

GUÍA DE ASISTENCIA AL PARTO EN CASA



Guía de asistencia al parto en casa
© Associació de Llevadores de Part a Casa de Catalunya

Barcelona, abril de 2025

Primera edición: 2010
Segunda edición: 2018
Tercera edición: 2025

Fotografía de cubierta: Mariona Martínez
Diseño y maquetación: Punts Volats (puntsvolats.cat)
Ilustraciones: Óscar Pérez Gallardo y Francesc Lara

ISBN: 978-84-09-71181-9

NOTA:

Esta guía no es de obligado cumplimiento. El criterio clínico de cada profesional debe prevalecer en cada situación.

Índice

5	AUTORAS
7	PRÓLOGOS
11	PRESENTACIÓN
14	1. INTRODUCCIÓN
19	1.1. OBJETIVOS Y PROPÓSITOS DE LA GUÍA
19	1.1.1. OBJETIVOS PRINCIPALES
19	1.1.2. PROPÓSITOS
19	1.2. METODOLOGÍA
20	1.3. JUSTIFICACIÓN
21	2. MODELO DE COMADRONA AUTÓNOMA
21	2.1. EL MODELO DE ATENCIÓN DE LA COMADRONA
22	2.2. LA COMADRONA QUE ASISTE PARTOS EN CASA
23	2.3. EXCELENCIA PROFESIONAL
24	2.4. COMPETENCIAS Y FORMACIÓN CONTINUADA
24	2.5. REGISTRO Y AUDITORÍAS
25	3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
25	3.1. CRITERIOS CLÍNICOS BÁSICOS A PARTIR DE LOS CUALES SE PUEDE RECOMENDAR UN PARTO EN CASA
26	3.2. SITUACIONES EN LAS QUE NO SE ACONSEJA UN PARTO DOMICILIARIO
26	3.2.1. PROBLEMAS DE SALUD O ENFERMEDADES DE BASE
27	3.2.2. HISTORIA OBSTÉTRICA CON FACTORES DE RIESGO
28	3.3. SITUACIONES EN LAS QUE SE PODRÍA CONSIDERAR ATENDER DE FORMA INDIVIDUALIZADA
28	3.3.1. SITUACIONES MÉDICAS DE BASE QUE SE PODRÍAN CONSIDERAR DE FORMA PERSONALIZADA
29	3.3.2. HISTORIA OBSTÉTRICA CON FACTORES QUE SUGIEREN UN RIESGO INCREMENTADO, PERO SE PODRÍAN CONSIDERAR DE FORMA PERSONALIZADA
30	3.4. EL PARTO EN CASA EN EMBARAZOS QUE PRESENTAN ALGÚN FACTOR DE RIESGO
35	4. SEGUIMIENTO DE LA GESTACIÓN
35	4.1. OBJETIVOS
35	4.2. RECOMENDACIONES
36	4.3. ACTUACIÓN Y CUIDADOS
36	4.3.1. PRIMERA VISITA
38	4.3.2. VISITAS DE SEGUIMIENTO
39	4.3.3. VISITA DE RECONOCIMIENTO DEL DOMICILIO

41	5. ASISTENCIA AL PARTO
41	5.1. OBJETIVO
42	5.2. RECOMENDACIONES
42	5.3. ACTUACIONES Y CUIDADOS
42	5.3.1. PREPARTO O FASE LATENTE
45	5.3.2. FASE DE DILATACIÓN O FASE ACTIVA
49	5.3.3. FASE DE TRANSICIÓN
52	5.3.4. FASE DE PUJOS Y NACIMIENTO
54	5.3.5. FASE DE ALUMBRAMIENTO
57	5.3.6. VALORACIÓN, CUIDADOS Y SUTURA PERINEAL
59	5.4. EL DOLOR EN EL PARTO EN CASA
60	5.4.1. RECOMENDACIONES GENERALES
61	5.4.2. MÉTODOS DE CONFORT
63	6. POSPARTO INMEDIATO
63	6.1. ASISTENCIA Y ACOGIDA DE LA CRIATURA
63	6.1.1. OBJETIVO
63	6.1.2. RECOMENDACIONES
64	6.1.3. ACTUACIÓN Y CUIDADOS DE LA CRIATURA
66	6.2. ATENCIÓN A LA MADRE
66	6.2.1. OBJETIVO
66	6.2.2. RECOMENDACIONES
67	7. POSPARTO TARDÍO
67	7.1. OBJETIVO
67	7.2. RECOMENDACIONES
68	7.3. ACTUACIÓN Y CUIDADOS
68	7.3.1. VALORAR LA SALUD FÍSICA MATERNA
68	7.3.2. VALORAR LA SALUD MENTAL MATERNA
69	7.3.3. VALORAR LA LACTANCIA MATERNA
69	7.3.4. VALORAR LA SALUD DEL BEBÉ
70	7.3.5. NACIMIENTO EN CASA Y MICROBIOTA
71	8. MATERIAL DE USO PROFESIONAL
71	8.1. OBJETIVO
71	8.2. LISTADO DE MATERIAL
73	9. TRASLADOS Y COORDINACIÓN CON LOS CENTROS SANITARIOS
74	9.1. OBJETIVOS
74	9.2. RECOMENDACIONES
77	9.3. SITUACIONES CLÍNICAS QUE REQUIEREN UN TRASLADO
78	REFERENCIAS
96	GLOSARIO ABREVIATURAS
98	ANEXOS

AUTORAS

Esta guía es una revisión y actualización de la Guía de parto en casa publicada en 2018 por ALPACC (Associació de Llevadores de Part a Casa de Catalunya) con el apoyo de ACL, FAME y el Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya.

Las autoras de esta revisión (ordenadas alfabéticamente por apellido) son:



Laia Casadevall Castañé
comadrona autónoma, escritora y divulgadora.



Silvia Díaz-Maroto
comadrona en Equip Mudra y Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa.



Pepi Domínguez Cano
comadrona autónoma y ASSIR Esquerra ICS.



Enrique Estévez Reinares
comadrón Equip Mudra y H. U. Josep Trueta de Girona.



Marga Franch Ferrer
comadrona autónoma en Equip Mudra.



Inmaculada Marcos Marcos
comadrona autónoma.



Mireia Marcos Marcos
comadrona autónoma.



Imma Sarries Zgonc
comadrona autónoma.



“El lugar más seguro para parir
es aquel donde una mujer se siente segura.”

Ina May Gaskin
comadrona



PRÓLOGOS



La **Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)** celebra la publicación de esta guía actualizada para la asistencia al parto en casa, un documento que respalda el derecho fundamental de las mujeres y sus familias a tomar decisiones informadas sobre su atención durante el proceso de maternidad.

Esta guía es crucial para las matronas que ofrecen atención en el hogar, proporcionando herramientas basadas en la evidencia científica más reciente para asegurar una atención de calidad. FAME valora la importancia de la atención individualizada y culturalmente apropiada, respetando la autonomía y las necesidades únicas de cada mujer.

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** reconoce que es de suma importancia que las mujeres y las familias participen activamente en la toma de decisiones con respecto a los cuidados que reciben en el parto, incluyendo el derecho a decidir el lugar en el que desean dar a luz.

Esta guía permite además un consenso interprofesional y poblacional al facilitar una información clara sobre la conveniencia de las candidatas al acceso al parto domiciliario garantizando su salud y la de sus hijos e hijas, así como los circuitos de atención alternativos que garanticen al máximo los resultados materno-neonatales en salud y calidad. Sabemos que para visibilizar el nacimiento en casa, es necesaria una educación social que permita incluirlo en la atención a la salud desde una perspectiva segura y de confianza.

Desde nuestra Federación felicitamos a las autoras de esta guía por su dedicación para elevar el nivel de la atención al parto domiciliario, contribuyendo así a mejorar la salud y la satisfacción de las mujeres, los recién nacidos y las familias en toda España.

M^a José Caravaca Berenguer

Presidenta de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)



Se estima que el 1% de los nacimientos que ocurren en Catalunya ya tienen lugar en el domicilio familiar. Es una opción que la evidencia científica reconoce tan segura o más que la asistencia en hospitales, maternidades y centros de nacimiento, y con mayores niveles de satisfacción. Para ello, se requiere asistencia planificada, con gestación única, a término y presentación cefálica, y la atención por la matrona.

El domicilio familiar garantiza que la comadrona desarrolle su profesión con autonomía. Los mejores resultados en morbilidad, mortalidad y satisfacción materna se deben a la excelencia en el desarrollo de sus competencias. Además, las matronas generan menor consumo de recursos sanitarios.

Por ello, la asistencia al parto en casa, tanto en resultados como en gestión de recursos, debe ser valorada por los órganos gestores públicos, ya sea mediante reembolso o prestación directa. Esto ya ocurre en países del norte de Europa y no debe suponer carga económica para las familias ni ser discriminatoria en entornos de menos recursos.

Esta tercera edición de la Guía de Asistencia al Parto en Casa, revisada, ampliada y actualizada, es una herramienta útil para matronas que se dediquen a esta asistencia y para gestantes que consideren el parto domiciliario. Además, ofrece recursos para implementar progresivamente una asistencia de mínima intervención, modelo desarrollado en centros liderados por matronas, representado en nuestro territorio por las Casas de Nacimiento.

Con su publicación, la ACL reitera su compromiso con la formación y la excelencia en la práctica asistencial de esta opción. Desde la Junta de la Associació Catalana de Llevadores, agradecemos a todas las profesionales que hacen posible un parto en casa seguro y accesible, así como el esfuerzo en la actualización de este documento, que mejora la calidad de la atención materno infantil.

Maria Victoria Cambredó Aparicio

Presidenta de la Associació Catalana de Llevadores



La sociedad actual y las mujeres, en concreto, cada día tienen más conciencia de su derecho a decidir sobre su propia salud, también en el contexto de la atención y acompañamiento en el embarazo, el parto y el puerperio.

Como garante del ejercicio de este derecho, la **Associació de Llevadores del Part a Casa de Catalunya** (ALPACC) ha liderado la actualización de la *Guía de asistencia al parto en casa*, protocolo editado en primera instancia en 2018 y que supuso un gran avance en la atención a estos nacimientos y a los procesos asistenciales que conforman el cuidado de estas madres y bebés.

Con la revisión de 2025, las comadronas de la ALPACC reafirman su compromiso con las mujeres que deciden parir en casa y, siguiendo los principios de calidad, seguridad y equidad asistenciales, incorporan la última y mejor evidencia científica conocida al manual.

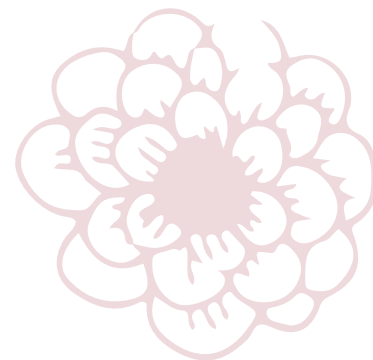
En este marco, la guía se convierte en una herramienta potente – necesaria y útil– que respeta y empodera a las mujeres y a las familias, auténticas protagonistas de este momento vital trascendente, así como a las comadronas y demás profesionales implicados en el proceso asistencial; favoreciendo la toma de decisiones informadas, seguras y compartidas.

Desde la **Comisión de Comadronas del Consell de Col·legis d'Infermeres i infermers de Catalunya** (CCIIIC) queremos agradecer y poner en valor la profesionalidad e inquietud constante de las matronas que han aportado conocimiento y evidencia a la edición revisada de la *Guía de asistencia al parto en casa*. Un reconocimiento y felicitación que hacemos extensivos a las mujeres y a los profesionales que, con el despliegue de este protocolo actualizado, seremos beneficiarios de esta excelencia de la cual hacen gala las comadronas de la ALPACC.

Yolanda Garza Recio

Vicedecana del *Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya* y matrona

PRESENTACIÓN



En el año 2018, ALPACC publicó la Guía de asistencia al parto en casa. Somos conscientes de que la revisión de esta guía era algo urgente para mantenerla actualizada según la última evidencia científica.

ALPACC se creó en 2013 como la primera asociación de matronas de parto en casa de Cataluña que vela por la visibilización y la normalización del parto domiciliario. Uno de sus objetivos prioritarios es la recogida de datos estadísticos de los partos en casa atendidos por sus socias y para ello cuenta, desde 2016, con una base de datos anónima, común y obligatoria para todas las asociadas. Analizar estos datos nos permite conocer mejor la realidad del parto en casa en Cataluña, las características sociodemográficas de las mujeres que se inclinan por esta opción, los resultados de la atención ofrecida, los índices de traslados a centros hospitalarios, las emergencias atendidas y sus resultados, así como la publicación de estudios científicos.

En 2021 más de 400 mujeres optaron por planificar un parto en casa atendido por comadronas de ALPACC en Cataluña. El parto en casa es una demanda social que ha ido creciendo en los últimos años, a la vez que ha ido disminuyendo el número de profesionales que se dedican exclusivamente a la atención del parto en casa. A pesar de ello, Cataluña es la comunidad autónoma con el número más alto de partos planificados en casa y donde más profesionales se dedican a esta atención, convirtiéndose así en referente nacional de la atención al parto domiciliario.

En mujeres de bajo riesgo y atendidas por comadronas profesionales, parir en casa ha mostrado ser una opción igual de segura que parir en el hospital, además de resultar más satisfactorio para las mujeres. Según el Tribunal Supremo Europeo de los Derechos Humanos, toda mujer tiene el derecho de elegir las circunstancias en que quiere dar a luz, y esto incluye el ámbito donde hacerlo. Por consiguiente, todos los Estados europeos deben asegurar a las mujeres el acceso al parto en casa y garantizar su seguridad.

Esta guía, dirigida a comadronas, obstetras, pediatras y familias, es una revisión actualizada según los criterios de evidencia científica más recientes, con el objetivo de unificar la práctica asistencial a domicilio en función de unos parámetros de excelencia clínica consensuados, para facilitar una atención segura y satisfactoria a las mujeres y sus familias que optan por parir en casa.

Sabemos que la guía del 2018 fue una referencia y una herramienta de gran utilidad para muchas comadronas. Esperamos que esta revisión les sea aún más útil y sirva a los profesionales que trabajan en las instituciones para conocer mejor nuestra labor en los domicilios.

Para finalizar, deseamos que la guía ayude a reflexionar y plantear la necesidad del trabajo multidisciplinar integrado dentro de un sistema acordado, establecido y organizado en el cual las comadronas autónomas, los servicios de emergencias y los profesionales de los centros hospitalarios trabajen coordinadamente con el objetivo común de mejorar la calidad de la atención y la satisfacción de las mujeres, las criaturas y las familias, así como mejorar los resultados perinatales en Cataluña.

1. INTRODUCCIÓN



Esta guía ni anula ni sustituye la responsabilidad individual de los profesionales de la salud en el momento de tomar la decisión más adecuada en función de las circunstancias individuales de cada mujer, junto con ella u otros profesionales implicados en su atención.

Cuando hablamos de «comadrona» nos referimos a la matrona profesional titulada y colegiada.

EL EMBARAZO Y EL PARTO COMO PROCESOS FISIOLÓGICOS

El embarazo y el parto son, generalmente, procesos fisiológicos seguros para la madre y el niño.

El trabajo de parto se desarrolla de forma óptima cuando la mujer confía en sus habilidades, está bien informada sobre sus opciones y recibe apoyo continuado por parte de una comadrona durante todo el proceso. Esta experiencia transformadora para las mujeres, los bebés y las familias se facilita en un ambiente tranquilo, no perturbado y positivo (Buckley y Üvnas-Moberg, 2018; [Buckley, 2015](#); [Crowther et al., 2014](#)).

Las comadronas tenemos que ser respetuosas con la individualidad de cada mujer, sensibles a los factores que afectan el embarazo y el desarrollo único de cada parto, pacientes y atentas con cada mujer durante todo el proceso.

Las comadronas somos expertas en apoyar el bienestar de la madre y fomentar el parto normal. Proporcionamos atención personalizada durante todo el ciclo fértil y protegemos el apego, que es vital para la madre, el bebé y la familia ([ICM, 2024](#); [2023](#)).

AUTONOMÍA DE LA MUJER

Toda mujer tiene el derecho y la responsabilidad de elegir el lugar y la atención profesional durante el embarazo, el parto y el posparto, así como el derecho de tomar decisiones de forma consecuente con sus conocimientos, intuición, experiencias, valores y creencias (Ministerio de la Presidencia, Ley 41/2002).

Las comadronas sabemos que las mujeres son capaces de cuidar de sí mismas; son las principales cuidadoras de su embarazo y sus bebés ([ICM, 2024a](#), [2023a](#)).

IMPORTANCIA DEL LUGAR

Toda mujer tiene el derecho a escoger el lugar donde quiere parir ([ICM, 2024b](#); [2017](#)).

Las comadronas de parto en casa somos conscientes de que el entorno donde tiene lugar el parto tiene efectos en su desarrollo, en cómo las mujeres lo viven y en la relación que se establece entre ellas y los profesionales que las atienden.

El parto en casa facilita el respeto a los ritmos individuales de cada mujer y cada familia y asegura la continuidad de cuidados por el mismo profesional. Esto tiene efectos positivos en los resultados maternos y perinatales, así como en los niveles de satisfacción ([Sandall et al., 2024](#); [Gregory et al., 2023](#); [Bohren et al., 2017](#)).

En otros países, el parto en casa institucionalizado reduce las desigualdades de salud y mejora los resultados maternos y neonatales en mujeres con riesgo de exclusión social ([Rayment-Jones et al., 2021](#)). Esto nos debe hacer reflexionar sobre la situación en España y el agravio que sufren las mujeres que no tienen posibilidades económicas para cubrir los costes del parto en casa, puesto que este no forma parte de las carteras de servicios ofrecidas en el sistema público de salud.

En mujeres con embarazos de bajo riesgo, el parto en casa reduce el riesgo de intervenciones innecesarias y resultados maternos desfavorables ([NICE, 2023](#); [Homer et al., 2019](#); [Rossi y Prefumo, 2018](#); [Scarf et al., 2018](#); [Bohren et al., 2017](#); [Bolten et al., 2016](#); [Hutton et al., 2016](#); [Snowden et al., 2015](#)).

El parto domiciliario favorece la comodidad, la libertad de movimiento, la capacidad de la mujer para hacer frente al dolor y su sentimiento de confianza y control ([Jouhki et al., 2017](#); [Domanska et al., 2014](#)). Está asociado con mayores tasas de lactancia materna debido a la poca interferencia entre madre y bebé en las primeras horas de vida ([Scarf et al., 2018](#); [Oakley et al., 2018](#); [Quigley et al., 2016](#)) y con mayores índices de lactancia materna a los 6 meses ([Quigley et al., 2016](#)).

Además, el parto en casa representa un coste económico mucho menos elevado que el parto hospitalario ([Anderson et al., 2021](#); [Attanasio et al., 2020](#); [Janssen et al., 2015](#)).

SEGURIDAD DEL PARTO EN CASA

Hasta la fecha, no hay estudios aleatorios controlados que demuestren que el parto hospitalario sea más seguro que el parto en casa ([Olsen et al., 2023](#)).

El parto tiene riesgos inherentes, que son percibidos de forma distinta según los individuos ([Lee et al., 2019, 2016](#); [Healy et al., 2017](#); [Rothman, 2014](#)). Cada lugar de nacimiento conlleva un conjunto particular de riesgos y beneficios. Cada mujer debe evaluar qué conjunto de riesgos y beneficios son más aceptables para ella y concuerdan más con su sistema de creencias, valores e intereses propios y de su familia ([ICM, 2024a; 2024b](#)).

No hay diferencias estadísticamente significativas entre el parto hospitalario y el parto en casa en términos de mortalidad materna o perinatal; sin embargo, se observa una mayor morbilidad en los partos atendidos en centros sanitarios ([Olsen y Clausen, 2023](#); [Reitsma et al., 2020](#); [Homer et al., 2019](#); [Hutton et al., 2016, 2019](#); [Rossi y Prefumo, 2018](#); [Scarf et al., 2018](#); [Davies-Tuck et al., 2018](#); [Wiegerinck et al., 2016](#); [Bolten et al., 2016](#)).

