangible, formulats en base a criteris operacionals de tipus qualitatiu. L'evidència disponible suggereix que aquestes podrien estar relacionades amb l'ambient del lloc on transcorre el naixement, la vinculació entre la dona i els professionals sanitaris que acompanyen el part, així com el tipus d'acompanyament rebut (Thomson et al. 2019). Més enllà doncs de les intervencions que de forma aïllada i degudament justificada requereixi cada procés de part (Afrose et al. 2021), aquests paràmetres qualitius són els que podrien estar explicant en realitat les millores incrementades en els resultats de part per a mares i nadons.

6. Conclusions

La present revisió mostra que els resultats del maneig no intervencionista en parts de baix risc acompanyats per llevadores és un camp de gran rellevància científica donat el gran volum de publicacions amb data dels últims cinc anys que s'han trobat a les bases de dades consultades.

L'estat actual de la literatura descriu amb claredat l'associació entre l'atenció dirigida per llevadores i la reducció en les intervencions obstètriques durant el treball de part com a conseqüència de les característiques de la pràctica clínica, fortament basada en l'evidència, sense augmentar els resultats adversos materns i neonatals en relació a l'atenció obstètrica convencional.

Una de les característiques dels parts acompanyats per llevadores és la verticalitat i la llibertat de moviment de la dona, que en la revisió de la mostra d'estudi s'ha considerat efectiva per a la reducció tant de la primera com la segona etapa del part.

Els articles consultats coincideixen en considerar l'auscultació intermitent de la freqüència cardíaca fetal com el mètode d'elecció per a la vigilància del benestar fetal durant el treball de part en dones amb embarassos de baix risc per la seva relació amb menors parts instrumentats i per cessària que el monitoreig cardiotocogràfic.

En relació a les mesures no farmacològiques d'alleujament del dolor durant el procés de part, la bibliografia suggereix que mètodes com l'acupressió, el massatge i la hidroteràpia poden millorar la sensació materna de control del dolor i determina que hi ha altres elements de l'entorn com l'ambient de la sala de parts i l'acompanyament rebut que poden determinar la satisfacció materna i el vincle amb el professional sanitari que atén el part.

És necessari realitzar estudis de recerca infermera que aportin evidència d'alta qualitat sobre les variables que, més enllà de les intervencions, afavoreixen el desenvolupament fisiològic del part i la satisfacció materna amb el conjunt de l'experiència.

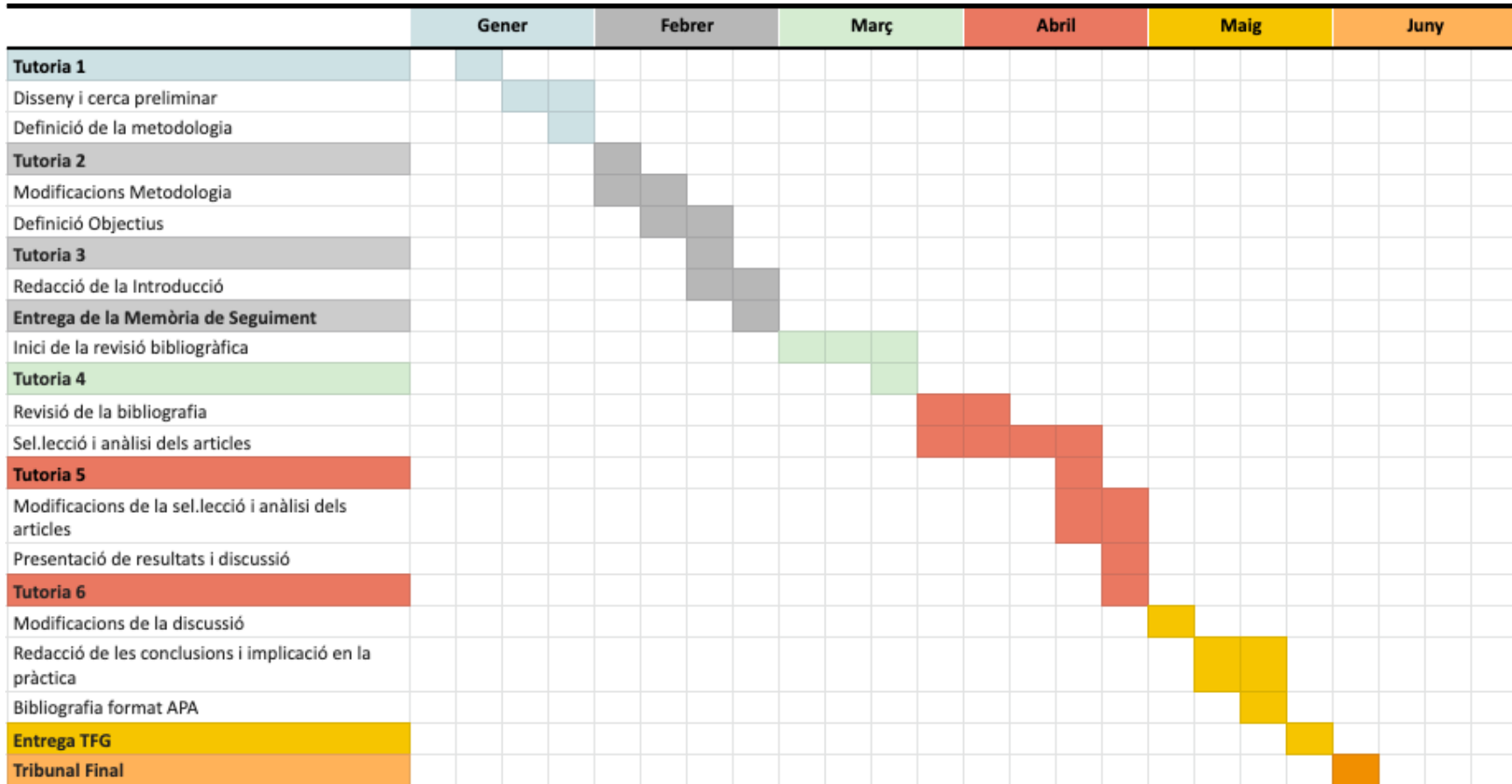
7. Implicació a la pràctica professional