El parto en casa en Cataluña en mujeres con embarazos de bajo riesgo y atendidas por comadronas es una opción segura con resultados similares a los que ofrecen estudios publicados en otros países a pesar de no estar integrado ni coordinado en el sistema de salud público ([Alcaraz et al., 2021](#)).

Es importante enfatizar que, en partos domiciliarios, hay más probabilidades de que las mujeres tengan partos fisiológicos y menos riesgo de sufrir hemorragias posparto, desgarros de tercer y cuarto grado, así como menos probabilidades de recibir intervenciones médicas (estimulación con oxitocina sintética, epidural o analgesia raquídea, anestesia general, episiotomía) que las mujeres que planifican un parto hospitalario ([NICE, 2023](#); [Reitsma et al., 2020](#); [Homer et al., 2019](#); [Scarf et al., 2018](#)).

En cuanto a resultados perinatales, algunos estudios nos indican que la probabilidad de ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) después de un parto domiciliario es similar ([Homer et al., 2019](#); [Elder et al., 2016](#); [Hutton et al., 2016](#)) y otros estudios señalan que es menor ([Wiegerinck et al., 2016](#); [De Jonge et al., 2015](#); [Li et al., 2015](#); [Snowden et al., 2015](#)). Y que la morbilidad y mortalidad perinatal son similares en ambos lugares ([NICE, 2023](#); [Reitsma et al., 2020](#); [Homer et al., 2019](#); [Hutton et al., 2019](#); [Rossi y Prefumo, 2018](#); [Scarf et al., 2018](#)).

A largo plazo, hacia la edad de 7 años, es menos probable que los niños nacidos en casa tengan asma, enfermedades relacionadas con procesos alérgicos e infecciones ([Ovaskainen et al., 2021](#)).

La evidencia científica reciente y disponible concluye que no hay diferencias en cuanto a mortalidad materna o neonatal cuando se compara parto en casa con parto hospitalario, pero sí que existe una menor morbilidad materna y neonatal en los partos en casa. Esto indica que el nacimiento en casa, para mujeres de bajo riesgo y atendidas por comadronas especializadas, puede ser incluso más seguro que el hospitalario.

RELACIÓN CON LA COMADRONA

Las comadronas establecen una relación de igualdad con las mujeres, que constituye el fundamento de su atención y contribuye significativamente a la seguridad del parto en casa ([Sandall et al., 2024](#); [Larsson et al., 2019](#); [Perriman et al., 2018](#)), a menores tasas de intervención ([Sandall et al., 2024](#); [Declercq et al., 2019](#); [Wiegerinck et al., 2019](#); [Forster et al., 2016](#)) y a mayor satisfacción ([Sandall et al., 2024](#); [Mortensen et al., 2019](#); [Symon et al., 2019](#)).

La comadrona facilita el proceso de parto de cada mujer mediante la comunicación abierta, la escucha activa, el respeto por su cultura y sus valores, la promoción del autoconocimiento y la intuición. La atención individualizada ayuda al abordaje de problemas de forma precoz y permite sugerir los cambios pertinentes para mejorar la salud de la mujer.

A nivel emocional, la relación establecida con ella puede ser en sí misma terapéutica, o así debería serlo. El establecimiento de un vínculo de confianza facilita el descubrimiento y el trabajo de aspectos emocionales que afectan a todo el proceso de embarazo, parto y posparto, así como el vínculo con la criatura, la pareja y el resto de la familia. Por este motivo, es necesaria la exploración de aspectos psicológicos de una manera metódica durante las visitas (Fernández y Olza, 2020).

PROCESO DE DECISIÓN INFORMADA

Las mujeres y sus familias tienen derecho a tomar decisiones informadas con respecto a la maternidad y a la atención del bebé y tienen el deber de aceptar la responsabilidad personal de estas decisiones ([Ministerio de la Presidencia, Ley 41/2002](#)).

La verdadera toma de decisiones informadas se basa en el acceso de las mujeres a información veraz, actualizada y contrastada sobre los riesgos, los beneficios y las alternativas de todos los procedimientos que se les ofrecen. Las comadronas que proporcionan cuidados continuados tienden a ofrecer información más precisa, contrastada y variada ([Sandall et al., 2024](#); [ICM, 2024](#); [Larsson et al., 2019](#); [Davison et al., 2015](#)).

La realidad es que las mujeres escogen el lugar donde desean dar a luz en función de sus valores, sus creencias y sus experiencias vitales ([Coxon et al., 2017](#)) y a menudo la decisión de parir en casa es la consecuencia de una experiencia hospitalaria no satisfactoria previa ([Bernhard et al., 2014](#)), para evitar ser esa mujer de cada cuatro que recibe información coercitiva durante el parto, lo cual disminuye los niveles de satisfacción y aumenta el riesgo de depresión posparto ([Oelhafen, 2021](#)).

CONOCIMIENTOS DE LA COMADRONA. PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

La práctica de la obstetricia tiene sus raíces en un extenso conjunto de conocimientos y sabiduría colectiva sobre el embarazo y el parto que se han desarrollado a través de generaciones en todas las culturas.

El cuerpo de conocimientos continúa creciendo a medida que la investigación va aumentando la comprensión de la fisiología del parto y los factores que contribuyen a la salud de las mujeres. En la actualidad, afortunadamente, el número de investigaciones publicadas por comadronas está creciendo.

La excelencia de los cuidados de comadrona se nutre y justifica con evidencia científica de buena calidad ([ICM, 2024](#)), así como con la evaluación crítica de evidencia científica relevante que tiene en cuenta las limitaciones de otros métodos de investigación y de la aplicación apropiada de los resultados que se derivan ([Spencer, 2018](#); [Wright et al., 2011](#)).

La práctica basada en la evidencia consiste en informar a las mujeres sobre los resultados de las investigaciones para que cada una de ellas pueda utilizar esta información en la toma de decisiones sobre su embarazo y su parto, y que las comadronas podamos adaptar los cuidados a sus necesidades ([ICM, 2024](#); [McKenzie 2021](#); [Jenkinson et al., 2018](#)).

El parto en casa contribuye a preservar las habilidades, los conocimientos y las fuentes de conocimiento en relación con la práctica de la obstetricia que se deriva del cuidado personalizado ([Sosa et al., 2018](#); [Vedam et al., 2014](#)).

CONSULTA Y COLABORACIÓN CON OTROS PROFESIONALES

Lo ideal es que, en un sistema de atención a la maternidad, las mujeres que eligen el parto en casa y las comadronas que las atienden consulten y colaboren con otros profesionales que también valoran su autonomía y su toma de decisiones informadas.

A veces, es necesaria la transferencia de la atención a un hospital. La colaboración con el personal de obstetricia y neonatología es parte integral de la prestación de una atención sin fisuras que preserve los intereses de todas las madres y recién nacidos para que el cuidado que reciban tenga la mínima repercusión en sus niveles de satisfacción ([Sosa et al., 2018](#); [Geerts, 2017](#)).

La atención médica y el apoyo tecnológico deben ser de fácil acceso y siempre de una manera respetuosa. Para asegurar una atención segura y eficiente, las comadronas de parto en casa deberían seguir acompañando a las mujeres durante todo el proceso y mantener la continuidad de la atención a la madre, el bebé y la familia.

1.1. OBJETIVOS Y PROPÓSITOS DE LA GUÍA

1.1.1. Objetivos principales

- Establecer prácticas de acuerdo con la evidencia científica y la excelencia clínica de las comadronas.
- Promover la comunicación entre las mujeres, las familias y las comadronas.
- Promover el papel autónomo de la comadrona de acuerdo con sus competencias.
- Destacar el papel colaborativo dentro del equipo multidisciplinar cuando hay desviaciones de la normalidad.
- Reconocer a la comadrona como la profesional referente y más adecuada en todos los ámbitos de la vida reproductiva de la mujer sana.
- Sentar las bases para la implementación de protocolos de traslado y acogida entre los profesionales que atienden partos en casa, los servicios de emergencias y los centros hospitalarios.

1.1.2. Propósitos

- Informar y dar a conocer el parto en casa.
- Respetar el deseo de cada mujer y su pareja respecto a la elección del lugar, la compañía y la forma de parir, de acuerdo con el derecho de autonomía.
- Fomentar que la mujer y su pareja tomen las decisiones referentes a su salud y la de sus criaturas de forma activa, después de haber recibido información objetiva, veraz y contrastada según la evidencia científica más reciente.
- Consensuar criterios de actuación de las comadronas que asisten partos en casa de acuerdo con la evidencia científica más reciente.
- Restablecer la asistencia domiciliaria dentro de los presupuestos públicos.

1.2. METODOLOGÍA

Para la realización de esta guía se ha hecho una amplia búsqueda de la literatura científica y otros artículos de interés relacionados con la asistencia al parto domiciliario. Se han consultado las bases de datos Cochrane, Medline, CUIDEN, PUBMED y las guías de obstetricia de países con tradición de parto en casa como Reino Unido y Holanda. La bibliografía seleccionada comprende textos de amplia divulgación científica y está validada por organismos internacionales.

El periodo de revisión ha sido del año 2021 al 2025. La revisión ha sido realizada por un equipo de comadronas especializadas en la atención y promoción del parto en casa que se han reunido periódicamente para poner en común su experiencia y las últimas revisiones bibliográficas.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La elaboración de esta guía nace de una demanda social de participación de la mujer y su pareja en la elección del lugar del parto, así como del acceso a la información para la toma de decisiones.

Para las profesionales que han realizado esta guía es prioritario lograr un cuidado efectivo, sensible psicológicamente y apropiado culturalmente. Se busca, ante todo, asegurar una buena calidad de atención para la mujer y su criatura, una atención digna y atenta que reconoce la diferencia intrínseca de cada mujer, su libertad para decidir, su autonomía, unicidad y globalidad como ser biológico, psicológico, social y humano. Y el fundamento previo para iniciar una atención de estas características es reconocer el deseo y el derecho de elección de la mujer.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desempeñado un papel fundamental en la crítica del excesivo intervencionismo a lo largo del proceso del embarazo, parto y posparto. Desde el 1985 en la declaración de Fortaleza, y actualmente en las Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva, se afirma que las mujeres con gestaciones de bajo riesgo deberían poder dar a luz donde se sientan más seguras ([OMS, 2018](#)).

Invitamos a las autoridades y los organismos implicados en la atención a la salud reproductiva a ser consecuentes con la evidencia científica y las recomendaciones de la OMS, para tomar consciencia de la importancia de dar respuesta a las mujeres y familias que desean un parto extrahospitalario planificado. Las instituciones deberían reconocer la seguridad del parto en casa, que está directamente relacionada con el apoyo del sistema hospitalario y del establecimiento de protocolos y circuitos de derivación y traslado consensuados ([Alcaraz, 2021](#); [OMS, 2018](#)).

A todas las mujeres de bajo riesgo se les debería ofrecer la posibilidad de considerar la opción del parto domiciliario, así como darles acceso a la evidencia disponible, para que puedan tomar decisiones de forma responsable e informada ([NICE, 2023](#)).



2.

MODELO DE COMADRONA AUTÓNOMA

Una comadrona es una persona que ha completado con éxito un programa de formación en obstetricia reconocido por el Ministerio de Sanidad. Está colegiada y autorizada para ejercer como comadrona y demuestra su competencia en la práctica de la obstetricia ([ICM, 2023](#)).

El artículo 21 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias y el artículo 7 del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, definen a la comadrona como «*el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en sus facetas preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo así mismo la atención a la madre en el diagnóstico, el control y la asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo recién nacido sano, hasta el 28 día de vida. El ámbito de actuación de las comadronas abarca tanto la atención primaria (que incluye centros de salud, comunidad, familia y domicilio) como la atención especializada (que incluye el hospital u otros dispositivos dependientes del mismo). Además, las comadronas pueden ejercer su profesión en el sector público, en el privado, por cuenta ajena y por cuenta propia*» ([BOE, 2009](#)).

2.1. EL MODELO DE ATENCIÓN DE LA COMADRONA

Mundialmente, existe una amenaza palpable hacia la libertad de las comadronas para proporcionar modelos de atención profesionales a pesar del reconocimiento de que su labor mejora los resultados de salud materna y neonatal ([Sandall et al., 2024](#); [Homer et al., 2017](#)) y la satisfacción de las usuarias ([Mortensen et al., 2019](#); [Symon et al., 2019](#); [Forster et al., 2016](#)).

Un modelo de atención de comadrona parte de la base de que el embarazo, el parto y el posparto son acontecimientos normales de la vida para una madre y su bebé. Se centra en la mujer y en la creencia de que es muy importante la continuidad de la atención en cuanto al bienestar físico, psicológico, espiritual y social de ella y la familia durante todo el ciclo fértil ([ICM, 2024](#); [2023a](#)).

Un modelo de atención liderado por la comadrona proporciona a la madre educación individualizada, asesoramiento y atención prenatal, así como asistencia continuada durante el parto, el nacimiento y el puerperio y apoyo continuo durante el periodo posnatal.

Las intervenciones tecnológicas se reducen al mínimo y las mujeres que requieren de otras atenciones son derivadas apropiadamente. La comadrona tiene un papel central en la coordinación y la vinculación con otros profesionales de la salud ([ICM, 2024](#)).

Hay una cantidad creciente de evidencia que demuestra los beneficios de la atención ofrecida por comadronas: mayor satisfacción por parte de las mujeres, especialmente si hay continuidad de cuidados ([Mortensen et al., 2019](#); [Symon et al., 2019](#)), una mayor percepción de control y libertad de decisión y, en general, menos intervenciones médicas y mejores resultados maternos y perinatales ([Declercq et al., 2019](#); [Wiegerinck et al., 2018](#)). Existe una menor probabilidad de recibir analgesia regional, de tener parto instrumentado y de sufrir una episiotomía y mayor probabilidad de tener un parto vaginal espontáneo, así como de iniciar la lactancia materna exitosamente ([Sandall et al., 2024](#); [Reitsma, 2020](#); [Forster et al., 2016](#)).

La comadrona es la profesional más adecuada para cuidar de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto y de los bebés antes, durante y tras el nacimiento; por lo tanto, debería ser su profesional de referencia ([Karlström et al., 2015](#)). Los modelos de atención dirigidos y liderados por comadronas proporcionan atención segura y de alta calidad, por lo que se consideran los más adecuados para las mujeres en edad fértil. Por otro lado, es el modelo más rentable y sostenible ([ICM, 2024a](#); [Anderson y Gilkison, 2021](#); [Janssen et al., 2015](#)) en todas las sociedades.

2.2. LA COMADRONA QUE ASISTE PARTOS EN CASA

Las comadronas son profesionales preparadas y expertas en apoyar el parto fisiológico, de ahí la importancia de que sus conocimientos sean fomentados, protegidos y valorados como un bien de la sociedad para promover la salud. Por todo ello, es fundamental que el sistema de salud ofrezca guías de actuación, protocolos y modelos de cuidados que se comprometan a garantizar la normalidad del nacimiento, asegurando la libertad de elección de las mujeres ([ICM, 2024](#); [2023](#), [2023a](#), [2017](#)).

Las comadronas autónomas de ALPACC valoramos, mantenemos y desarrollamos nuestros conocimientos y habilidades en este modelo de normalidad del nacimiento y parto, y sabemos que las mujeres paren mejor allí donde se sienten más seguras.

Los cuidados ofrecidos a las embarazadas y sus familias deben tener en cuenta la individualidad cultural y social de cada mujer y sus necesidades específicas ([OMS, 2018](#)).

Muchos expertos llevan años hablando de la importancia del entorno en el parto, de la necesidad de la mujer de sentirse segura para parir mejor, de sus derechos de escoger el lugar donde dar a luz y la comadrona que desea que le dé apoyo, reconociendo el parto como un ritual de paso ([Reed, 2021](#); [OMS, 2018](#)). La mujer tiene el derecho a elegir cuál es el lugar más adecuado para el parto, ya sea su domicilio, una casa de nacimientos o un hospital.

Las mujeres tienen derecho a decidir de forma informada dar a luz en casa con el apoyo de una comadrona o equipo de comadronas ([NICE, 2023](#)). La comadrona que ofrece servicios profesionales para las mujeres en casa debería poder hacerlo dentro del sistema de salud público con acceso a seguros y una compensación adecuada ([ICM, 2017](#)).

La Confederación Internacional de Comadronas lamenta que no todos los países tengan los sistemas de legislación o de salud que apoyen el parto en casa planificado e insta a los Gobiernos nacionales a revisar la literatura científica y a iniciar el proceso hacia un sistema de atención a la maternidad que incluya esta opción ([ICM, 2023a](#); [2017](#)).

2.3. EXCELENCIA PROFESIONAL

Para lograr la excelencia al ofrecer el servicio de parto en casa, es imprescindible que haya sistemas y estructuras construidas y organizadas que den completo apoyo a este servicio.

Sería deseable la existencia de equipos multidisciplinares con protocolos consensuados que refuercen el compromiso con las decisiones informadas de las mujeres y, por ende, el compromiso con el apoyo al parto domiciliario. Estos equipos deberían desarrollar prácticas responsables mantenidas por decisiones clínicas efectivas.

Es esencial que la información que reciben las mujeres sobre los diferentes lugares donde parir no sea sesgada, de manera que haya transparencia sobre las ventajas y desventajas del parto en casa. Las mujeres deberían poder participar de forma activa en las diferentes opciones de atención recibida durante el embarazo ([ICM, 2024b](#)), por lo que tienen derecho a elegir o cambiar, en cualquier momento de su embarazo, el lugar donde quieren parir.

La planificación de un parto en casa debe tener en cuenta las necesidades individuales de cada mujer y su familia. La comunicación fluida y continua entre los profesionales de la salud, las mujeres y la familia es esencial en el modelo de comadrona autónoma que ofrece una atención continuada, independientemente del entorno.

Es necesario que la comadrona sepa identificar los riesgos, conozca y controle las acciones que deben llevarse a término ante estos y que cuente con sistemas y criterios adecuados para la derivación de la atención a un centro hospitalario, así como un sistema adecuado de traslado.

Para la mayoría de las mujeres, el embarazo y el parto son acontecimientos normales de la vida. Por esta razón, promocionar opciones de atención a la mujer donde ella tenga control sobre el entorno y las decisiones tomadas puede tener un efecto importante en la satisfacción de la vivencia de la maternidad, tanto por parte de la mujer como por parte de la familia.

La atención de una comadrona o equipo de comadronas que ofrece cuidados continuados durante el embarazo, parto y posparto conlleva ventajas en la promoción de la lactancia, la reducción en el consumo de sustancias tóxicas y en la mejora de la nutrición de la mujer, además de incrementar la satisfacción de esta ([Mortensen et al., 2019](#); [Symon et al., 2019](#); [Forster et al., 2016](#)).

2.4. COMPETENCIAS Y FORMACIÓN CONTINUADA

Las comadronas autónomas que atienden partos en casa deben ser competentes en este entorno y, por lo tanto, es imprescindible que mantengan, mejoren y actualicen sus conocimientos en obstetricia.

Las autoridades deberían responsabilizarse de proporcionar recursos para la adquisición de nuevas habilidades y conocimientos y para mantener los ya existentes. Todos ellos vinculados a la facilitación y observación fisiológica del parto y a la detección y actuación ante emergencias.

La formación continuada tendría que ser obligatoria e incluir teoría y manejo práctico de habilidades ante emergencias obstétricas y reanimación neonatal, puesto que ha demostrado mejorar las habilidades y las actuaciones ante dichos eventos ([Crofts et al., 2015](#); [Fransen et al., 2012](#)). ALPACC recomienda a las comadronas que se dedican a la atención domiciliaria la actualización anual en emergencias obstétricas y neonatales.

2.5. REGISTRO Y AUDITORÍAS

Para mantener unos estándares de excelencia en la atención a la mujer y su familia, es imprescindible realizar registros actualizados de toda la atención y los cuidados ofrecidos y llevados a cabo. Esto ayuda a conservar la objetividad a la hora de ofrecer la atención a la mujer, poder transferir la atención a otros profesionales de la salud de forma más fluida, completa y clara, y es de vital importancia para llevar a cabo auditorías.