El reconeixement de les competències infermeres i la regulació i estandardització de les especialitzacions d'infermeria és un tema d'absoluta actualitat, especialment en l'àmbit de la infermeria obstètrico-ginecològica que des de fa uns anys reivindica la seva autonomia en les cures de la dona durant el treball de part normal en el context de l'atenció hospitalària.

Al mateix temps, la violència obstètrica ha esdevingut un problema de salut pública. La OMS i múltiples col·legis de llevadores i societats científiques a nivell internacional apelen a reduir les intervencions en la salut materna i a revisar protocols de pràctica clínica i adaptar-los a les noves guies basades en la evidència disponible.

Els resultats d'aquesta revisió donen suport de manera clara al model de cures del part normal basat en una atenció obstètrica liderada per llevadores en unitats independents. Les conclusions d'aquest estudi sumen evidència per consolidar la pràctica professional basada en l'evidència i impulsar un canvi en el sistema actual d'atenció a la maternitat cap a una major autonomia i reconeixement dels serveis dirigits per llevadores així com a la nova creació d'unitats de maternitat independents per tal d'aconseguir els millors resultats de part per a les mares i els nadons.

8. Cronograma



9. Referències bibliogràfiques

ACNUDH. (2020). *España necesita combatir la violencia obstétrica, dicen expertos de la ONU.*

Ohchr.org.

<https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25688&Langl>

D=S

Afrose, R., Mirza, T. T., Sarker, K., Shamsi, S., Chowdhury, U. W., Shikha, S. S., Akhter, S., Jahan, R.,

Fatema, S., & Dey, S. (2021). Effect of amniotomy on outcome of spontaneous labour.

Mymensingh Medical Journal: MMJ, 30(1), 6-12.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33397844/>

Akyıldız, D., Çoban, A., Gör Uslu, F., & Taşpınar, A. (2021). Effects of obstetric interventions

during labor on birth process and newborn health. *Florence Nightingale Journal of*

Nursing, 29(1), 9-21. <https://doi.org/10.5152/FNJJN.2021.19093>

Al Wattar, B. H., Honess, E., Bunnewell, S., Welton, N. J., Quenby, S., Khan, K. S., Zamora, J., &

Thangaratinam, S. (2021). Effectiveness of intrapartum fetal surveillance to improve

maternal and neonatal outcomes: a systematic review and network meta-analysis.

Journal de l'Association Medicale Canadienne [Canadian Medical Association Journal],

193(14), E468-E477. <https://doi.org/10.1503/cmaj.202538>

Alvares, A. S., Corrêa, Á. C. de P., Nakagawa, J. T. T., Valim, M. D., Jamas, M. T., & Medeiros, R. M.

K. (2020). Práticas obstétricas hospitalares e suas repercussões no bem-estar materno.

Revista da Escola de Enfermagem da USP, 54.

<https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018039003606>

- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M., Cyna, A. M., & Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), CD000331. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>
- Anna, M.-A., Olga, C.-V., Rocío, C. S., Isabel, S. P., Xavier, E.-T., Pablo, R. C., Montserrat, P. A., Cristina, G.-B., & Ramon, E. (2020). Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women in public hospitals in Catalonia (Spain). *Midwifery*, 88(102752), 102752. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102752>
- Attanasio, L. B., Alarid-Escudero, F., & Kozhimannil, K. B. (2020). Midwife-led care and obstetrician-led care for low-risk pregnancies: A cost comparison. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 47(1), 57-66. <https://doi.org/10.1111/birt.12464>
- Bączek, G., Tataj-Puzyna, U., Sys, D., & Baranowska, B. (2020). Freestanding Midwife-led Units: A narrative review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(3), 181-188. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_209_19
- Berghella, V., & Di Mascio, D. (2020). Evidence-based labor management: before labor (Part 1). *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 2(1), 100080. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2019.100080>
- Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., & Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 466. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>

- Betrán, A. P., Temmerman, M., Kingdon, C., Mohiddin, A., Opiyo, N., Torloni, M. R., Zhang, J., Musana, O., Wanyonyi, S. Z., Gülmezoglu, A. M., & Downe, S. (2018). Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *Lancet*, *392*(10155), 1358-1368. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31927-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31927-5)
- Blix, E., Maude, R., Hals, E., Kisa, S., Karlsen, E., Nohr, E. A., de Jonge, A., Lindgren, H., Downe, S., Reinart, L. M., Foureur, M., Pay, A. S. D., & Kaasen, A. (2019). Intermittent auscultation fetal monitoring during labour: A systematic scoping review to identify methods, effects, and accuracy. *PLoS One*, *14*(7), e0219573. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219573>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *7*(8), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Cahill, H. A. (2001). Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *33*(3), 334-342. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01669.x>
- Çalik, K. Y., Karabulutlu, Ö., & Yavuz, C. (2018). First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *18*(1), 415. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2054-0>
- Carlsson, T., & Ulfssdottir, H. (2020). Waterbirth in low-risk pregnancy: An exploration of women's experiences. *Journal of Advanced Nursing*, *76*(5), 1221-1231. <https://doi.org/10.1111/jan.14336>

- Cerecedo Pérez, M. J., Tovar Bobo, M., & Rozadilla Arias, A. (2013). Medicalización de la vida. «Etiquetas de enfermedad: todo un negocio.» *Atencion primaria*, 45(8), 434-438.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.04.014>
- Cuy-Chaparro Laura, Ricardo Salamanca David , Margoth Riaño-Carreño Diana , Camargo-Villaba Gloria , Sánchez-Capacho Nohora , Soto Bringas Rosario. (s. f.). *Vista de Variables clínicas del parto en posición vertical y horizontal: Revisión exhaustiva de literatura*. REVISTA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD. UNIVERSIDAD DE BOYACÁ2021;8 (1):91-111.
<https://doi.org/10.24267/23897325.601>
- Czech, I., Fuchs, P., Fuchs, A., Lorek, M., Tobolska-Lorek, D., Droszol-Cop, A., & Sikora, J. (2018). Pharmacological and non-pharmacological methods of labour pain relief-establishment of effectiveness and comparison. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2792. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122792>
- De Leo, A., Bayes, S., Geraghty, S., & Butt, J. (2019). Midwives' use of best available evidence in practice: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(23-24), 4225-4235.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15027>
- Dokmak, F., Michalek, I. M., Boulvain, M., & Desseauve, D. (2020). Squatting position in the second stage of labor: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 254, 147-152.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.09.015>
- Downe, S., Gyte, G. M. L., Dahlen, H. G., & Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term.