Las auditorías deberían incluir datos tanto cuantitativos como cualitativos. Como mínimo, habría que tener en cuenta los resultados del parto en casa, las derivaciones y las intervenciones que se han realizado. También habría que añadir encuestas de satisfacción de las usuarias.



3.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Según la OMS, entre el 70 % y 80 % de las gestaciones deberían ser consideradas de bajo riesgo al inicio del trabajo de parto.

Las comadronas deben sentirse cómodas con la incertidumbre inherente al parto y es importante tener en cuenta que la percepción y la comprensión del concepto de riesgo puede ser muy variada tanto entre los profesionales de la salud como entre las mujeres ([Lee et al., 2019](#); [2016](#); [Plested, 2014](#); [Rothman, 2014](#)).

3.1. CRITERIOS CLÍNICOS BÁSICOS A PARTIR DE LOS CUALES SE PUEDE RECOMENDAR UN PARTO EN CASA

Inicio del parto espontáneo entre 37-42 semanas de gestación.

- Presentación cefálica.
- Hb ≥ 10 g/dl.
- IMC ≤ 30 al quedarse embarazada.
- Embarazo no múltiple.
- Historia clínica sin complicaciones relevantes.
- Historia obstétrica sin complicaciones.
- Sin signos ni síntomas relevantes relacionados con complicaciones del embarazo.



3.2. SITUACIONES EN LAS QUE NO SE ACONSEJA UN PARTO DOMICILIARIO

Las situaciones en las que el parto en casa a domicilio no está aconsejado son las siguientes:

3.2.1. Problemas de salud o enfermedades de base

Cardiovasculares:

- Enfermedad coronaria.
- Hipertensión arterial (HTA) de base.

Respiratorios:

- Asma que requiere tratamiento hospitalario.
- Fibrosis quística.

Hematológicos:

- Hemoglobinopatías: betatalasemia mayor, anemia falciforme.
- Patología tromboembólica.
- Trombocitopenia púrpura o plaquetas <100 000.
- Síndrome de Von Willebrand.
- Problemas de coagulación en la madre o el feto.
- Anticuerpos atípicos con riesgo de enfermedad hemolítica para el recién nacido.

Infecciosos:

- Hepatitis B o C con funciones hepáticas alteradas.
- Portadora o infectada por el VIH.
- Toxoplasmosis en tratamiento.
- Infección activa en el parto por varicela/rubeola/herpes genital.
- Tuberculosis en tratamiento.

Autoinmune:

- Lupus eritematoso sistémico.
- Esclerodermia.

Endocrinos:

- Hipertiroidismo no controlado.
- Diabetes insulino dependiente.

Renales:

- Función renal anormal.
- Enfermedad renal que requiere revisiones regulares de especialista.

Neurológicos:

- Epilepsia.
- Miastenia grave.
- Accidente cerebrovascular previo.

Gastrointestinales:

- Enfermedades hepáticas asociadas con un funcionamiento hepático anormal.

Psiquiátricos:

- Cualquier enfermedad mental que, durante la gestación, requiera ingreso hospitalario.

3.2.2. Historia obstétrica con factores de riesgo**Complicaciones previas:**

- Muerte perinatal previa relacionada con dificultades en el parto.
- Bebé previo con encefalopatía neonatal.
- Preeclampsia que requirió finalizar el parto pretérmino.
- Desprendimiento de placenta con resultados adversos.
- Eclampsia.
- Ruptura uterina.
- Acretismo placentario.

Embarazo actual:

- Embarazo múltiple.
- Placenta previa.
- Preeclampsia o hipertensión inducida por el embarazo.
- Parto prematuro o rotura espontánea de membranas (REM) pretérmino.
- Desprendimiento de placenta.
- Anemia: Hb <8,5 g/dl al inicio del parto.
- Muerte intrauterina confirmada.
- Parto inducido farmacológicamente.
- Abuso de sustancias.
- Alcoholismo que requiere tratamiento.
- Presentación nalgas o transversa.
- Metrorragia preparto recurrente.
- Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR).
- Anomalías en la frecuencia cardíaca fetal (FCF) / estudios Doppler.

3.3. SITUACIONES EN LOS QUE SE PODRÍA CONSIDERAR ATENDER DE FORMA INDIVIDUALIZADA

3.3.1. Situaciones médicas de base que se podrían considerar de forma personalizada

Cardiovascular:

- Enfermedades cardíacas que no implican riesgo intraparto.

Hematología:

- Anticuerpos atípicos que no pongan al bebé en riesgo de enfermedad hemolítica.
- Rasgo falciforme.
- Rasgo de talasemia.
- Anemia: hemoglobina entre 8,5-10,5 g/dl al inicio del parto, excepto si sintomatología.

Riesgo de infección:

- Hepatitis B o C con pruebas de función hepática normales.

Inmune:

- Trastornos no específicos del tejido conjuntivo.

Endocrino:

- Hipotiroidismo no controlado que requiere constante ajuste de medicación.
- Hipertiroidismo.

Esquelético/neuronal:

- Fracturas de pelvis (según valoración ginecológica).
- Deficiencias neurológicas.

Gastrointestinales:

- Enfermedad hepática sin función hepática alterada en la actualidad.
- Enfermedad de Crohn.
- Colitis ulcerosa.

3.3.2. Historia obstétrica con factores que sugieren un riesgo incrementado, pero se podrían considerar de forma personalizada

Historia ginecológica previa:

- Miomectomía.
- Histerotomía.
- Conización.

Complicaciones en gestaciones anteriores:

- Muerte fetal o neonatal.
- Preeclampsia a término.
- Desprendimiento de placenta con buenos resultados.
- Antecedente de bebé previo de >4500 g.
- Hemorragia posparto anterior.
- Retención de placenta que requirió extracción manual.
- Distocia de hombros.
- Cesárea.
- Desgarro extenso vaginal, cervical o perineal de tercer o cuarto grado.
- Bebé previo a término con ictericia que requirió exanguinotransfusión.

Embarazo actual:

- Un solo episodio de sangrado después de las 24 semanas de gestación, de origen desconocido, si se excluye placenta previa y desprendimiento de placenta
- IMC al inicio del embarazo superior a 30.
- Tensión arterial (TA) 140 mmHg/90 mmHg o más, en dos ocasiones.
- Clínica o eco con sospecha de macrosomía (>4500 g).
- Multiparidad más de cuatro partos.
- Uso de drogas recreativas.
- Patología psiquiátrica controlada.
- Edad >40 en el inicio del embarazo
- Diabetes gestacional no insulino dependiente.
- Pequeño para la edad gestacional (PEG)
- Oligohidramnios o polihidramnios moderado o leve.
- Anomalías fetales.

3.4. EL PARTO EN CASA EN EMBARAZOS QUE PRESENTAN ALGÚN FACTOR DE RIESGO

Según todas las guías internacionales y la evidencia científica más reciente, el parto en casa en mujeres con embarazos de bajo riesgo es una opción muy segura. Ocasionalmente, encontramos alguna mujer con algún factor de riesgo en su embarazo que quiere elegir el parto domiciliario como primera opción.

Algunos estudios realizados en Australia han indagado en las posibles explicaciones de por qué algunas mujeres con factores de riesgo buscan un parto en casa. Los resultados mostraron que dichas mujeres creen que dar a luz es un acontecimiento de la vida que en sí puede conllevar riesgos, que el hospital no es el lugar más seguro para parir y que las intervenciones e interrupciones del proceso del parto que se dan en los hospitales implican un incremento del riesgo ([Jackson et al., 2020](#)). Otros estudios publicados avalan estos resultados ([Black et al., 2016](#); [Keedle et al., 2015](#); [Maznin y Creedy, 2012](#)).

En la experiencia y la práctica clínica de las comadronas dedicadas al parto en casa se observa que hay un número significativo de mujeres que deciden parir en su domicilio tras haber sufrido anteriores experiencias traumáticas relacionadas con el proceso de maternidad en centros hospitalarios ([Holten et al., 2016](#)).

El concepto de riesgo es muy subjetivo. Este puede variar y tener diferentes dimensiones. A menudo, muchos de los factores catalogados de riesgo están basados en consenso, no en evidencia científica. Hay que señalar que existe poca evidencia científica referente al parto en casa en embarazos de alto riesgo.

Las guías aconsejan que estas mujeres den a luz en unidades obstétricas. Sin embargo, hay menos intervenciones obstétricas en los partos en casa en comparación con los partos hospitalarios, también en embarazos de alto riesgo ([Li et al., 2015](#)).

Los bebés de mujeres con embarazo de alto riesgo nacidos en hospital tienen más posibilidades de ser ingresados en unidades neonatales que los bebés nacidos en casa cuyas madres también eran catalogadas de alto riesgo ([Li et al., 2015](#)).

A pesar de estos resultados, no se pueden hacer cambios en las guías aún, pero sí es necesaria más investigación sobre el tema. Por lo tanto, sabemos que el parto en casa en mujeres con embarazo catalogado de alto riesgo no es la opción ideal, pero puede ser una opción que considerar. Es importante, pues, tener en cuenta dos aspectos fundamentales: el deseo de la madre y su elección versus el dilema profesional y ético de la comadrona.

En países donde el parto en casa está institucionalizado, existe la figura de la comadrona supervisora, la cual ofrece mecanismos de soporte y guía para todas las comadronas con el objetivo de proteger a las mujeres y sus bebés. Además, la comadrona supervisora ejerce de mediadora entre la mujer y las comadronas en aquellos casos donde existen dilemas éticos, defendiendo tanto los derechos de la mujer como los de las comadronas ([Parliamentary and Health Service Ombudsman, 2013](#)).

La mujer está amparada por la Ley de Autonomía del Paciente ([Ministerio de la Presidencia, 2002](#)). El Tribunal Superior de los Derechos Humanos de Europa reconoce, en el caso Ternovszky contra Hungría, que «el derecho al respeto por la vida privada incluye el derecho a elegir las circunstancias del parto» ([European Court of Human Rights, 2010](#)).

Por otro lado, la comadrona puede negarse a la atención en caso de no sentirse segura de acuerdo con el código ético de enfermería ([Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, 2013](#)). Si la comadrona tiene competencias y experiencia, puede atender a la mujer con la previa información sobre los riesgos y beneficios que puede comportar la decisión del parto en casa. La información proporcionada debe estar basada en evidencia científica actual, ser objetiva y explicada de forma comprensible para que la mujer pueda tomar una decisión informada y responsable de acuerdo con sus necesidades y velando por el bienestar de su salud y la de su bebé. Finalmente, las dos partes (profesional y mujer/pareja) deben firmar un consentimiento informado con todos los riesgos por escrito, tal como indica la legislación vigente..

Para finalizar, el hecho de que las mujeres puedan ser atendidas en casa por profesionales cualificadas es de vital importancia. Si desean firmemente dar a luz en su hogar, independientemente de sus circunstancias de riesgo, y se les niega la atención profesional, estaremos fomentando indirectamente los partos no asistidos o partos asistidos por personas no cualificadas, por tanto, poniendo en mayor riesgo a estas mujeres y bebés, además de incentivar el intrusismo en nuestra profesión.



CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA EL PARTO EN CASA (DURANTE EL EMBARAZO)

ENFERMEDADES DE BASE

SE PUEDE PARIR EN CASA

- Hipotiroidismo controlado con medicación.

CONSIDERAR INDIVIDUALMENTE SI ES NECESARIO TRASLADAR AL HOSPITAL

Cardiovascular:

- Enfermedades cardíacas que no implican riesgo intraparto.

Hematología:

- Anticuerpos atípicos que no pongan al bebé.
- en riesgo de enfermedad hemolítica.
- Rasgo falciforme.
- Rasgo de talasemia.
- Anemia: hemoglobina entre 8,5-10,5 g/dl a inicio del parto, excepto si sintomatología.

Riesgo de infección:

- Hepatitis B o C con pruebas de función hepática normales.

Inmune:

- Trastornos no específicos del tejido conjuntivo.

Endocrino:

- Hipotiroidismo no controlado que requiere constante ajuste de medicación.
- Hipertiroidismo controlado.

Esquelético/neuronal:

- Fracturas de pelvis (según valoración ginecológica).
- Deficiencias neurológicas.

Gastrointestinales:

- Enfermedad hepática sin función hepática alterada en la actualidad.
- Enfermedad de Crohn.
- Colitis ulcerosa.

Ginecología:

- Miomectomía.
- Histerotomía.
- Conización.

ES NECESARIO DERIVAR O TRASLADAR AL HOSPITAL

Cardiovasculares:

- Enfermedad coronaria.
- Hipertensión arterial (HTA) de base.

Respiratorios:

- Asma que requiere tratamiento hospitalario.
- Fibrosis quística.

Hematológicos:

- Hemoglobinopatías: betatalasemia mayor, anemia falciforme.
- Enfermedad tromboembólica.
- Trombocitopenia púrpura o plaquetas <100 000.
- Síndrome de Von Willebrand.
- Problemas de coagulación en la madre o el feto.
- Anticuerpos atípicos con riesgo de enfermedad hemolítica para el recién nacido.

Infecciosos:

- Hepatitis B o C con funciones hepáticas alteradas.
- Portadora o infectada por el VIH.
- Toxoplasmosis en tratamiento.
- Infección activa en el parto por varicela/rubeola/herpes genital.
- Tuberculosis en tratamiento.

Autoinmune:

- Lupus eritematoso sistémico.
- Esclerodermia.

Endocrinos:

- Hipertiroidismo no controlado.
- Diabetes insulín dependiente.

Renales:

- Función renal anormal.
- Enfermedad renal que requiere revisiones regulares de especialista.

Neurológicos:

- Epilepsia.
- Miastenia grave.
- Accidente cerebrovascular previo.

Gastrointestinales:

- Enfermedades hepáticas asociadas con un funcionamiento hepático anormal.

Psiquiátricos:

- Cualquier enfermedad mental que durante la gestación requiera ingreso hospitalario.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA EL PARTO EN CASA (DURANTE EL EMBARAZO)

HISTORIA OBSTÉTRICA

SE PUEDE PARIR EN CASA	CONSIDERAR INDIVIDUALMENTE SI ES NECESARIO TRASLADAR AL HOSPITAL	ES NECESARIO DERIVAR O TRASLADAR AL HOSPITAL
	• Muerte fetal o neonatal. • Preeclampsia. • Desprendimiento de placenta con buenos resultados. • Antecedente de bebé previo de >4500 g. • Desgarro extenso vaginal, cervical o perineal de tercer o cuarto grado. • Bebé previo a término con ictericia que requirió exanguinotransfusión. • HPP anterior. • Retención de placenta que requirió extracción manual. • Distocia de hombros. • Cesárea.	• Muerte perinatal previa relacionada con dificultades en el parto. • Bebé previo con encefalopatía neonatal. • Desprendimiento de placenta con resultados adversos. • Ruptura uterina.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA EL PARTO EN CASA (DURANTE EL EMBARAZO)

EMBARAZO ACTUAL

SE PUEDE PARIR EN CASA	CONSIDERAR INDIVIDUALMENTE SI ES NECESARIO TRASLADAR AL HOSPITAL	ES NECESARIO DERIVAR O TRASLADAR AL HOSPITAL
• Inicio del parto espontáneo entre 37-42 semanas de gestación. • Presentación cefálica. • Hb $\geq$ 10 gr/dl. • IMC $\leq$ 30 Kg/m² al quedarse embarazada. • Embarazo no múltiple. • Historia clínica sin complicaciones relevantes. • Historia obstétrica sin complicaciones. • Sin signos ni síntomas relevantes relacionados con complicaciones del embarazo. • Estreptococo B positiv.	• Un solo episodio de sangrado después de las 24 semanas de gestación, de origen desconocido, si se excluye placenta previa y desprendimiento de placenta. • IMC al inicio del embarazo de 30-35 kg/m². • TA 140 mmHg / 90 mmHg en dos ocasiones. • Clínica o eco con sospecha de macrosomía (>4.500gr. • Multíparidad más de 4 partos. • Patología psiquiátrica controlada. • Edad >40 en el inicio del embarazo. • Embarazo postérmino con controles de bienestar fetal normales.	• Embarazo múltiple. • Placenta previa. • Preeclampsia o hipertensión inducida por el embarazo. • Parto prematuro o rotura espontánea de membranas (REM) pretérmino. • Desprendimiento de placenta. • Anemia: Hb <8,5 g/dl al inicio del parto. • Parto inducido farmacológicamente. • Abuso de drogas recreativas. • Alcoholismo que requiere tratamiento. • Presentación nalgas o transversa. • Metrorragia preparto recurrente. • CIR. • Estudio Doppler alterado. • Ologohidramnios o polihidramnios severos.

CRITERIOS DE TRASLADO INTRAPARTO

FACTORES MATERNOS

SE PUEDE PARIR EN CASA	CONSIDERAR INDIVIDUALMENTE SI ES NECESARIO TRASLADAR AL HOSPITAL	ES NECESARIO DERIVAR O TRASLADAR AL HOSPITAL
- Hb $\geq$ 10 gr/dl. - Constantes vitales normales. - IMC $\leq$ 30 Kg/m² al quedarse embarazada. - Embarazo no múltiple. - Historia clínica sin complicaciones relevantes. - Historia obstétrica sin complicaciones.	- Diabetes Gestacional bien controlada. - Embarazo postérmino con controles de bienestar fetal normales.	- Fiebre. - Pulso >120ppm en dos ocasiones en intervalo de 30 min. - TA elevada $> 140/90$mmHg, sea sistólica o la diastólica, en 2 lecturas consecutivas en intervalo de 30min. - TA elevada en una sola lectura de $\geq / > 160/110$mmHg. 2+ de proteína en orina con TA elevada $> 140/90$mmHg, sea sistólica o diastólica. - Placenta previa. - Hipertensión o sospecha de preeclampsia. - Preeclampsia confirmada. - Presencia de dolor anormal. - Pérdida sanguínea anormal. - Petición materna de epidural. - Petición materna de traslado. - Retención urinaria postparto.

FACTORES FETALES

SE PUEDE PARIR EN CASA	CONSIDERAR INDIVIDUALMENTE SI ES NECESARIO TRASLADAR AL HOSPITAL	ES NECESARIO DERIVAR O TRASLADAR AL HOSPITAL
- Presentación cefálica. - MMFF normales. - Palpación abdominal norma. - FCF normal en AI. - FCF diferenciable del pulso materno.		- Prematuridad: menos de 37 sg. - Embarazo múltiple. - Malpresentación. - Necesidad de CTG: FCF anormal en auscultación intermitente. - Movimientos fetales reducidos o inexistentes. - Meconio tipo III o II, o meconio que no se regenera. - APGAR <7 a los 5', o reanimación prolongada.

FACTORES DEL PARTO

SE PUEDE PARIR EN CASA	CONSIDERAR INDIVIDUALMENTE SI ES NECESARIO TRASLADAR AL HOSPITAL	ES NECESARIO DERIVAR O TRASLADAR AL HOSPITAL
- Inicio del parto espontáneo entre 37-42 semanas de gestación. - REM $<de$ 72h al inicio del parto activo, con manejo expectante correcto, atendido por comadrona - Presencia de meconio tipo I que se aclara con el tiempo y en ausencia de otros factores de riesgo.	Meconio Tipo II que se aclara con el tiempo y en ausencia de otros factores de riesgo.	- Partos estacionados en cualquier fase. - Emergencia obstétrica: hemorragia ante-parto, prolapso de cordón, hemorragia posparto, colapso materno, retención de placenta. - Desgarro de tercer o cuarto grado o cualquier trauma perineal complicado que no pueda ser reparado en el domicilio.

4.

SEGUIMIENTO DE LA GESTACIÓN



El acompañamiento y la asistencia continuada por parte de matronas durante la gestación, parto y posparto se asocian con mayores niveles de satisfacción, menor índice de intervenciones y resultados similares en cuanto a morbi-mortalidad neonatal y materna ([Sandall et al., 2024](#); [Floris et al., 2018](#)).

La matrona ve el embarazo como un proceso fisiológico que forma parte de la vida sexual, reproductiva y afectiva de la mujer. Esta ha de ser adecuadamente informada sobre los beneficios, riesgos y contraindicaciones de cualquier valoración, intervención o procedimiento que se le ofrezca para poder tomar una decisión basada en la información recibida. Y tiene derecho a declinar cualquier intervención ofrecida ([NICE, 2021, 2021a](#)).