Cochrane Database of Systematic Reviews, 7, CD010088.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub2>

Espada-Trespalcios, X., Ojeda, F., Perez-Botella, M., Milà Villarroel, R., Bach Martinez, M., Figuls Soler, H., Anquela Sanz, I., Rodríguez Coll, P., & Escuriet, R. (2021). Oxytocin administration in low-risk women, a retrospective analysis of birth and neonatal outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4375. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084375>

Fox, H., Topp, S. M., Lindsay, D., & Callander, E. (2021). A cascade of interventions: A classification tree analysis of the determinants of primary cesareans in Australian public hospitals. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 48(2), 209-220. <https://doi.org/10.1111/birt.12530>

Freitas, J. M. dos S., Narchi, N. Z., & Fernandes, R. A. Q. (2019). Obstetric practices performed by nurse-midwives of a hospital natural birth center. *Escola Anna Nery*, 23(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-2019-0112>

García, E. M. (2018). *LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLENCIA DE GÉNERO. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales* [Universidad Autónoma de Madrid]. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf

Gluck, O., Ganer Herman, H., Tal, O., Grinstein, E., Bar, J., Kovo, M., Ginath, S., & Weiner, E. (2020). The association between the number of vaginal examinations during labor and perineal trauma: a retrospective cohort study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301(6), 1405-1410. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05552-z>

- Gómez, D. F. (s. f.). *Medicalización del parto humano. Una lectura desde los textos de Michel Foucault*. Aacademica.org. Recuperado 21 de febrero de 2022, de <https://www.aacademica.org/lic.daniel.gomez/15.pdf>
- Healy, M., Nyman, V., Spence, D., Otten, R. H. J., & Verhoeven, C. J. (2020). How do midwives facilitate women to give birth during physiological second stage of labour? A systematic review. *PLoS One*, 15(7), e0226502. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226502>
- Heelan-Fancher, L., Shi, L., Zhang, Y., Cai, Y., Nawai, A., & Leveille, S. (2019). Impact of continuous electronic fetal monitoring on birth outcomes in low-risk pregnancies. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 46(2), 311-317. <https://doi.org/10.1111/birt.12422>
- Henrique, A. J., Gabrielloni, M. C., Rodney, P., & Barbieri, M. (2018). Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, 24(3), e12642. <https://doi.org/10.1111/ijn.12642>
- Iobst, S. E., Bingham, D., Storr, C. L., Zhu, S., & Johantgen, M. (2020). Associations among intrapartum interventions and cesarean birth in low-risk nulliparous women with spontaneous onset of labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(1), 142-148. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12975>
- Kibuka, M., Price, A., Onakpoya, I., Tierney, S., & Clarke, M. (2021). Evaluating the effects of maternal positions in childbirth: An overview of Cochrane Systematic Reviews. *European Journal of Midwifery*, 5(December), 57. <https://doi.org/10.18332/ejm/142781>

- Lai, C. Y., Wong, M. K. W., Tong, W. H., Chu, S. Y., Lau, K. Y., Tan, A. M. L., Hui, L. L., Lao, T. T. H., & Leung, T. Y. (2021). Effectiveness of a childbirth massage programme for labour pain relief in nulliparous pregnant women at term: a randomised controlled trial. *Xianggang Yi Xue Za Zhi [Hong Kong Medical Journal]*, 27(6), 405-412. <https://doi.org/10.12809/hkmj208629>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub3>
- Martin-Arribas, A., Escuriet, R., Borràs-Santos, A., Vila-Candel, R., & González-Blázquez, C. (2022). A comparison between midwifery and obstetric care at birth in Spain: Across-sectional study of perinatal outcomes. *International Journal of Nursing Studies*, 126(104129), 104129. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104129>
- Martinez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Delgado-Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Obstetric factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder after spontaneous vaginal birth. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 48(3), 406-415. <https://doi.org/10.1111/birt.12550>
- Martis, R., Emilia, O., Nurdiati, D. S., & Brown, J. (2017). Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(4), CD008680. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008680.pub2>
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020). Obstetric violence in Spain (part I): Women's perception

and interterritorial differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7726. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>

Merz, W. M., Tascon-Padron, L., Puth, M.-T., Heep, A., Tietjen, S. L., Schmid, M., & Gembruch, U. (2020). Maternal and neonatal outcome of births planned in alongside midwifery units: a cohort study from a tertiary center in Germany. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 267. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02962-4>

Moncrieff, G., Gyte, G. M., Dahlen, H. G., Thomson, G., Singata-Madliki, M., Clegg, A., & Downe, S. (2022). Routine vaginal examinations compared to other methods for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD010088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub3>