4.1. OBJETIVOS

- Conocer las condiciones biopsicosociales de la mujer.
- Detectar la desviación de la normalidad en el proceso de gestación para su corrección o transferencia del cuidado si es necesario.
- Atender y acoger los deseos de la mujer y su pareja y ayudarlos a generar expectativas alcanzables.
- Atender a la mujer desde un enfoque holístico.
- Propiciar un ambiente de confianza e intimidad para la mujer, su pareja y acompañantes, donde puedan expresar sus emociones, temores y deseos.

4.2. RECOMENDACIONES

- Aportar información completa, veraz y no sesgada sobre los cuidados, atenciones y controles de la gestación cuando esta es única y catalogada de bajo riesgo.
- La buena comunicación entre los profesionales sanitarios y las mujeres es esencial y debería estar sustentada en información escrita y culturalmente apropiada.
- Establecer el diálogo necesario que permita a las mujeres tomar decisiones informadas y basadas en sus deseos, necesidades y circunstancias biopsicosociales con relación a sus cuidados.

Este diálogo ha de permitir la discusión de cualquier aspecto referente a su cuidado con los profesionales de salud involucrados.

- Tratar siempre a las mujeres, sus parejas y familias con amabilidad, respeto y dignidad.
- Las opiniones, creencias y valores de la mujer, su pareja y familia que están relacionados con el cuidado de la madre y su bebé deben ser tenidos en cuenta y respetados en todo momento ([Ministerio de la Presidencia, 2002](#)).
- Facilitar a las mujeres, sus parejas u otros miembros de la familia el apoyo emocional que necesiten.
- Promover una vivencia lo más satisfactoria posible.

4.3. ACTUACIÓN Y CUIDADOS

Se recomienda mantener un seguimiento mediante visitas periódicas durante todo el embarazo ([NICE, 2021a](#); [Dowswell et al., 2015](#)).

Es aconsejable realizar las visitas necesarias para construir un vínculo entre la comadrona, la mujer y su familia con el fin de establecer una relación de confianza mutua que nos permita evaluar aspectos biopsicosociales, sus necesidades, deseos, miedos y expectativas, así como el apoyo o rechazo del entorno cercano acerca de su opción de parto en casa.

La evaluación de los criterios de normalidad será continua en todas las visitas ([FAME, 2022](#)) y durante el parto ([NICE, 2023](#)).

Primera visita

- Planificar el número de visitas que se realizarán durante el seguimiento de la gestación y adecuarlas a las necesidades particulares de cada gestante y su pareja. Generalmente, se realiza una visita mensual a partir de la primera visita, ya sea en consulta o en el domicilio de la familia. A partir de la semana 37 aumenta la frecuencia de la atención por parte de las comadronas.
- Realizar la anamnesis e historia clínica de la gestante.
- Facilitar la documentación necesaria para iniciar la asistencia (listado de material, consentimiento informado, contrato, historia clínica, documento de protección de datos, plan de nacimiento, etc.).
- Valorar el estado de salud materno-fetal:
 - ✓ Medidas antropométricas: talla y peso, IMC ([NICE, 2021a](#)).
 - ✓ Tensión arterial (TA).
 - ✓ Exploración de extremidades: varices, edemas, etc.
 - ✓ Estática fetal, frecuencia cardíaca fetal (FCF), movimiento fetal (MF) y crecimiento uterino.

- Informar sobre las pruebas habituales del control de la gestación y establecer un diálogo que permita la decisión de su pertinencia o no.
- Valorar las pruebas realizadas hasta el momento, principalmente analíticas y ecografías.
- Ofrecer educación sanitaria: consejos del estilo de vida (nutrición y dieta, ejercicio físico, suplementación, entre otras).
- Fomentar la participación en las sesiones de preparación al parto y grupos de apoyo a la lactancia materna.
- Impulsar la confianza de la mujer en su propio potencial, facilitando recursos sin generar falsas expectativas.
- Mantener el centro de atención y el protagonismo en la mujer, la criatura y su pareja en todo momento.
- Promover la decisión informada, facilitando información basada en evidencia objetiva, veraz y contrastada.
- Realizar una valoración del estado psicológico y emocional de la gestante. En el contexto de una relación profesional significativa, la entrevista resulta ser la manera más conveniente para su valoración, ya que permite construir un vínculo o relación de confianza y seguridad. Puede ser útil:
 - ✓ Utilizar preguntas abiertas y escucha activa, con el objetivo de facilitar el relato espontáneo y confidencial.
 - ✓ Explorar los antecedentes personales y familiares referentes a la salud mental.
 - ✓ Explorar el propio nacimiento. Valorar el contexto psicosocial, la satisfacción en la relación de pareja si la hay, las cargas familiares, presencia o antecedentes de violencia en las relaciones...
 - ✓ Valorar la existencia de apoyo del entorno próximo.
 - ✓ Preguntar si hay agentes estresantes (duelos no resueltos de familiares y animales de compañía, abortos, enfermedades, miedos, entre otros...).
 - ✓ Valorar el estado psíquico actual: indagar sobre la conducta alimentaria, sueño, abuso de sustancias tóxicas o psicofármacos.

Visitas de seguimiento

- Actualizar la historia clínica.
- Valorar los parámetros físicos de salud materno-fetal:
 - ✓ Tensión arterial (TA).
 - ✓ Exploración de extremidades: edemas, varices...
 - ✓ Estática fetal, frecuencia cardíaca fetal (FCF), movimiento fetal (MF) y crecimiento uterino.
- Hacer un seguimiento de las analíticas y ecografías realizadas.
- Elaborar de forma consensuada el plan de parto.
- Promover la decisión informada, ofreciendo información basada en evidencia objetiva, veraz y contrastada.
- Realizar una valoración psicológica:
 - ✓ Valorar la adaptación al embarazo.
 - ✓ Analizar la relación con su propio cuerpo y su imagen.
 - ✓ Estudiar la relación con los progenitores para acompañar en la elaboración del papel materno y del vínculo materno-filial.
 - ✓ Explorar la historia y, si aparecen abusos o experiencias traumáticas, sugerir ayuda psicológica profesional.
 - ✓ Valorar las representaciones maternas. El papel como madre de la criatura que espera.
 - ✓ Revalorar el estado psíquico.



Visita de reconocimiento del domicilio

La visita en el domicilio se realiza aproximadamente un mes antes de la fecha probable de parto para facilitar su ubicación. Se aconseja que en esta visita estén presentes todos los acompañantes que la familia haya elegido.

Incluye los siguientes aspectos:

- Valoración de las condiciones de higiene, temperatura y acceso.
- Comprobación de la presencia y ubicación del material necesario para el parto.
- Revisión del plan de parto.
- Conocimiento de los acompañantes que la gestante haya elegido.
- Definición de los papeles que la gestante espera de cada uno de los acompañantes, sobre todo en lo que respecta a la adjudicación de tareas, ayudas y apoyos.
- Obtención de la firma del consentimiento informado para la atención al parto en casa si no se ha obtenido previamente.
- Explicación de cuándo y cómo contactar con la comadrona.
- Establecimiento del tiempo estimado de llegada de la comadrona y lugar donde se dejará el material.
- Fijar los cuidados y atención al bebé deseados en el nacimiento y el posparto inmediato (vitamina K, piel con piel...).
- Información a la mujer y a la pareja sobre los signos y síntomas que indican el inicio del trabajo de parto y signos de alarma.
- Establecimiento de un plan de traslado.
- Comprobación de que todos los informes clínicos, documentos y útiles personales y de la criatura estén preparados por si fuera necesario un traslado al hospital.
- Actualización de la historia clínica.
- Valoración de los parámetros físicos de salud materno-fetal:
 - ✓ Tensión arterial (TA).
 - ✓ Exploración de extremidades: edemas, varices...
 - ✓ Estática fetal, frecuencia cardíaca fetal (FCF), movimiento fetal (MF) y crecimiento uterino.
- Valoración del seguimiento y control analítico y ecográfico.

- Valoración psicológica:
 - ✓ Facilitar la expresión de las expectativas, miedos y deseos para ayudar a una visión realista del proceso.
 - ✓ Anticiparnos a la frustración, hablar de un posible traslado.
 - ✓ Valorar la necesidad de elaborar un plan de parto y cesárea.
 - ✓ Evaluar el conocimiento sobre las complicaciones más habituales y explicar las líneas de actuación en caso de que aparezcan.
 - ✓ Propiciar la reflexión sobre la posibilidad de un problema grave con consecuencias de daño permanente o muerte.



5.

ASISTENCIA AL PARTO



El nacimiento de una criatura es un proceso trascendental para la familia. El parto, además de ser un acto fisiológico, es un proceso que tiene un importante impacto emocional ([FAME, 2022](#)).

Las adaptaciones fisiológicas y psicológicas que facilitan y optimizan el resultado del parto para la madre y la criatura promueven la salud y el bienestar de ambos a largo plazo, al estimular la interacción y el vínculo ([Olza et al., 2020](#)).

Los mecanismos oxitocinérgicos que controlan la fisiología del proceso de nacimiento también contribuyen a las experiencias psicológicas subjetivas del parto ([Olza et al., 2020](#)). La oxitocina endógena influye en la conducta y emociones de la madre (proporciona bienestar y sentimientos de seguridad, disminución del dolor, el miedo y el estrés) y estimula las conductas de interacción social. La experiencia positiva durante el parto promueve una transición óptima hacia la maternidad. La OMS define una experiencia de parto positiva como «una que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer e incluye dar luz a una criatura sana en un entorno clínico y psicológicamente seguro con continuidad de atención y apoyo emocional» ([OMS, 2018](#)).

El sistema de oxitocina y el sistema de estrés actúan de forma independiente y antagonista durante el trabajo de parto ([Uvnäs-Moberg et al., 2019](#)).

El soporte emocional y la estimulación táctil activan la liberación de oxitocina, disminuyendo así los niveles de estrés. Cuando estos niveles son demasiado elevados, la capacidad amortiguadora de la oxitocina puede ser insuficiente ([Uvnäs-Moberg y Petersson, 2022](#)).

5.1. OBJETIVO

El objetivo es fomentar que el parto y el nacimiento sean una experiencia saludable, segura y satisfactoria para la madre, el bebé y la familia.

5.2. RECOMENDACIONES

- Asistir a las mujeres y a sus criaturas con respeto, asegurándonos de que las madres toman sus propias decisiones y están involucradas en lo que está sucediendo. La forma en cómo se cuida de la mujer es clave para que esto sea posible.
- Construir una relación de confianza mutua con la mujer: conocer sus deseos y expectativas para el parto, ser capaces de adaptarnos a necesidades cambiantes y explicar con claridad y en detalle el papel de la comadrona durante las distintas fases del parto y también en caso de actuaciones o emergencias.
- Cuidar el lenguaje corporal y las palabras utilizadas, debido a la influencia que puedan ejercer sobre su percepción de normalidad y seguridad del proceso.
- Recordar que las comadronas somos invitadas en la casa de la embarazada y por ello hemos de mantener siempre un papel secundario, de gran discreción, para promover y preservar la intimidad de la mujer y su familia y el buen desarrollo fisiológico, basado en un equilibrio óptimo hormonal, que es fácilmente alterable.
- Pedir siempre permiso y obtener el consentimiento de la mujer antes de llevar a cabo cualquier procedimiento o exploración. Idealmente, se debería haber explicado antes del parto para que ese día el uso del lenguaje se limite a lo mínimo y la mujer no deba estar alerta ni se sorprenda por ninguna actividad de la comadrona.
- Hay que propiciar que la mujer reciba el soporte físico, emocional y logístico que necesite del acompañante de su elección.

5.3. ACTUACIONES Y CUIDADOS

5.3.1. Parto o fase latente

La forma en que la mujer vive esta fase puede tener un gran impacto en la duración del parto. A menudo, las expectativas difieren de la experiencia real en esta etapa, lo que demuestra que es importante individualizar los cuidados ([Grylka-Baeschlin y Mueller, 2023](#)). Sus vivencias pueden diferir de lo leído y escuchado de familiares y amigas y en clases de preparación al parto ([Edmonds et al., 2018](#)).

Un diagnóstico precoz del trabajo de parto puede derivar en un agotamiento tanto materno como de las comadronas y en un aumento de los estados de inquietud y ansiedad, que a su vez incrementan la percepción del dolor. Ello puede dejar a las mujeres desmoralizadas, exhaustas, con una percepción más negativa de la experiencia del parto ([Ängeby et al., 2019](#)). Es posible que una situación así concluya fácilmente con un traslado hospitalario, lo que incrementa las posibilidades de intervenciones médicas innecesarias ([Seravalli et al., 2022](#); [NICE, 2023](#); [Rota et al., 2018](#); [Ängeby et al., 2019](#)).

Durante la fase latente (especialmente si esta es larga), las mujeres necesitan más apoyo psicológico y físico, ya sea telefónico o presencial ([Ängeby et al., 2015](#)).

Según la guía [NICE de 2023](#), la fase latente es un periodo que puede ser discontinuo en el cual:

- Hay contracciones dolorosas.
- Hay algún cambio cervical, incluido el borrado y la dilatación hasta los 4 cm.
- Ante la aparición de cualquier signo o sintomatología de inicio de parto, la mujer o quien la acompañe se pondrá en contacto con la comadrona por teléfono, como previamente se habrá acordado.
- Tras el asesoramiento y la acogida telefónica inicial, y de acuerdo con la información recibida, la comadrona propone el momento adecuado de desplazamiento al domicilio.
- Una vez allí, la comadrona, realizará la valoración inicial.

Las actuaciones que reducen el miedo y la angustia de una mujer le permiten ahorrar energía, que será necesaria para el parto ([NICE, 2019](#)).

Debemos escuchar a la mujer y tener en cuenta sus preferencias y necesidades emocionales y psicológicas ([FAME, 2022](#)) y sugerir la interacción social, el cuidado y preparación del entorno ([Olza et al., 2018](#)).

Además, tenemos que recomendar que continúen con sus rutinas habituales, priorizando el descanso, y reconocer su alegría y emoción por el inicio del proceso.

Valoración inicial

- Revisión de datos clínicos.
- Comprobación del material de parto y de traslado.
- Descripción de las circunstancias del inicio del parto: comienzo de las contracciones, duración e intensidad, si hay rotura de bolsa o no, etc.
- Valoración del estado integral de la mujer.
- Análisis del entorno de la mujer y si este coincide con sus deseos y sus necesidades tanto fisiológicas como emocionales.
- Revisar el plan de parto, que se debería haber comentado durante el embarazo, y también si hay factores específicos o inesperados que puedan preocupar a la mujer.
- Exploración física:
 - ✓ Toma sistemática de las constantes vitales (tensión arterial, pulso y temperatura).
 - ✓ Valoración del bebé intrauterino:
 - Preguntar sobre el movimiento fetal (MF) en las últimas 24 h.
 - Palpar abdomen: altura uterina, estática fetal, situación, posición, presentación y grado de encajamiento.

- Registrar la duración, frecuencia e intensidad de las contracciones.
 - Se debe iniciar auscultación intermitente siempre al primer contacto con la mujer y cada vez que se valore si ha empezado el trabajo de parto ([NICE, 2023](#)).
 - Valorar la línea base de la frecuencia cardíaca fetal (FCF), auscultando por lo menos durante 1 minuto entre contracciones, con el bebé en reposo. Registrarlo con una sola cifra.
 - Auscultar durante un periodo de movimiento fetal para confirmar la presencia de aceleraciones en la FCF.
 - Auscultar inmediatamente después de una contracción para excluir desaceleraciones ([NICE, 2022](#); [Maude et al., 2016, 2014](#); [ACNM, 2015](#)).
 - Tomar el pulso materno siempre si sospechamos de anomalías en la FCF para diferenciarlas ([NICE, 2022](#); [Maude et al., 2016, 2014](#); [ACNM, 2015](#)).
- ✓ Realizar exploración vaginal, previo consentimiento de la mujer, si la comadrona lo considera necesario o ante la petición materna. Si se realiza, es importante cuidar al máximo las medidas de higiene y debe realizarse de la manera más suave, afable y menos perturbadora posible. Hay que utilizar guantes estériles en caso de rotura de membranas.

RECOMENDACIONES PARA LA FASE LATENTE

- Aconsejar a la madre que continúe su vida normal, que se nutra, se hidrate y descanse, especialmente de noche. Debemos informarle de que el parto se produce espontáneamente y de que es importante conseguir el mejor cuidado de sí misma para tener los niveles energéticos necesarios para que el parto se desencadene (descanso, nutrición, hidratación), así como la conveniencia de dejar fluir sus sentimientos y su cuerpo.
- Informar de que es una fase preparatoria, por lo que es mejor no agotar la energía física y emocional que va a ser necesaria para el trabajo de parto.
- Sugerir medidas para aliviar molestias: deambulación, balanceo de la pelvis en pelota de pilates, calor local en zona lumbar, baño caliente o ducha que la ayude a acomodarse a sus sensaciones.
- Procurar un entorno y un ambiente tranquilos que permitan a la madre relajarse y concentrarse en su proceso, sin exceso de personas o estímulos a su alrededor.

Con la valoración inicial, la comadrona realiza el diagnóstico de parto activo. Si se confirma que este ha comenzado, la comadrona permanecerá en el domicilio para el control, la asistencia y el acompañamiento del parto en casa. En caso de que no se confirme, si la gestante se encuentra en fase latente, se le darán las recomendaciones necesarias y se mantendrá el contacto telefónico hasta realizar una nueva valoración.

5.3.2. Fase de dilatación o fase activa

Hay una gran variabilidad en la duración de los partos. Algunas mujeres necesitan mucho tiempo para dilatar y parir y otras muy poco. Un parto largo no es patológico ([He et al., 2023](#); [Souza et al., 2018](#)).

Durante esta fase se produce la completa abertura del cuello uterino hasta su máxima dilatación. Se considera el inicio del parto a partir de los 4 cm de dilatación, que es cuando el proceso adquiere mayor intensidad y regularidad. Finaliza con la dilatación completa (a los 10 cm) y el inicio de los pujos espontáneos. Al mismo tiempo, se produce el descenso, la rotación y el encajamiento de la presentación fetal. El objetivo de cuidado en esta fase es mantener el bienestar materno-fetal y proporcionar los cuidados de salud adecuados, el apoyo emocional y la información necesaria.

Las mujeres que reciben un apoyo continuado tienen niveles más bajos de cortisol durante la primera y la segunda fase del parto. Este hecho se relaciona con un trabajo de parto activo más corto y menos cesáreas ([Stjernholm et al., 2021](#)).

La forma en que las comadronas se relacionan con embarazadas en trabajo de parto influye enormemente en la experiencia de las mujeres. Estas hablan de cuidado, consideración, comprensión, confianza, empatía, ternura, amabilidad, tranquilidad y paciencia para describir tanto a la comadrona como los sentimientos involucrados en una experiencia positiva de parto ([NICE, 2023](#)).

Las mujeres desean sentirse seguras, cómodas y poder ser ellas mismas, por lo tanto, hay que tratar a todas las mujeres en trabajo de parto con respeto, procurando que sientan que tienen el control y que están involucradas en lo que está pasando, por eso es necesario establecer una relación con cada una de ellas, conocer sus deseos y expectativas y ser conscientes de la importancia del tono, el lenguaje y la conducta que el profesional utiliza. Las mujeres aprecian la comunicación y una actitud positiva que les aporte tranquilidad para aliviar la angustia ([FAME, 2022](#)).

En esta fase, la mayor parte de las mujeres disminuye su interacción con el exterior para enfocarse en su mundo interno y crece la necesidad de apoyo. Las comadronas han de facilitar que expresen sus necesidades y preferencias y responderemos a sus preguntas.

Muchas embarazadas valoran muy positivamente el contacto relajante, como darles la mano, el masaje y la presión ([Bohren et al., 2017](#)).

Teniendo en cuenta que el parto forma parte de la sexualidad femenina, es importante favorecer un entorno íntimo. La comadrona está presente. No se trata de hacer, sino de estar ([De Jonge et al., 2021](#)).