Nilsson, C. (2014). The delivery room: is it a safe place? A hermeneutic analysis of women's negative birth experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 5(4), 199-204. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.09.010>

OMS. (2019). *Recomendaciones de la OMS. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva.* Paho.org. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ondeck, M. (2019). Healthy birth practice #2: Walk, move around, and change positions throughout labor. *The Journal of Perinatal Education*, 28(2), 81-87. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.2.81>

- OSM. (2015). *Estrategia de Atención al Parto Normal. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad.
https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
- Sala, V. V. V. (2020). “La enfermedad normal”: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Sexualidad, salud y sociedad: revista Latinoamericana*, 34, 90-107.
<https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.06.a>
- Sholapurkar, S. L. (2020). Intermittent auscultation (surveillance) of fetal heart rate in labor: a progressive evidence-based approach with aim to improve methodology, reliability and safety. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 1-7.
<https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1811664>
- Silva, Y. A. P., Araújo, F. G., Amorim, T., FranciscaMartins, E., & Felisbino-Mendes, M. S. (2020). Obstetric analgesia in labor and its association with neonatal outcomes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), e20180757.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0757>
- Smith, C. A., Collins, C. T., Levett, K. M., Armour, M., Dahlen, H. G., Tan, A. L., & Mesgarpour, B. (2020). Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD009232.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009232.pub2>

- Souter, V., Nethery, E., Kopas, M. L., Wurz, H., Sitcov, K., & Caughey, A. B. (2019). Comparison of midwifery and obstetric care in low-risk hospital births. *Obstetrics and Gynecology*, 134(5), 1056-1065. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003521>
- Teskereci, G., Yangın, H., & Akpınar, A. (2020). Experiences of women regarding vaginal examination during labor: A qualitative study. *Health Care for Women International*, 41(1), 75-88. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1590361>
- Thomson, G., Feeley, C., Moran, V. H., Downe, S., & Oladapo, O. T. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reproductive Health*, 16(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>
- Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Berg, M., Buckley, S., Pajalic, Z., Hadjigeorgiou, E., Kotłowska, A., Lengler, L., Kielbratowska, B., Leon-Larios, F., Magistretti, C. M., Downe, S., Lindström, B., & Dencker, A. (2019). Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth - a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 285. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2365-9>
- Velázquez-Barrios, M., Desirée Díaz-Jiménez, José, A., A N U M, S., Científico-Sanitaria, R., & Obstétrica, E. (2020). *Alternativas para el manejo del dolor intraparto*. [Revistacientificasanum.com](https://revistacientificasanum.com).
https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n2_a5.pdf
- Wellfens, K., Derisbourg, S., Costa, E., Englert, Y., Pintiaux, A., Warnimont, M., Kirkpatrick, C., Buekens, P., & Daelemans, C. (2020). The «Cocoon,» first alongside midwifery-led unit

within a Belgian hospital: Comparison of the maternal and neonatal outcomes with the standard obstetric unit over 2 years. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 47(1), 115-122.
<https://doi.org/10.1111/birt.12466>

Wiegerinck, M. M. J., Eskes, M., van der Post, J. A. M., Mol, B. W., & Ravelli, A. C. J. (2020). Intrapartum and neonatal mortality in low-risk term women in midwife-led care and obstetrician-led care at the onset of labor: A national matched cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(4), 546-554.
<https://doi.org/10.1111/aogs.13767>

Yuksel, H., Cayir, Y., Kosan, Z., & Tastan, K. (2017). Effectiveness of breathing exercises during the second stage of labor on labor pain and duration: a randomized controlled trial. *Journal of integrative medicine*, 15(6), 456-461. [https://doi.org/10.1016/s2095-4964\(17\)60368-6](https://doi.org/10.1016/s2095-4964(17)60368-6)

Zang, Y., Lu, H., Zhang, H., Huang, J., Ren, L., & Li, C. (2020). Effects of upright positions during the second stage of labour for women without epidural analgesia: A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(12), 3293-3306. <https://doi.org/10.1111/jan.14587>

Zang, Y., Lu, H., Zhang, H., Huang, J., Zhao, Y., & Ren, L. (2021). Benefits and risks of upright positions during the second stage of labour: An overview of systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 114(103812), 103812.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103812>