Valoración inicial

Se considera que se ha iniciado el parto activo cuando hay actividad uterina regular intensa y dolorosa con dos o más contracciones en 10 minutos y además hay dilatación cervical progresiva a partir de los 4 cm ([NICE, 2023](#)).

Si tras la valoración inicial la comadrona confirma el diagnóstico de parto activo, permanecerá en el domicilio e iniciará los cuidados y la asistencia al proceso.

Hay que llevar a cabo una evaluación de riesgos. La madre debe saber que esta evaluación forma parte de un proceso continuado ([NICE, 2023](#); [2022](#)).

- Valoración materna:
 - ✓ Registrar la duración, frecuencia e intensidad de las contracciones.
 - ✓ Observar cómo maneja las contracciones y qué estrategias de confort está usando.
 - ✓ Anotar sus constantes vitales, presencia de sangre, tapón mucoso o líquido amniótico (LA): cantidad y color.
- Valoración del bebé intrauterino:
 - ✓ Preguntar sobre movimiento fetal (MF) en las últimas 24 horas.
 - ✓ Palpar abdomen: altura uterina, estática fetal, situación, posición, presentación y grado de encajamiento.
 - ✓ Registrar la duración, frecuencia e intensidad de las contracciones.
 - ✓ Iniciar auscultación intermitente siempre al primer contacto con la mujer y cada vez que se valore si ha empezado el trabajo de parto ([NICE, 2023](#); [2022](#)).
 - ✓ Valorar la línea base de la frecuencia cardíaca fetal (FCF), auscultando por lo menos durante 1 minuto entre contracciones, con el bebé en reposo. Anotarlo con una sola cifra.
 - ✓ Auscultar durante un periodo de movimiento fetal para confirmar la presencia de aceleraciones en la FCF.
 - ✓ Auscultar inmediatamente después de una contracción para excluir desaceleraciones ([NICE, 2022](#); [Maude et al., 2016, 2014](#); [ACNM, 2015](#)).
 - ✓ Tomar el pulso materno si sospechamos de anomalías en la FCF para diferenciarlas ([NICE, 2022](#); [Maude et al., 2016, 2014](#); [ACNM, 2015](#)).

RECOMENDACIONES EN LA FASE ACTIVA DE TRABAJO DE PARTO

Es posible que, durante el proceso de parto activo, la dinámica uterina disminuya o incluso desaparezca. Se trata de pausas fisiológicas que pueden ser de duración variable (Weckend et al., 2024; 2022).

- Mantener un entorno adecuado para la mujer y preservar las medidas de higiene:
 - ✓ La habitación ha de estar limpia, bien ventilada, con temperatura adecuada. El material debe estar accesible. Es necesario tener alimentos y bebidas para satisfacer las necesidades de la madre.
 - ✓ Evitar distracciones y estímulos externos. Explicar a los acompañantes la importancia de mantener un ambiente agradable y tranquilo y respetar la intimidad de la mujer.
- Controlar el bienestar fetal con auscultación intermitente mediante un Doppler fetal o un estetoscopio de Pinard (NICE, 2022; OMS, 2018).
 - ✓ Iniciar auscultación intermitente siempre al primer contacto con la mujer y cada vez que se valore si ha empezado el trabajo de parto (NICE, 2022).
 - ✓ Observar y anotar cómo es la DU cada 30 minutos.
 - ✓ Al inicio, valorar la línea base de la frecuencia cardíaca fetal (FCF), auscultando por lo menos durante 1 minuto entre contracciones, con el bebé en reposo. Anotarlo con una sola cifra.
 - ✓ Al inicio, auscultar durante un periodo de movimiento fetal para confirmar la presencia de aceleraciones en la FCF.
 - ✓ Al inicio, auscultar inmediatamente después de una contracción para excluir desaceleraciones (NICE, 2022; Maude et al., 2016, 2014; ACNM, 2015).
 - ✓ La auscultación intermitente, una vez que la mujer está en trabajo de parto activo, se realiza cada 15 minutos. Se ausculta inmediatamente después de una contracción para excluir desaceleraciones (NICE, 2022; OMS, 2018; Maude et al., 2016, 2014; ACNM, 2015).
 - ✓ Tomar el pulso materno cada hora (NICE, 2022) y siempre que sospechemos de anomalías en la FCF para diferenciarlas (NICE, 2022; ACNM, 2015).
 - ✓ Aumentar la frecuencia de auscultación cuando se considere adecuado (NICE, 2022).

- ✓ Auscultar la FCF:
 - Al primer contacto con la mujer.
 - Después de rotura espontánea de membranas (REM).
 - Antes y después de tacto vaginal.
 - Ante hipertonía uterina.
 - Ante un traslado.
- En todo momento la comadrona mantendrá una actitud expectante y de respeto al proceso fisiológico y no realizará ningún tipo de intervención innecesaria, como amniorrexis artificial, estimulación con oxitocina o prostaglandinas. Si alguno de estos procedimientos fuera necesario por falta de evolución del parto, se valorará la necesidad de traslado al centro hospitalario.
- Durante todo el proceso la comadrona debe mantener registros detallados, objetivos y contemporáneos de todo lo que suceda. Recomendamos registrar como mínimo:
 - ✓ Línea base de FCF: cada 15 min.
 - ✓ Presencia/ausencia de aceleraciones, variabilidad, desaceleraciones.
 - ✓ Cambios significativos en la frecuencia o intensidad de las contracciones.
 - ✓ Actividad uterina: dinámica, intensidad y duración cada 30 minutos.
 - ✓ Aparición de nuevos factores de riesgo.
 - ✓ Pulso materno cada hora y ante alguna anomalía en la FCF.
 - ✓ Acciones e intervenciones ante anomalías.
 - ✓ Respuestas fetales y maternas a acciones e intervenciones.
 - ✓ Otras observaciones maternas: tensión arterial (TA) y temperatura (Tª) cada 4 horas, estado físico, emocional y necesidades.
 - ✓ Necesidad de registro cardiotocográfico (CTG) por anomalías en la FCF u otros factores de riesgo (NICE, 2022).
- No hay suficiente evidencia para recomendar de forma habitual el uso del partograma (Lavender y Bernitz, 2020; OMS, 2018), aunque puede ser de gran utilidad para tener una idea clara, visual y rápida del estado de la madre y el bebé durante el trabajo de parto.

5.3.3. Fase de transición

Al observar a las mujeres en partos fisiológicos, se evidencia que el parto puede ser un proceso discontinuo (con posibles pausas fisiológicas de duración variable) en el que la embarazada transita por distintas etapas que van solapándose: fase latente, dilatación, transición, nacimiento y alumbramiento.

Dónde se sitúa

La fase de transición no se reconoce como tal en las guías de práctica clínica.

Precede a los pujos y se manifiesta de formas diversas. La mujer suele tener sentimientos de incertidumbre, temor, desesperación o miedo, con un aumento de la adrenalina y la noradrenalina. O bien se observa un periodo de pausa o calma antes del nacimiento.

Cuál es el objetivo de esta fase

El objetivo de esta fase es pasar de un cierto estado de relajación provocado por las endorfinas, en el que puede haber pocas contracciones o ninguna, a la fase de pujos o de descenso y rotación, que es una fase más activa que la anterior.

El periodo de transición requerirá de una cierta pérdida de control por parte de la mujer, de abandono y de aceptación de las sensaciones y emociones que va percibiendo. En esta fase, la cabecita del bebé suele ejercer presión sobre la parte superior del recto, el sacro y la pared vaginal. Esta presión puede provocar el reflejo de pujo antes de llegar a la dilatación completa ([Reed, 2015](#)).

El pujo espontáneo facilita la rotación del bebé y aumenta la presión de la cabeza sobre el cérvix. La duración de esta fase varía mucho de una mujer a otra. Generalmente, es más larga en mujeres primíparas y en partos en los que el bebé está en posiciones occipito-posteriores ([Reed, 2015](#)).



Cómo se reconoce

La mujer se encuentra en un estado alterado de consciencia. La percepción del tiempo y el espacio cambia y puede experimentar emociones intensas, manifestaciones físicas y emocionales que se pueden identificar en la mayoría de las mujeres.

- Manifestaciones físicas:
 - ✓ Alternancia de calor-frío, sudor.
 - ✓ Temblor.
 - ✓ Náusea, vómitos, eructos.
 - ✓ Cambio en el patrón respiratorio. Respiración más acelerada, puede haber hiperventilación.
 - ✓ Salida involuntaria de orina o heces, por la presión que ejerce la cabeza.
 - ✓ Sensación de agotamiento.
- Manifestaciones emocionales:
 - ✓ Inquietud, confusión.
 - ✓ Irritabilidad.
 - ✓ Sentirse al límite.
 - ✓ Desánimo. La mujer pregunta cuándo se acabará, puede verbalizar que no siente que avance.
 - ✓ Dudas, temores. Preguntas y afirmaciones como «¿podrá pasar el bebé?», «¿estará bien?», «no sé si tendré fuerzas»...
 - ✓ Desesperación. Expresiones verbales limitadoras: «no puedo más», «no quiero seguir», «no seré capaz de aguantar», «me moriré»...
 - ✓ Pánico.
 - ✓ Pensamientos de incapacidad no expresados.

SINESTESIA

- La fase de transición es uno de los momentos en la vida de una mujer en que esta puede experimentar sinestesia. Se trata de un fenómeno neurofisiológico durante el cual un sentido puede ser interpretado por el cerebro como otro. Una caricia puede vivirse como si fuera una música bonita o una visión de colores. Es posible que se acentúe la percepción de los sonidos, de los colores y los sabores. Esto es resultado del alto nivel de endorfinas y es similar a la sinestesia que se experimenta al consumir un opiáceo (Simkin y Ancheta, 2011).

Consideraciones finales

Todos los que acompañan a una parturienta deben tener en cuenta la fase de transición. No existe una manera ideal de hacerlo, pues cada mujer es única y sus necesidades deben ser consideradas individualmente. Las experiencias de dolor y de fortaleza física durante el parto dan significado a la transición hacia la maternidad ([Van der Gucht y Lewis, 2015](#)).

El parto puede considerarse como un rito de paso y la comadrona como la profesional más adecuada para acompañar en ese trance (Reed, 2021; [2013](#)).

RECOMENDACIONES EN LA FASE DE TRANSICIÓN

La actitud y las palabras de confianza de la comadrona hacia la capacidad de la mujer pueden ser clave en esta fase.

Para ello podemos:

- Acompañar el llanto u otras expresiones emocionales.
- Valorar elementos distractores que pueden interferir en el proceso.
- Ofrecer contacto físico y apoyo emocional.
- Animar, ayudar a la mujer a abandonarse al proceso.



Fotografía de Marta Ribes

5.3.4. Fase de pujos y nacimiento

La fase de pujos y descenso se caracteriza por la aparición del reflejo de eyección fetal, que consiste en una sensación materna urgente e inevitable de empujar. Pese a la dilatación completa y ante la ausencia del reflejo, la comadrona deberá esperar a que la mujer sienta la necesidad de empujar y no dirigir los pujos.

Con las ganas de empujar, las embarazadas suelen sentirse más despiertas y activas. Una vez que nace el bebé, les invade la alegría, el orgullo y suelen experimentar la necesidad de explorar en detalle a su bebé. Estos sentimientos influyen positivamente en su confianza para convertirse en madre ([Olza et al., 2018](#)).

RECOMENDACIONES EN LA FASE DE PUJOS Y NACIMIENTO

- Evitar los pujos dirigidos y en apnea porque pueden resultar en futuras disfunciones del suelo pélvico. Además, los pujos espontáneos se asocian a menor riesgo de cesárea y episiotomía, sin afectar los resultados neonatales ([Yao et al., 2023](#)).
- Fomentar que la gestante adopte la posición en la que más cómoda se encuentre.
- Observar y registrar cada media hora la frecuencia de las contracciones, la temperatura, el pulso y la tensión arterial materna cada 4 horas y anotar la frecuencia de micciones ([NICE, 2023](#)).
- Realizar auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal inmediatamente después de una contracción durante al menos 1 minuto, al menos cada 5 minutos o después de cada contracción ([NICE, 2023](#); [2022](#); [OMS; 2018](#)).
- Tomar el pulso materno siempre si sospechamos de anomalías en la frecuencia cardíaca fetal (FCF) para diferenciarlas ([NICE, 2023](#); [2022](#)).
- Animar a la mujer a vocalizar si lo necesita, puesto que le ayudará a mantener la garganta abierta y la mandíbula y los hombros relajados.
- Cuidar en todo momento el ambiente y su entorno, atender sus necesidades físicas, psicológicas y emocionales, mantener la habitación ventilada, sin fuertes estímulos externos de luces y ruidos. Favorecer su relajación y concentración en el proceso, así como preservar su intimidad.
- Informar a la mujer en todo momento de lo que está pasando.
- Acompañar la salida del bebé con suavidad, pactar con la madre previamente quién lo recogerá, dándole la opción de que sea ella misma quien lo reciba, o bien la pareja o la comadrona. Permitir la rotación externa espontánea de la criatura. La fuerza de la siguiente contracción empujará el cuerpo del bebé y la comadrona acompañará su salida con suavidad. Tirar de la criatura puede producir lesiones del plexo braquial o subluxaciones o fracturas de la clavícula y aumenta el riesgo de desgarro perineal materno.

La evidencia científica aún no ha consensuado un tiempo máximo de duración de la fase de pujos ([ACOG, 2014, 2014a](#)). Hay factores que han demostrado afectar la duración de esta fase, pero mientras el progreso continúe y la madre y el bebé intrauterino den signos de bienestar es apropiado tratarla de forma individualizada.



5.3.5. Fase de alumbramiento

La fase de alumbramiento es la etapa que transcurre entre el nacimiento de la criatura y la salida de la placenta.

Una vez que ha nacido el bebé, el parto no ha terminado y es importante mantener el mismo clima de respeto, privacidad, poca iluminación, escasos estímulos verbales, calor ambiental, así como la no intervención ni entrada de gente en el lugar del nacimiento y evitar llamadas telefónicas en ese momento. La estimulación del sistema simpático bloquea la liberación de oxitocina. Esta respuesta psicobiológica se da durante los primeros minutos después del parto y está relacionada con el entorno, la actitud de la matrona y los pensamientos o sentimientos de la mujer (Reed, 2021; Edwards y Wickham, 2018).

El bebé sobre su madre y la interacción entre ellos estimula la secreción de oxitocina y la respuesta del útero. La madre lo huele, lo toca, lo escucha y las sensaciones intensas que la embargan van a estimular la producción de un fuerte pico de oxitocina necesario para un alumbramiento seguro ([Saxton et al., 2016](#)).

Sabemos que la placenta se ha desprendido cuando aparecen signos como:

- La madre experimenta nuevas contracciones.
- Aparece sangrado de desprendimiento placentario.
- El cordón se alarga.



RECOMENDACIONES EN LA FASE DE ALUMBRAMIENTO

- La preferencia será el alumbramiento fisiológico:
 - ✓ No utilizar uterotónicos de forma rutinaria en mujeres con parto fisiológico, ya que el manejo activo de esta fase se ha asociado con más hemorragia posparto y retraso de más de 30 minutos en la salida de la placenta (Erickson et al., 2018).
 - ✓ No pinzar el cordón umbilical hasta que esté completamente blanco (no tocarlo, para evitar que se colapse, y permitir que toda la sangre llegue al bebé) o hasta después de la salida de la placenta, o no cortarlo si los padres desean un nacimiento lotus.
 - ✓ Para comprobar que la placenta se ha desprendido, realizaremos compresión suprapúbica. Si observamos que el cordón asciende y se reintroduce en parte en la vagina, es que no está desprendida del todo aún. Si el cordón no se mueve y previamente se ha alargado, es que está desprendida.
 - ✓ La madre sentirá de nuevo sensación de ocupación en la vagina y esta se liberará de forma espontánea o se animará a la madre a empujar la placenta con sus propios esfuerzos.
 - ✓ No se debe traccionar el cordón sin haber administrado uterotónicos previamente (NICE, 2023).
- Esta fase suele durar entre 15 y 60 minutos tras el nacimiento. Si no hay signos de sangrado y el útero permanece bien contraído, nuestra actitud será expectante, sin intervenir ni acelerar el proceso mientras las constantes vitales se mantengan dentro de la normalidad (NICE, 2023).
- La evidencia científica actual recomienda el pinzamiento óptimo del cordón umbilical (Brouwer et al., 2022; Bhatt et al., 2015; Boere et al., 2015), puesto que ha demostrado mejorar las reservas de hierro y niveles de hemoglobina en los recién nacidos y mayor peso al nacimiento (Ofojebe et al., 2021; Mercer et al., 2018), mejores niveles de saturación de oxígeno en sangre y mayor facilidad para iniciar la respiración espontánea en los casos que han requerido reanimación (KC et al., 2021, 2019; Andersson et al., 2019; Mukherjee et al., 2019; Badursdeen et al., 2019).
- El pinzamiento óptimo no aumenta el riesgo de hemorragia posparto (Ofojebe et al., 2021; Qian et al., 2019; Satragno et al., 2018; Safaa et al., 2017; Elgzar et al., 2017; McDonald et al., 2014), ni la duración del alumbramiento (De Paco et al., 2016).
- Para ayudar a que la placenta se desprenda, la madre puede miccionar, además de adoptar posturas verticales. Si no lo consigue se puede considerar el sondaje vesical.
- Animar a la madre a amamantar a su bebé. Esto liberará oxitocina endógena. La OMS y UNICEF (2020) recomiendan el inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida para reducir el riesgo de infecciones neonatales.
- Tras el desprendimiento placentario, debe revisarse minuciosamente la integridad de la placenta y las membranas y hay que registrar las características macroscópicas de esta, al igual que las del cordón umbilical, su inserción y la pérdida hemática.

- Consideraremos el manejo activo del alumbramiento de la placenta:

- ✓ En caso de que la madre presente factores de riesgo para una hemorragia posparto, como, por ejemplo, fase de pujos prolongada, hemorragia posparto anterior, hipodinamia en la última fase o decisión materna.
- ✓ Si pasada una hora del nacimiento del bebé la placenta no se ha desprendido, se debe considerar la administración de medicación uterotónica y, por lo tanto, iniciar un manejo activo del alumbramiento mediante tracción controlada del cordón.
- ✓ Para realizar una tracción controlada del cordón deberíamos haber administrado siempre antes oxitócicos y tener la certeza de que la placenta se ha desprendido totalmente.
- ✓ Si a pesar de haber iniciado el manejo activo la placenta no se ha alumbrado, se valorará colocar un acceso venoso de forma profiláctica y el posible traslado al centro hospitalario.
- ✓ Si a pesar de las actuaciones no se desprende la placenta y ha pasado más de una hora y media del nacimiento, se considerará el traslado hospitalario por retención de placenta. Sin embargo, si la madre expresa su deseo de esperar, no hay ningún sangrado y los signos vitales de la mujer son correctos, se puede esperar, estableciendo un límite de tiempo razonable.
- ✓ Tras el desprendimiento placentario, debe revisarse minuciosamente la integridad de la placenta y las membranas y hay que registrar las características macroscópicas de esta, al igual que las del cordón umbilical, su inserción y la pérdida hemática estimada.
- ✓ La pérdida sanguínea se considera normal hasta 500 ml.

5.3.6. Valoración, cuidados y sutura perineal

Las probabilidades de sufrir algún trauma severo perineal es menor en el parto en casa en comparación con el parto hospitalario ([Reitsma et al., 2020](#)).

OBJETIVO

Restablecer la integridad del periné y tejidos adyacentes, prevenir hemorragia y reducir el riesgo de infección.

RECOMENDACIONES

- La revisión del periné y la vagina no debe interferir en el vínculo madre bebé, a menos que la mujer necesite una atención urgente. En este caso, se ha de hacer con extrema delicadeza y consentimiento previo (NICE, 2023).
- Realizar un tacto rectal si hay sospecha de desgarro que afecte al esfínter o mucosa anal (NICE, 2023).
- Ante el hallazgo de daño perineal y tras informar a la madre, se valorará la necesidad de sutura consensuando con la madre el riesgo/ beneficio de sutura o conducta conservadora.
- Hasta que no se disponga de más evidencia, las decisiones de los profesionales ante la posibilidad de suturar o no un desgarro de primer o segundo grado pueden basarse en el juicio clínico y la preferencia de la mujer después de informarle acerca de la falta de resultados a largo plazo y el posible riesgo de un proceso lento de cicatrización de la herida, pero posiblemente con una mejoría total del bienestar materno si se deja sin suturar (ACOG, 2018).
- Asegurar que la anestesia local sea efectiva. Valorar la posibilidad de infiltrar el anestésico antes o durante la exploración para que la madre sufra el menor dolor posible y poder hacer una buena valoración.
 - ✓ Desgarro de primer grado: se recomienda no suturar a no ser que haya sangrado o que los bordes no se encuentren bien aproximados.
 - ✓ Desgarro de segundo grado: se recomienda sutura de forma continua. Una vez suturado el músculo, si los bordes de la piel están bien aproximados, no es necesaria su sutura. En caso de que la piel necesite sutura, seguir con la técnica de sutura intradérmica. La sutura continua se asocia con menor dolor perineal, mejor cicatrización, menor necesidad de analgesia y menor malestar gracias al menor uso de material ([Faal Siahkal et al., 2023](#)).
 - ✓ Desgarros de tercer y cuarto grado: se deben derivar al hospital.
- Tras finalizar la sutura, hay que realizar un tacto rectal para comprobar la integridad de las mucosas y la ausencia de puntos de sutura en recto.

- Los factores controlables que pueden disminuir la incidencia del trauma perineal son los siguientes:
- El masaje perineal realizado durante el embarazo está asociado a una pequeña disminución de laceraciones perineales ([Da Silva et al., 2023](#)).
- La libertad de movimientos o posiciones:
 - ✓ La posición lateral con una pierna elevada reduce la presión y tensión en el periné, por lo que se aconseja en partos precipitados y para disminuir el riesgo de desgarros.
 - ✓ La posición cuadrúpeda de Gaskin es aconsejable para madres con bebés de gran tamaño y está indicada en distocia de hombros.
 - ✓ La movilización sacra y las posiciones verticales durante el parto se han relacionado significativamente con menos lesiones perineales, comparado con litotomía ([Martín-Vázquez et al., 2024](#)).
- Pujos espontáneos: varios estudios han demostrado un incremento de desgarros con los pujos dirigidos, especialmente de lesiones del esfínter anal ([Queensland Health, 2023](#); [Da Silva et al., 2023](#)).
- Compresas de agua caliente. Para la prevención de desgarros y trauma perineal se le puede ofrecer a la madre el uso de gasas calientes en el periné ([Aasheim et al., 2017](#)), que estimulan la circulación sanguínea en la zona y, por tanto, su oxigenación, lo cual favorece la relajación y ofrece confort y alivio ante la sensación de máxima distensión del periné. Se aconsejará a la madre que relaje toda la zona perineal y se le ofrecerá apoyo para que la salida de la cabeza del bebé no se realice bruscamente. ([Moreno Sánchez et al., 2020](#); [Magoga et al., 2019](#); [Aasheim et al., 2017](#); [Ferreira Couto, 2017](#); [Moriani et al., 2013](#)).
- Inmersión en agua caliente. El parto en el agua es beneficioso para evitar o minimizar los desgarros de primer y segundo grado ([Burns et al., 2022](#)).
- El nacimiento lento de la cabeza del bebé reduce la posibilidad de desgarro. Esto permite que los tejidos puedan estirarse suavemente al mismo tiempo que la cabeza de la criatura se mueve hacia delante con cada contracción y se retrae después. Las sensaciones intensas experimentadas cuando la cabeza del bebé está coronando harán que, generalmente, la mujer frene su salida cerrando incluso las piernas o llevándose las manos a la vulva, pero el útero continuará empujando al bebé lenta y suavemente ([Reed, 2023](#); [2015](#)).
- La técnica hands poised (manos preparadas) parece causar un trauma menor perineal y reducir el uso de la episiotomía ([Petrocnik y Marshall, 2015](#)).
- No hay diferencias entre realizar hands off (sin tocar) y hands on (protección activa con las manos) en la incidencia de desgarros de primer, segundo y cuarto grado, pero la técnica de hands on aumenta el riesgo de desgarro de tercer grado ([Pierce Williams et al., 2021](#)).
- La técnica hands on resulta en un aumento del dolor perineal después del parto y con tasas más altas de hemorragia ([Pierce Williams et al., 2021](#); [Petrocnik y Marshall, 2015](#)).

5.4. EL DOLOR EN EL PARTO EN CASA

La experiencia de dolor que experimentan las mujeres durante el proceso del parto es individual, por lo tanto deberemos personalizar los cuidados teniendo en cuenta que el dolor tiene aspectos físicos, emocionales y culturales.

Las comadronas de parto en casa establecen un vínculo estrecho con las mujeres a las que acompañan durante el embarazo, parto y posparto. A menudo, durante la gestación han estado trabajando de forma conjunta las preocupaciones y factores que podrían influir en todo el proceso, incluyendo la vivencia del dolor.

El apoyo y acompañamiento continuo por una misma comadrona durante el embarazo y el parto (*one to one care*) es uno de los factores clave que han demostrado reducir la necesidad de analgesia epidural y el número de intervenciones médicas durante el nacimiento, además de aumentar significativamente la satisfacción materna ([Guzewicz y Sierakowska, 2022](#)).

El miedo aumenta el dolor en el parto, pero conocer a la comadrona y estar en el entorno elegido disminuye el miedo y, por tanto, la sensación de dolor ([Junge et al., 2018](#)).

Además, las clases de preparación a la maternidad, el control del entorno, la escucha activa, la empatía de la comadrona, proporcionar información sobre el proceso o procedimientos que se van a realizar, así como sentir que se controla la situación son componentes que también han demostrado reducir la necesidad de analgesia farmacológica ([NICE 2023](#); [RCM 2020](#)).



5.4.1. Recomendaciones generales

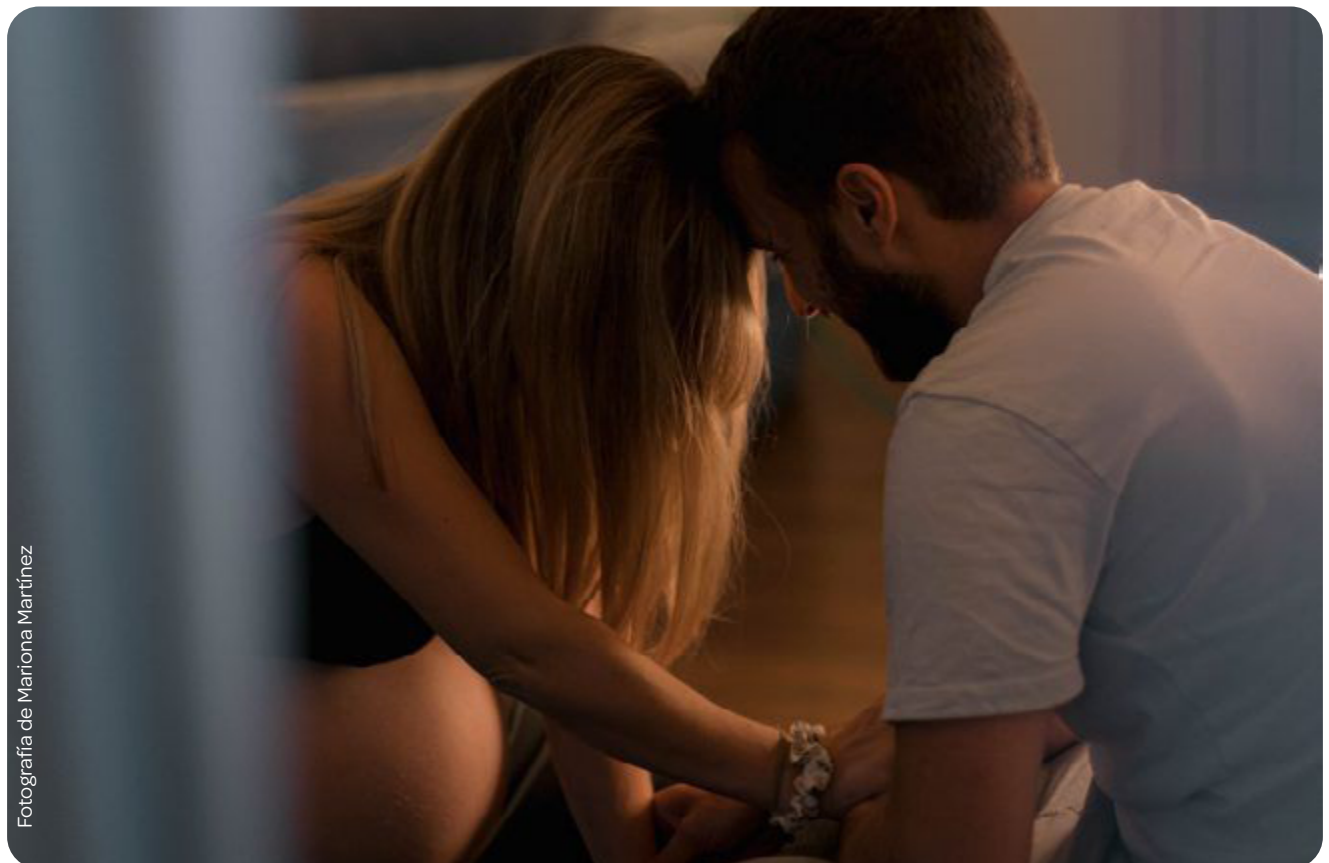
Una parte importante del papel de la comadrona es ayudar a la mujer a sobrellevar el dolor mediante métodos no farmacológicos.

Expectativas versus experiencia:

- Las mujeres suelen sorprenderse de la intensidad del dolor o esperaban mucho menos. A menudo, sus expectativas difieren de la experiencia que finalmente viven ([Sutton et al., 2023](#)).
- El acompañamiento de la comadrona es clave para conectar con las sensaciones físicas de forma positiva y aceptar la realidad del parto en cada momento. Cuando una mujer sabe que el dolor de parto tiene un propósito e interpreta esa sensación tan intensa como productiva, se reduce la necesidad de intervenciones para aliviar el dolor ([Whitburn et al., 2019](#)).
- La preparación psicoemocional durante el embarazo puede mejorar la experiencia del dolor en el parto ([Heim y Makuch, 2024](#); [Levett et al., 2016](#)).

Las gestantes que paren en casa señalan que el acompañamiento de su comadrona las ayuda a que el dolor que sienten, a pesar de ser muy intenso, sea perfectamente manejable ([Thies-Lagergren et al., 2021](#)).

El uso de métodos no farmacológicos en entorno hospitalario puede reducir el riesgo de cesárea en un 78 % ([Rodrigues et al., 2022](#)). Podemos asumir que, del mismo modo, el parto en casa favorece el parto eutócico.



5.4.2. Métodos de confort

Las comadronas de parto en casa disponen de diferentes métodos para ayudar a las mujeres con la gestión del dolor.

Estos métodos considerados no farmacológicos se dividen en dos grupos:

Métodos autónomos: aplicados por la mujer o su pareja.

- La libertad de movimientos durante el parto es esencial. Las posiciones verticales reducen la duración del parto, la necesidad de analgesia, el número de cesáreas, partos instrumentados y el número de bebés ingresados en UCIN ([Karaman y Yildiz, 2022](#)).
- Las técnicas de respiración y relajación pueden ayudar a la reducción del dolor durante el parto, además de aumentar la satisfacción materna y reducir los partos instrumentados ([Amru et al., 2021](#)).
- El calor local es efectivo para disminuir la intensidad del dolor de parto y acortar la duración de este en la dilatación; puede ser utilizado como un método de gestión del dolor de parto ([Goswami et al., 2022](#)).
- El masaje puede tener un papel importante en el manejo del dolor, además de aumentar la satisfacción materna ([Pawale y Salunkhe, 2020](#)).
- La inmersión en agua caliente durante el parto reduce la necesidad de analgesia epidural y acorta la fase de dilatación sin aumentar los efectos adversos para madre o bebé ([Hautala et al., 2022](#)).
- El uso del TENS durante la dilatación acorta esta fase y además aumenta la sensación de control y satisfacción ([Waller-Wise 2022; Njogu et al., 2021](#)). Es un método muy fácil de usar y compatible con todos los demás, excepto con el agua. Puede ayudar a que la mujer sienta que no necesita un traslado para aliviar el dolor y favorece que logre parir sin intervenciones ([Santana et al., 2016](#)).
- Hipnobirthing: algunas mujeres que durante el embarazo han realizado un entrenamiento con el método Hipnobirthing se sienten empoderadas y podría ser que les ayude a tener una experiencia positiva del manejo del dolor en el parto ([Uldal et al., 2023](#)).

Métodos terapéuticos: solamente pueden ser aplicados por comadronas que puedan acreditar su conocimiento y formación específica.

- Aromaterapia: algunos aceites esenciales aplicados durante el parto parecen reducir la ansiedad, el miedo y el dolor. Además, la aromaterapia combinada con masaje reduce la necesidad de analgesia/anestesia farmacológica durante el parto ([Tabatabaeichehr y Mortazavi, 2020](#); [Chen et al., 2019](#)).
- La hipnosis durante el parto puede reducir la intensidad del dolor, la duración del parto y el ingreso hospitalario ([Madden et al., 2016](#)).
- Reflexología podal. Disminuye la sensación de dolor y de ansiedad en primigrávidas, mejora la satisfacción materna y los resultados del parto ([Mohan y Varghese, 2021](#); [Akköz Çevik y Incedal, 2020](#)).
- La acupuntura o acupresión reducen la necesidad de analgesia farmacológica y aumentan la satisfacción materna ([Smith et al., 2020](#)).

Si la mujer, a pesar de haber recibido la combinación de varios de los métodos anteriores para gestionar el dolor de parto, solicita analgesia o anestesia farmacológica, se valorará el traslado hospitalario.



6.

POSPARTO INMEDIATO



6.1. ASISTENCIA Y ACOGIDA DE LA CRIATURA

El contacto estrecho entre la madre y su recién nacido es la norma biológica de la especie humana. Durante la mayor parte de la historia de la humanidad, la relación madre-lactante ha aportado protección, calor, estimulación social y nutrición a la criatura.

Se debe promocionar sistemáticamente el contacto inmediato madre-criatura, ya que las primeras horas tras el parto son cruciales para la instauración del vínculo entre los dos, así como para la instauración de la lactancia materna. Ambos hechos influyen de forma determinante en el estado de salud de la criatura y en su desarrollo emocional ([Moore et al., 2016](#)), además de reducir el riesgo de depresión posparto.

Las guías actuales de cuidados neonatales recomiendan que el contacto precoz piel con piel ininterrumpido se prolongue como mínimo hasta los 120 minutos de vida o hasta que finalice la primera toma de lactancia materna y, por supuesto, hasta que la madre lo desee ([Secretaria de Salut Pública de Catalunya, 2020](#)).

6.1.1. Objetivo

Conseguir una adaptación óptima de la criatura a la vida extrauterina.

6.1.2. Recomendaciones

- Secar al bebé y darle calor, ayudándonos de una toalla precalentada.
- Mantener la temperatura corporal del recién nacido, cuidando que la temperatura de la habitación sea adecuada (23-24 °C) y manteniendo el contacto piel con piel con la madre. Si fuese necesario, se le acercará una fuente de calor suave (saquitos de semillas, bolsa de agua caliente o toallas calientes).
- El contacto piel con piel constante disminuye el llanto del bebé, regula la temperatura, el ritmo respiratorio y los niveles de glucosa, además de aumentar el éxito de la lactancia materna ([Brimdyr et al., 2023](#)).

- Favorecer el agarre espontáneo en posición de nutrición biológica para que el recién nacido desarrolle los reflejos neonatales primitivos.
- Valorar el estado general del recién nacido mediante el test de Apgar.
- Pinzar el cordón tras el alumbramiento de la placenta o cuando el cordón esté blanco y exangüe. Respetar los deseos de la familia respecto a cómo y quién corta el cordón, si es que lo desean cortar.
- Colocar un cordonete, goma o pinza umbilicales estériles para asegurar el cierre del cordón.
- En caso de que la madre tenga un grupo sanguíneo con Rh negativo, y se desconozca el Rh fetal, se recomendará analizar el grupo y Rh del recién nacido y la posterior administración de gammaglobulina anti-D a la madre en caso de que el Rh neonatal sea positivo.
- Informar a la familia de que las comadronas tienen competencias para valorar y realizar el seguimiento del recién nacido sano durante el primer mes de vida. Y que a partir de esa fecha la competencia es del equipo de pediatría.
- Cumplimentar el carnet de salud del recién nacido y el certificado de nacimiento para el Registro Civil.

6.1.3. Actuación y cuidados de la criatura

- Cualquier procedimiento y exploración que realizamos a la criatura se hará con la máxima suavidad y cuidado posible, evitando la separación de su madre y solicitando siempre su permiso.
- Se realizará una primera exploración física y se procederá a comprobar las medidas antropométricas. Se pesará a la criatura en las primeras horas del nacimiento, mientras que la talla y el perímetro craneal se pueden medir en la visita de las 24 horas, datos que quedarán anotados tanto en el informe del parto como en el Carnet de Salud del Recién Nacido.
- Se recomienda explorar al recién nacido en las primeras 24 horas de vida, tal y como se define dentro de las competencias de la comadrona ([WHO, 2022](#)).
- Tras asegurarnos de que la temperatura ambiental es adecuada, se lleva a cabo una exploración completa sistemática:
 - ✓ Evaluar el aspecto global: tono muscular, reflejos de Moro, de búsqueda, de la marcha, de prensión y de succión.
 - ✓ Evaluar la piel para descartar ictericia y cianosis, valorar exantemas, manchas o angiomas.
 - ✓ Evaluar la cabeza y comprobar el buen estado del cráneo, las dos fontanelas, los ojos, los pabellones auriculares, la boca y la nariz.
 - ✓ Explorar el cuello: la integridad de las clavículas descartando tensiones o tortícolis.
 - ✓ Evaluar el tórax: valorar la respiración para descartar retracciones o quejidos. Auscultar el corazón para descartar soplos, arritmias o extrasístoles.
 - ✓ Explorar la normalidad en abdomen y ombligo.

- ✓ Evaluar genitales: en el niño, descartar hipospadias o epispadias y comprobar que los testículos han descendido y están dentro del escroto. En la niña, descartar himen imperforado y comprobar en ambos la permeabilidad anal si todavía no hubiera defecado antes de las 48h de vida.
- ✓ Explorar el aparato locomotor, comprobar el tono y movimiento normal de ambos brazos y piernas y evaluar la estabilidad de las caderas con las maniobras de Barlow y Ortolani. Comprobar también la integridad de la columna vertebral y descartar signos de espina bífida oculta, como asimetría de glúteos, o lesiones cutáneas por encima del pliegue glúteo como, por ejemplo, una fosa sacra.
- Ofrecer profilaxis de la enfermedad hemorrágica en el recién nacido mediante la administración de vitamina K IM dosis única u oral en tres dosis (el día del nacimiento, a la semana de vida y al mes de vida) (NICE, 2023; Morales y Pallás, 2022; Ardell *et al.*, 2018).



6.2. ATENCIÓN A LA MADRE

6.2.1. Objetivo

Mantener el bienestar físico, emocional y social de la madre.

6.2.2. Recomendaciones

- La madre ha de ser observada meticulosamente durante las primeras dos horas. Las observaciones más importantes incluyen:
 - ✓ Las constantes vitales.
 - ✓ La cantidad de pérdida sanguínea.
 - ✓ La altura y el tono uterino.
- Favorecer la primera micción espontánea para asegurar una correcta contractilidad uterina.
- Evitar que tanto la madre como el recién nacido queden sin acompañantes en ningún momento. Si la mujer desea levantarse o ir al baño, será siempre acompañada.
- Procurar una estancia suficiente de las comadronas en el domicilio (mínimo tres horas) y valorar de forma individual las necesidades de cada mujer y su bebé.
- Recomendar a los acompañantes que cuiden el bienestar materno, cubriendo su necesidad de ingesta de líquidos y alimentos adecuados que faciliten su recuperación y ayuden a la madre a tener una buena higiene personal.
- Prestar atención a la higiene de la habitación, la ropa y la cama.
- Informar sobre la administración de la inmunoglobulina anti-D a todas las mujeres Rh-D-negativo, cuyo bebé sea Rh(+), dentro de las 72 horas siguientes al parto.
- La primera visita de control se realizará alrededor de las 24 horas del nacimiento.
- Realizar los informes pertinentes para documentar todo el proceso.
- Informar sobre los cuidados básicos de madre y bebé y de los signos de alarma ante los cuales hay que avisar a la comadrona.
- Alertar sobre medidas de seguridad para la criatura: colecho seguro, apneas del llanto, ictericia precoz, ergonomía respiratoria del bebé, etc.
- Recordar a la familia que pueden contactar con la comadrona telefónicamente ante cualquier duda y eventualidad.

7.

POSPARTO TARDÍO



7.1. OBJETIVO

Mantener el bienestar físico, emocional y social de la madre, de la criatura y de la pareja durante el periodo de crianza.

7.2. RECOMENDACIONES

- Se harán las visitas posparto necesarias según la evolución y las necesidades de madre y bebé.
- Es aconsejable realizar las visitas del posparto precoz (entre las 24 horas y el décimo día) en el domicilio. De ese modo, la comadrona puede valorar mejor a la familia dentro de su entorno y apreciar si la madre cuenta con un buen apoyo en este periodo de gran sensibilidad y vulnerabilidad física y emocional.
- Las visitas se irán espaciando conforme la mujer va adquiriendo autonomía y en función de las necesidades de la familia. Sería recomendable:
 - ✓ Primera visita alrededor de las primeras 24 horas en domicilio.
 - ✓ Se recomienda un mínimo de 3 visitas en domicilio durante la primera semana de vida.
- Se debe ofrecer a la mujer información relevante y oportuna para que puedan promover su propia salud y el bienestar de su bebé y para reconocer y responder a los problemas que puedan surgir. El objetivo es hacerla autónoma en su cuidado y en el de su criatura.
- Un modelo de atención liderado por comadronas que prestan cuidados a las mujeres y establecen el contacto con otros profesionales cuando se requiere ha mostrado mayores beneficios para las madres y sus bebés, sin eventos adversos ([Sandall et al., 2024](#); [Homer et al., 2017](#)).

7.3. ACTUACIÓN Y CUIDADOS

7.3.1. Valorar la salud física materna

- Pérdidas sanguíneas.
- Altura uterina.
- Signos de infección.
- Constantes vitales las primeras 48 horas.
- Estado de las mamas y observación de la lactancia materna.
- Signos de tromboembolismo.
- Estreñimiento.
- Hemorroides.
- Incontinencia fecal o urinaria.
- Dolor.

7.3.2. Valorar la salud mental materna

- Valorar en cada visita el estado emocional.
- Evaluar el apoyo familiar y social del que dispone la madre y cómo se organizan en el día a día.
- Informar a la mujer y su entorno del cuidado de su estado de ánimo con ejercicio suave, tiempo de descanso, horas de sueño, ayuda doméstica, libertad para poder expresar sus emociones y sentirse escuchada y comprendida.
- Recomendar la asistencia a grupos de apoyo a la lactancia o crianza, ya que el apoyo entre madres es de gran ayuda ([WHO 2021](#)).
- Animar a las mujeres y a sus familias a transmitirnos cambios inusuales de humor, emociones o comportamientos.
- Preguntar sobre:
 - ✓ La adaptación de los hermanos mayores.
 - ✓ La pareja.
 - ✓ Su recuperación física.
 - ✓ La lactancia.
 - ✓ La vivencia de su parto.

- Valorar si se culpa innecesariamente cuando no se han cumplido las expectativas, si tiene miedo o pánico o se siente ansiosa o preocupada sin tener una buena razón.
- Si a los 15 días del parto persiste sintomatología, como llanto recurrente, sentimientos ambiguos, ansiedad o estado de ánimo bajo, hay que considerar la derivación a una psicóloga perinatal (NICE, 2021b).

7.3.3. Valorar la lactancia materna

Apoyar a la mujer para que genere autoconfianza en su propia capacidad y señalarle indicadores de buena técnica.

Ante la aparición de problemas como dolor o grietas en pezones, ingurgitación mamaria o mastitis, será necesario valorar una toma y asegurar un buen agarre profundo y asimétrico.

Valorar posibles limitaciones de la movilidad de la lengua del bebé ante una lactancia dificultosa o dolorosa.

Poner atención al nivel de alerta del recién nacido y a la frecuencia y duración de las tomas.

En caso de precisar suplementación, priorizar que se haga con leche de la propia madre y facilitar toda la información al respecto.

Promover el colecho seguro, ya que aumenta el número de veces que el bebé mama, así como la satisfacción materna. La lactancia materna es un importante factor de protección contra la muerte súbita del lactante ([Bartick et al., 2022](#); [Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017](#)).

Evaluar el grado de apoyo y el nivel de implicación logística en la lactancia materna de la pareja y la familia.

7.3.4. Valorar la salud del bebé

En cada visita posparto se observan los siguientes aspectos: coloración, control de temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria en las primeras 48 horas, así como observación y vigilancia de posible ictericia, cantidad y color de las micciones y deposiciones, grado de alerta, irritabilidad o somnolencia y valoración de regurgitaciones o vómitos.

Debemos:

- Propiciar el vínculo entre la madre y su criatura.
- Informar sobre el llanto del bebé.
- Asesorar en cuanto a higiene del bebé y cuidado del cordón umbilical. Hay que mantenerlo seco y limpio y evitar el uso de alcohol u otros antisépticos ([Leante et al., 2019](#)).

- Ofrecer, a partir de las 48 horas de vida, la realización del test de cribaje de metabolopatías. La prueba se realiza mientras el bebé está mamando, ya que hacerlo así disminuye la sensación dolorosa ([Harrison et al, 2016](#)).
- Ofrecer el cribaje de cardiopatías. Se recomienda realizar esta prueba en la primera visita domiciliaria a las 24 horas tras el parto. Es importante que el bebé esté tranquilo o mamando y tenga las extremidades calientes y pletóricas para conseguir un resultado óptimo. Se lleva a cabo mediante un pulsioxímetro, cuyo sensor pondremos en la mano derecha y en cualquiera de los dos pies del bebé. Se considera normal cuando los valores de saturación de oxígeno son iguales o superiores a 95 % en ambos puntos (mano derecha y cualquiera de los dos pies) y, además, la diferencia entre uno y otro es menor al 4 %.
- La saturación se considera anormal o no satisfactoria si el resultado es inferior al 90 % (ya sea en mano derecha o en pie) o si está entre 90 y 94 %, pero la diferencia de saturación entre mano derecha y pie es mayor del 4 %. En este caso, es aconsejable repetir el test en unos minutos y, si persisten dichos valores, solicitar una valoración urgente por el pediatra ([Secretaria de Salut Pública de Catalunya; 2020](#)).
- Informar a las familias de la posibilidad de realizar el cribado auditivo.
- Registrar la información.

7.3.5 Nacimiento en casa y microbiota

La criatura llega a un mundo lleno de bacterias. Mientras madura su propio sistema inmunitario, este es fortalecido por la madre a través de su sangre, mediante los anticuerpos que le llegan de la placenta y las múltiples inmunoglobulinas presentes en el calostro.

El hecho de que los bebés nazcan con la nariz y la boca próximas al ano de la madre proporciona la mejor oportunidad para colonizarse con las bacterias maternas beneficiosas, que se expandirán rápidamente por ellos durante su primer año de vida y competirán en espacio y nutrientes con aquellas bacterias peligrosas presentes en el entorno ([Selma-Royo et al., 2020](#)).

Se sabe, por tanto, que la primera exposición de un bebé a las bacterias varía según sea su modo y lugar de nacimiento. Estas diferencias podrían tener implicaciones en la salud a largo plazo para el desarrollo de un sistema inmunológico saludable ([Renz y Skevaki, 2021](#); [Selma-Royo et al., 2020](#); [Arrieta et al., 2014](#)). Por ejemplo, la evidencia muestra que las alteraciones en la flora intestinal temprana pueden aumentar la incidencia de las alergias más adelante ([Renz y Skevaki, 2021](#)).

Aquellos bebés nacidos en casa y amamantados exclusivamente tuvieron la microbiota intestinal más beneficiosa ([Selma-Royo et al., 2020](#); [Penders et al., 2013](#)).

8.

MATERIAL DE USO
PROFESIONAL

8.1. OBJETIVO

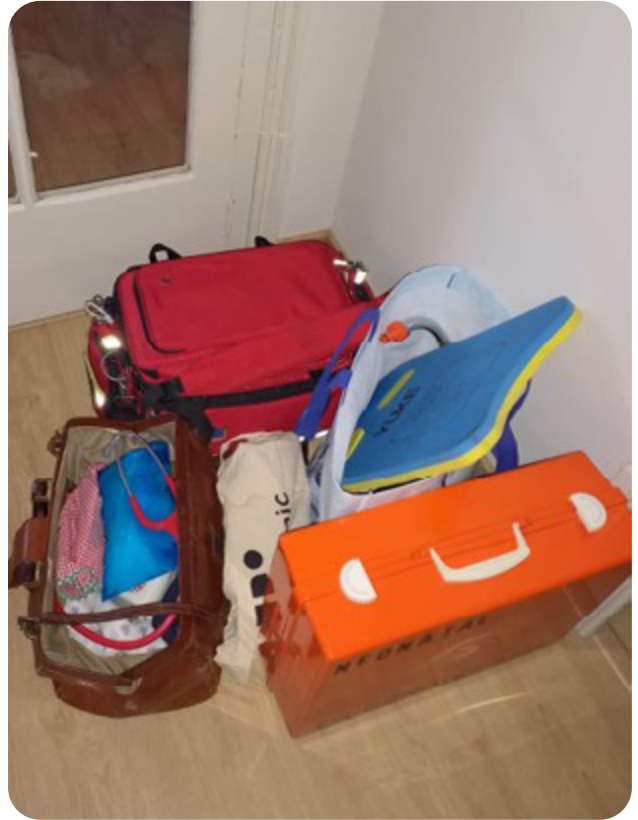
Asegurar que los profesionales dedicados al parto domiciliario dispongan del material adecuado.

8.2. LISTADO DE MATERIAL

- Estetoscopio de Pinard y Doppler portátil de auscultación fetal.
- Tensiómetro y fonendoscopio.
- Guantes estériles y no estériles.
- Gasas estériles.
- Material de sutura estéril.
- Tallas estériles.
- Cordonete umbilical estéril o pinza o goma esterilizadas.
- Jeringas y agujas estériles desechables.
- Material para venoclisis.
- Apósitos para fijar vía venosa, goma elástica smart, alcohol 70 °C.
- Equipos de suero.
- Sueros: fisiológico, ringer lactato y expansor de plasma.
- Sondas vesicales y lubricante urológico.
- Sondas con depósito para aspiración de mucosidades.
- Reanimador neonatal y mascarilla neonatal.
- Cinta métrica y pesabebés.



- Reactivos para determinar el grupo y Rh.
- Tubos para recoger muestras sanguíneas.
- Tiras reactivas para pH y orina.
- Material quirúrgico estéril: tijeras, pinzas de disección, pinzas hemostáticas tipo Kelly y portaagujas.
- **Medicación:**
 - ✓ Oxitocina.
 - ✓ Ergometrina.
 - ✓ Misoprostol comprimidos.
 - ✓ Amchafibrin ampollas.
 - ✓ Lidocaína al 2 %.
 - ✓ Salbutamol nebulizador.
 - ✓ Ritodrina inyectable.
 - ✓ Vitamina k pediátrica.
- **Documentación:**
 - ✓ Curso clínico.
 - ✓ Partograma.
 - ✓ Certificado de nacimiento.
 - ✓ Documento del Instituto Nacional de Estadística (INE).
 - ✓ Carnet de salud del recién nacido.
 - ✓ Tarjeta de cribado de metabolopatías del recién nacido.



9.



TRASLADOS Y COORDINACIÓN CON LOS CENTROS SANITARIOS

La colaboración de todos los profesionales involucrados en un sistema de atención a la maternidad es esencial para obtener resultados óptimos madre/bebé. El parto en casa, a pesar de no ser una opción mayoritaria, ha demostrado buenos resultados en términos de morbilidad materna y neonatal, satisfacción y relación coste-beneficio en países donde se ofrece dentro del sistema público de salud ([Hays et al., 2022](#); [Schroeder et al., 2014](#); [Tracy et al., 2014](#)). Estos buenos resultados están directamente relacionados con la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, que permite el traslado de la mujer y el bebé al hospital siguiendo el continuum asistencial ([Hays et al., 2022](#); [Hutton et al., 2019](#)).

Todas las mujeres y las familias que planean un nacimiento en casa, o en una casa de partos, tienen derecho a recibir una atención continuada respetuosa, segura y sin fisuras tanto durante el traslado (si se hace con ambulancia) como en el hospital de referencia. El diálogo y la cooperación entre profesionales son fundamentales para la atención integral y una mejor vivencia del parto y el nacimiento ([Hays et al., 2022](#); [Vedam et al., 2014](#)).

Cuando comadronas bien formadas y expertas atienden partos en casa con unos criterios de inclusión bien consensuados, los resultados maternos y neonatales son equiparables a los de los países donde el parto en casa está integrado dentro del sistema de salud. Alrededor del 14 % de las mujeres que inician un parto en casa necesitan finalmente ser trasladadas al hospital. La mayoría de estos traslados no son urgentes. El motivo más frecuente es la falta de progresión, unido al agotamiento de la madre y la necesidad de analgesia ([Alcaraz et al., 2021](#)).

9.1. OBJETIVOS

- Definir los principios básicos que se deben incluir en el desarrollo de documentos y políticas relacionados con el traslado de casa al hospital.
- Promover la excelencia asistencial en la atención para las mujeres y sus familias mediante la colaboración respetuosa entre profesionales.
- Procurar la comunicación permanente entre profesionales implicados en los traslados.
- Priorizar la atención centrada en el binomio madre/hijo y su familia.
- Impulsar una coordinación óptima entre los diferentes agentes de salud involucrados para que las mujeres tengan una experiencia positiva del proceso del traslado.

9.2. RECOMENDACIONES

Elaborar un plan de traslado

La planificación de un nacimiento en casa incluye un plan de traslado. En nuestro país no existe ningún circuito consensuado con los diferentes niveles asistenciales que facilite la transferencia de casa al hospital.

Por tanto, cada equipo o profesional se organiza según las preferencias de la mujer y su pareja en cuanto a la planificación del sistema de transporte y el centro hospitalario o clínica donde se hará el traslado en caso de necesidad.

Es recomendable que la mujer tenga la oportunidad de ser visitada, antes del parto, en el centro de referencia escogido para el traslado. El objetivo es tener un primer contacto con el entorno hospitalario, abrir la historia clínica (si no se ha hecho anteriormente) y comentar el plan de nacimiento.

El plan de traslado se consensua durante el embarazo. Siempre se recomienda que haya un coche disponible y un acompañante familiarizado con el recorrido hasta la entrada de urgencias del hospital de referencia.

Las comadronas informan de los posibles motivos de traslado y los procedimientos en la atención hospitalaria.

El plan se hace por escrito, junto a la historia clínica, y debe especificar:

- Medio de transporte y persona que conducirá.
- Hospital planificado para el traslado.
- Teléfono directo a la sala de partos del hospital escogido.
- Ruta para llegar al hospital.
- Persona que se quedará al cargo de los otros hijos, si los hay.

Atención durante el traslado y acogida en el hospital

En caso de traslado, la comadrona, o quien esté disponible, llama al hospital para explicar el motivo de traslado, el sistema de transporte y avisar de la hora aproximada de llegada. Por el camino, la comadrona continúa proporcionando atención de rutina o urgente hasta llegar al hospital.

En caso de traslado por una emergencia neonatal, uno de los progenitores acompaña al bebé en la ambulancia.

A la llegada al hospital, la comadrona ofrece un informe verbal y escrito (véase el anexo 4), que incluye detalles sobre el motivo de traslado, el estado de salud de la mujer o el bebé y la necesidad de atención hospitalaria.

La comadrona promueve la comunicación entre la mujer y los profesionales del hospital, asegurándose de que la madre y su pareja entienden el plan de atención del hospital y que los profesionales del centro comprenden su necesidad de obtener información sobre las diferentes opciones terapéuticas. Una vez hecho el traspaso, la comadrona transfiere la responsabilidad clínica a los profesionales del hospital y continúa el acompañamiento según se haya planificado previamente.

En un sistema de salud donde la atención domiciliaria al parto está integrada como una opción más, la comadrona puede continuar acompañando a la mujer en el hospital.

Es importante que se atiendan las necesidades psicosociales de la mujer derivadas del cambio en sus expectativas. Sería deseable que en la atención en el hospital se tuviera en cuenta la participación activa de ella y su pareja en la toma de decisiones y la creación de un plan continuo de atención que incorpore los valores, creencias y preferencias de la mujer.

Siempre que sea posible, la madre y el bebé deben de estar juntos durante el traslado y el ingreso hospitalario ([NICE, 2023](#)).

Si el estado de ambos lo permite, se facilita el alta precoz, ya que madre y bebé contarán con la asistencia domiciliaria de su comadrona durante el puerperio.

Cuando el traslado ha sido por emergencia vital es importante dedicar el tiempo necesario en visitas posteriores para revisar la experiencia con los padres.

Mejora de la calidad asistencial

Todas las mujeres tienen derecho a tomar sus propias decisiones sobre cómo y dónde dar a luz, con la información necesaria y el apoyo de los profesionales de la salud y de las instituciones. Los servicios de maternidad deberían amparar estas decisiones en la medida de lo posible. El papel de la comadrona, independientemente del lugar donde ejerza profesionalmente, es respaldar, dar información y acompañar en la toma de decisiones a las mujeres y proporcionar la mejor atención posible, adecuada a esta elección ([Sjöblom et al., 2014](#)).

Todos los profesionales involucrados en el proceso de traslado (comadronas domiciliarias, comadronas del hospital, obstetras, pediatras, servicios de emergencias y agentes sociales involucrados en la atención al parto) tienen que participar en el desarrollo de políticas y procesos de mejora de la calidad en la asistencia a las mujeres que deciden parir en un entorno no hospitalario ([Vedam et al., 2014](#)).

Estas políticas deben incluir:

- Un sistema de comunicación entre las comadronas de parto en casa y los centros hospitalarios.
- Un circuito específico que incluya los servicios de emergencias en caso de traslado urgente.
- La revisión del traslado entre la comadrona domiciliaria, el personal del hospital y la mujer antes del alta.
- Documentación de la vivencia y satisfacción de las mujeres y las familias respecto al traslado.
- La revisión, de forma regular, de todos los traslados por parte de los profesionales involucrados con el objetivo de mejorar la seguridad y la calidad de la atención.
- La inclusión de la asistencia al parto domiciliario en el programa formativo de las comadronas y los obstetras.
- La realización de sesiones multidisciplinarias con el objetivo de mejorar las relaciones entre los diferentes agentes de salud y el abordaje de los problemas que puedan surgir.

Para mejorar nuestra práctica, debemos revisar las actuaciones llevadas a cabo, tanto de forma individual como con otras compañeras comadronas.

9.3. SITUACIONES CLÍNICAS QUE REQUIEREN UN TRASLADO

Aunque no existan factores clínicos evidentes, la experiencia, el conocimiento y la intuición de la comadrona deberían ser tenidos en cuenta a la hora de tomar decisiones ante un traslado.

La intuición juega un papel importante en la práctica de la comadrona aunque no está igual valorada que otras formas de conocimiento. La práctica basada en la evidencia es la combinación de la experiencia clínica y la evidencia clínica externa resultado de la investigación ([Davison, 2021](#)).

Motivos de traslado:

- Presentación anómala.
- La incertidumbre sobre la presencia de latido fetal.
- Presencia de meconio significativo.
- Necesidad de monitorización continua por anomalías de frecuencia cardíaca fetal (FCF).
- Sospecha de ruptura uterina.
- Sospecha de desprendimiento de placenta.
- Prolapso de cordón.
- Convulsiones maternas.
- Taquicardia materna >120 lpm entre contracciones, en dos ocasiones y con 30 minutos de diferencia y habiendo hidratado bien a la mujer.
- Ruptura de membranas >72 horas sin inicio del trabajo de parto (véase el anexo 2. «Situaciones especiales», RPM).
- Parto estacionado.
- Fiebre materna.
- Alteraciones de la presión arterial.
- Desgarro de tercer o cuarto grado o cualquier trauma perineal complicado que no pueda ser reparado en el domicilio.
- APGAR <7 a los 5 minutos o reanimación prolongada.
- Convulsiones del neonato.
- Retención urinaria e imposibilidad de realizar el sondaje vesical.
- Petición materna.
- Sospecha de sepsis neonatal.
- Problemas respiratorios.
- Retención de placenta.
- Hemorragia posparto.
- Ictericia no fisiológica.

Nota: Si se observa cualquiera de los factores mencionados pero el nacimiento del bebé es inminente, debemos valorar si es preferible parir en casa o trasladar a un centro hospitalario.

Índice de anexos

(a continuación de las referencias)

1.

PARTO EN EL AGUA

pág. 99

2.

SITUACIONES ESPECIALES: RPM, SGA, GCP, PVDC

pág. 103

3.

EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

pág. 117

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO EN CASA

pág. 117

DISTOCIA DE HOMBROS, ACTUACIÓN Y RESOLUCIÓN EN EL PARTO EN CASA

pág. 126

PROLAPSO DE CORDÓN UMBILICAL

pág. 131

PARTO DE NALGAS INESPERADO

pág. 135

REANIMACIÓN NEONATAL Y SOPORTE A LA TRANSICIÓN DEL RECIÉN NACIDO

pág. 140

4.

DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA DEL PARTO EN CASA

pág. 146

REFERENCIAS



- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M. i Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), Article CD006672. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
- Akköz Çevik, S. i İncedal, İ. (2021). The effect of reflexology on labor pain, anxiety, labor duration, and birth satisfaction in primiparous pregnant women: a randomized controlled trial. *Health Care for Women International*, 42(4-6), 710-725. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1800014>
- Alcaraz-Vidal, L., Escuriet, R., Sàrries Zgonc, I. i Robleda, G. (2021). Planned homebirth in Catalonia (Spain): A descriptive study. *Midwifery*, 98, 102977. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102977>
- American College of Nurse-Midwives (2015) [Intermittent auscultation for Intrapartum Fetal Heart Rate Surveillance](#). *Journal of Midwifery & Women's Health*. 60(5)p. 626-632.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. (2018). ACOG Practice Bulletin, núm. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 132(3), e87-e102. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002841>
- American College of Obstetricians & Gynecologists (2014) [Nation's Ob-Gyns Take Aim at Preventing Cesareans: New Guideline Recommends Allowing Women to Labor Longer to Help Avoid Cesarean](#). Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.
- American College of Obstetricians & Gynecologists (2014a) [Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus No. 1](#). American College of Obstetricians and Gynecologists; 123:693-711
- Amru, D. E., Umiyah, A., Yastirin, P. A., Susanti, N. Y. i Ningsih, D. A. (2021). Effect of Deep Breathing Techniques on Intensity of Labor Pain in the Active Phase. *The International Journal of Social Sciences World (TIJOSSW)*, 3(2), 359-364. <https://www.growingscholar.org/journal/index.php/TIJOSSW/article/view/176>
- Anderson, D. A. i Gilkison, G. M. (2021). The Cost of Home Birth in the United States. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10361. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910361>
- Andersson, O., Rana, N., Ewald, U., Malqvist, M., Strippel, G., Basnet, O., Subedi, K. i KC, A. (2019). Intact cord resuscitation versus early cord clamping in the treatment of depressed newborn infants during the first 10 minutes of birth (Nepcord III). A randomized clinical trial. *BMC Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, 5(15), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40748-019-0110-z>

Ängeby, K., Sandin-Bojö, A. K., Persenius, M. i Wilde-Larsson, B. (2019). Women's labour experiences and quality of care in relation to a prolonged latent phase of labour. *Midwifery*, 77, 155-164. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.006>

Ängeby, K., Wilde-Larsson, B., Hildingsson, I. i Sandin-Bojö, A. K. (2015). Primiparous women's preferences for care during a prolonged latent phase of labour. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 6(3), 145-150. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.02.003>

Ardell, S., Offringa, M., Ovelman, C. i Soll, R. (2018). Prophylactic vitamin K for the prevention of vitamin K deficiency bleeding in preterm neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(2), Article CD008342. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008342.pub2>

Attanasio, L. B., Alarid-Escudero, F. i Kozhimannil, K. B. (2020). Midwife-led care and obstetrician-led care for low-risk pregnancies: A cost comparison. *Birth*, 47(1), 57-66. <https://doi.org/10.1111/birt.12464>

Badursdeen, S., Roberts, C., Blank, D., Miller, S., Stojanovska, V., Davis, P., Hooper, S. i Polglase, G. (2019). Haemodynamic Instability and Brain Injury in Neonates Exposed to Hypoxia-Ischaemia. *Brain Sciences*, 9(3), 49. <https://doi.org/10.3390/brainsci9030049>

Bartick, M., Young, M., Louis-Jacques, A., McKenna James, J. i Ball, H. L. (2022). Bedsharing may partially explain the reduced risk of sleep-related death in breastfed infants. *Frontiers in Pediatrics*, 10. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.1081028>

Bernhard, C., Zielinski, R., Ackerson, K. i English, J. (2014). Home birth after hospital birth: women's choices and reflections. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 59(2), 160-166. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12113>

Bhatt, S., Polglase, G. R., Wallace, E. M., Te Pas, A. B. i Hooper, S. B. (2015). Ventilation before umbilical cord clamping improves the physiological transition at birth. *Frontiers in Pediatrics*, 2, 113. <https://doi.org/10.3389/fped.2014.00113>

Black, M., Entwistle, V. A., Bhattacharya, S. i Gillies, K. (2016). Vaginal birth after caesarean section: why is uptake so low? Insights from a meta-ethnographic synthesis of women's accounts of their birth choices. *BMJ Open*, 6, e008881. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008881>

Boere, I., Roest, A. A. W., Wallace, E., ten Harkel, A. D. J., Haak, M. C., Morley, C. J., Hooper, S. B. i Te Pas, A. B. (2015). Umbilical blood flow patterns directly after birth before delayed cord clamping. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 100(2). <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307144>

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. i Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(7), Article CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>

Bolten, N., de Jonge, A., Zwagerman, E., Zwagerman, P., Klomp, T., Zwart, J. J. i Geerts, C. C. (2016). Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: A cohort study in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1).

<https://doi.org/10.1186/s12884-016-1130-6>

Brouwer, E., Knol, R., Kroushev, A., Van den Akker, T., Hooper, S. B., Roest, A. A. i Te Pas, A. B. (2022). Effect of breathing on venous return during delayed cord clamping: an observational study. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 107, 65-69.

<https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-321431>

Brimdyr, K., Stevens, J., Svensson, K., Blair, A., Turner-Maffei, C., Grady, J., Bastarache, L., Al Alfy, A., Crenshaw, J. T., Giugliani, E. R. J., Ewald, U., Haider, R., Jonas, W., Kagawa, M., Lilliesköld, S., Maastrup, R., Sinclair, R., Swift, E., Takahashi, Y. i Cadwell, K. (2023). Skin-to-skin contact after birth: Developing a research and practice guideline. *Acta Paediatrica*, 112(8), 1633-1643.

<https://doi.org/10.1111/apa.16842>

Buckley, S. i Uvnäs Moberg, K. (2018). Nature and consequences of oxytocin and other neurohormones during pregnancy and childbirth. En S. Byrom i S. Downe (ed.), *Squaring the Circle: Researching normal childbirth in a technological world* (en prensa). Pinter & Martin.

Buckley, S. (2015) [*Hormonal Physiology of Childbearing. Evidence and Implications for Women, Babies and Maternity Care*](#). Washington DC: National Partnership for Women & Families. Childbirth Connection

Burns, E., Feeley, C., Hall, P. J. i Vanderlaan, J. (2022). Systematic review and meta-analysis to examine intrapartum interventions, and maternal and neonatal outcomes following immersion in water during labour and waterbirth. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056517>

Chen, S. F., Wang, C. H., Chan, P. T., Chiang, H. W., Hu, T. M., Tam, K. W. i Loh, E. W. (2019). Labour pain control by aromatherapy: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Women and Birth*, 32(4), 327-335. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.09.010>

[*Consell de Col·legi d'infermeres i infermers de Catalunya*](#) (2013) *Codi d'ètica*. Barcelona.

Coxon, K., Chisholm, A., Malouf, R., Rowe, R. i Hollowell, J. (2017). What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a 'best fit' framework approach. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1279-7>

Crofts, JF., , Mukuli, T., Murove, BT., Ngwenya, S., Mhlanga, S., Dube, M., Sengurayi, E., Winter, C., Jordan, S., Barnfield, S., Wilcox, H., Merriel, A., Ndlovu, S., Sibanda, Z., Moyo, S., Ndebele, W., Draycotta, T.J. and Sibanda, T. (2015) [*Onsite training of doctors, midwives and nurses in obstetric emergencies, Zimbabwe*](#). *Bull World Health Organ*, ;93 p. 347-351

Crowther, S., Smythe, L. i Spence, D. (2014). Mood and birth experience. *Women and Birth*, 27(1), 21-25. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.02.004>

Da Silva, M. L., de Sousa, T. A. B. P., Leite, L. W. C., Da Silva, C. E. C., Do Nascimento, A. O., Alves, A. T., Driusso, P. i Da Costa Cunha, K. (2023). The effectiveness of interventions in the prevention of perineal trauma in parturients: a systematic review with meta-analysis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 283, 100-111.

<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.02.008>

Davies-Tuck, M.L., Wallace, E.M., Davey, M.A., Veitch, V and Oats, J. (2018) [Planned private homebirth in Victoria 2000–2015: a retrospective cohort study of Victorian perinatal data](#). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, p.357

Davison, C (2021) [Ways of knowing](#). *British Journal of midwifery*, 29 (12) ISSN (print): 0969-4900

Davison, C., Hauck, Y.L., Bayes, S.L., Kuliukas, L.J. and Wood, J. (2015) [The relationship is everything: Women's reasons for choosing privately practising midwife in Western Australia](#). *Midwifery*, 31, (8), p. 772-778

De Jonge, A., Dahlen, H. i Downe, S. (2021). 'Watchful attendance' during labour and birth. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 28. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100617>

De Jonge, A., Geerts, C., Van der Goes, B., Mol, B., Buitendijk, S., Nijhuis, J. (2015) [Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases](#). *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 122 (5), p.720-728

De Paco, C., Herrera, J., García, C., Corbalán, S., Arteaga, A., Pertegal, M., Checa, R., Prieto, M. T., Nieto, A. i Delgado, J. L. (2016). Effects of delayed cord clamping on the third stage of labour, maternal haematological parameters and acid-base status in fetuses at term. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 207, 153-156
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.10.031>

Declercq, ER., Belanoff, C. and Sakala, C. (2019) [Intrapartum Care and Experiences of Women with Midwives Versus Obstetricians in the Listening to Mothers in California Survey](#). *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(1), p. 45-55.

Domanska, U., Ossowski, R. i Cizkowicz, B. (2014). Psychological and socio-demographic correlates of women's decisions to give birth at home. *Health Psychology Report*, 2(3), 197-207.
<https://doi.org/10.5114/hpr.2014.45156>

Dowswell, T., Carroli, G., Duley, L., Gates, S., Gülmezoglu, A., Khan-Neelofur, D. i Piaggio, G. (2015). Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(7), Article CD000934.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000934.pub3>

Edmonds, JK., Miley, K., Angelini, JK. and Shah, NT. (2018) [Decision Making about Hospital Arrival among Low-Risk Nulliparous Women after Spontaneous Labor Onset at Home](#). *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63(4), p. 455-461.

Edwards, N. i Wickham, S. (2018). *Birthing your placenta: the third stage of labour*. Avebury: Birthmoon Creations.

Elder, H. R., Alio, A. P. and Fisher, S. G. (2016), [Investigating the debate of home birth safety: A critical review of cohort studies focusing on selected infant outcomes](#). *Japan journal of nursing Science* 13 (3), p. 297-308

Elgzar, W. T. I., Ibrahim, H. A. F. i Elkhateeb, H. H. (2017). Effects of Deferred Versus Early Umbilical Cord Clamping on Maternal and Neonatal Outcomes. *American Journal of Nursing Research*, 5(4), 115-128. <https://doi.org/10.12691/ajnr-5-4-3>

Erickson, E. N., Lee, C. S., Grose, E. i Emeis, C. (2018). Physiologic childbirth and active management of the third stage of labor: A latent class model of risk for postpartum hemorrhage. *Birth*, 46(1), 69-79. <https://doi.org/10.1111/birt.12384>

European Court of Human Rights (2010) [Case of Ternovszky v. Hungary](#). Second Section. (Application no. 67545/09) Judgment. Strasbourg

Faal Siahkal, S., Abedi, P., Iravani, M., Esfandiarinezhad, P., Dastoorpoor, M., Bakhtiari, S., Najafian, M., Sharifipour, F. i Mohaghegh, Z. (2023). Continuous non-locking vs. interrupted suturing techniques for the repair of episiotomy or second-degree perineal tears: A single-blind randomized controlled trial. *Frontiers in Surgery*, 10. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2023.1114477>

FAME, Federación de Asociaciones de Matronas (2022) [Recomendaciones sobre la atención al parto en casa](#). Documento basado en la evidencia.

Fernández Lorenzo, P. i Olza, I. (2020). *Psicología del embarazo*. Ed. Síntesis.

Ferreira Couto, C. M. i Fernández Carneiro, M. N. (2017). Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. *Enfermería Global*, 16(3). <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>

Floris, L., Irion, O., Bonnet, J., Politis Mercier, M. P. i De Labrusse, C. (2018). Comprehensive maternity support and shared care in Switzerland: Comparison of levels of satisfaction. *Women and Birth*, 31(2), 124-133. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.021>

Forster, D. A., McLachlan, H. L., Davey, M. A., Biro, M. A., Farrell, T., Gold, L., Flood, M., Shafiei, T. i Waldenström, U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(28), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0798-y>

Fransen, A. F., Van de Ven, J., Merién, A. E., De Wit-Zuurendonk, L. D., Houterman, S., Mol, B. W. i Oei, S. G. (2012). Effect of obstetric team training on team performance and medical technical skills: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(11), 1387-1393. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03436.x>

Geerts, C. C., Van Dillen, J., Klomp, T., Lagro-Janssen, A. L. M. i De Jonge, A. (2017). Satisfaction with caregivers during labour among low-risk women in the Netherlands: The association with planned place of birth and transfer of care during labour. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1410-9>

Goswami, S., Jelly, P., Sharma, S. K., Negi, R. i Sharma, R. (2022). The effect of heat therapy on pain intensity, duration of labor during first stage among primiparous women and Apgar scores: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Midwifery*, 6, 66. <https://doi.org/10.18332/ejm/156487>

Gregory, S., Caffrey, L. i Daly, D. (2023). «It could not have been more different». Comparing experiences of hospital-based birth and homebirth in Ireland: A mixed-methods survey. *Women and Birth*, 36(4), e445-e452. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.02.003>

Grylka-Baeschlin, S. i Mueller, A. N. (2023). Primiparous women's expectations and experiences of early labour: A qualitative study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 36, 100839. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100839>

Guzewicz, P. i Sierakowska, M. (2022). The Role of Midwives in the Course of Natural Childbirth-Analysis of Sociodemographic and Psychosocial Factors-A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 15824. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315824>

Harrison, D., Reszel, J., Bueno, M., Sampson, M., Shah, V. S., Taddio, A., Larocque, C. i Turner, L. (2016). Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), Article CD011248. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011248.pub2>

Hautala, M., Smeds, M. i Taittonen, L. (2022). Waterbirths were associated with low pain relief during delivery, high breastfeeding success and healthy newborn infants. *Acta Paediatrica*, 111(10), 1885-1890. <https://doi.org/10.1111/apa.16467>

Hays, K., Denmark, M., Levine, A., de Regt, R. H., Andersen, H. F. i Weiss, K. (2022). Smooth Transitions: Enhancing Interprofessional Collaboration when Planned Community Births Transfer to Hospital Care. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 67(6), 701-706. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13441>

He, X., Zeng, X., Troendle, J., Ahlberg, M., Tilden, E. L., Souza, J. P., Bernitz, S., Duan, T., Oladapo, O. T., Fraser, W. i Zhang, J. (2023). New insights on labor progression: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), S1063-S1094. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.11.1299>

Healy, S., Humphreys, E. i Kennedy, C. (2017). A qualitative exploration of how midwives' and obstetricians' perception of risk affects care practices for low-risk women and normal birth. *Women and Birth*, 30(5), 367-375. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.02.005>

Heim, M. A. i Makuch, M. Y. (2024). Evaluation of a short in-person and online antenatal educational intervention for high-risk pregnant women linked to antenatal consultation. *European Journal of Midwifery*, 8, 1-7. <https://doi.org/10.18332/ejm/175927>

Holten, L. and de Miranda, E. (2016) [Women's motivations for having unassisted childbirth or high-risk homebirth: An exploration of the literature on 'birthing outside the system'](#). *Midwifery*, 38, Pages 55–62

Homer, C. S. E., Cheah, S. L., Rossiter, C., Dahlen, H. G., Ellwood, D., Foureur, M. J., Forster, D. A., McLachlan, H. L., Oats, J. J. N., Sibbritt, D., Thornton, C. i Scarf, V. L. (2019). Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth in Australia 2000–2012: a linked population data study. *British Medical Journal*, 9, e029192. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029192>

Homer, C., Leap, N., Edwards, N. and Sandall, J. (2017) [Midwifery continuity of carer in an area of high socio-economic disadvantage in London: A retrospective analysis of Albany Midwifery Practice outcomes using routine data \(1997–2009\)](#). *Midwifery*, 48, p.1-10

Hutton, E., Reitsman, A., Simioni, J., Brunton, G. and Kaufman, K. (2019) [Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and metaanalyses](#). *EClinicalMedicine, The Lancet*, 14, p.59-70

Hutton, EK., Cappelletti, A., Reitsma, AH., Simioni, J., Horne, J., McGregor, C. and Ahmed, R. (2016) [Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies](#). *Canadian Medical Association Journal*, 188(5), p.E80-E90.

International Confederation of Midwives (2024). *ICM Essential competencies for midwifery practice* [on line]. The Hague. Available from: https://www.internationalmidwives.org/wp-content/uploads/EN_ICM-Essential-Competencies-for-Midwifery-Practice.pdf

International Confederation of Midwives (2024a). *Position Statement Partnership between Women and Midwives* [on line]. The Hague. Available from: <https://internationalmidwives.org/resources/partnership-between-women-and-midwives/>

International Confederation of Midwives (2024b). *ICM Bill of rights for women and midwives* [on line]. The Hague. Available from: <https://internationalmidwives.org/resources/bill-of-rights-for-women-and-midwives/>

International Confederation of Midwives (2023). *ICM International Definition of the Midwife* [on line]. The Hague. Available from: https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/08I_en_international-definition-of-the-midwife.pdf

International Confederation of Midwives (2023a). *Midwifery Led Care, the First Choice for All Women* [on line]. The Hague. Available from: <https://internationalmidwives.org/resources/midwifery-led-care-the-first-choice-for-all-women/>

International Confederation of Midwives (2017). *Home birth* [on line]. Brisbane/Durban. Available from: <https://internationalmidwives.org/resources/home-birth/>

Jackson, M. K., Schmied, V. i Dahlen, H. G. (2020). Birthing outside the system: The motivation behind the choice to freebirth or have a homebirth with risk factors in Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02944-6>

Janssen, P. A., Mitton, C. i Aghajanian, J. (2015). Costs of Planned Home vs. Hospital Birth in British Columbia Attended by Registered Midwives and Physicians. *PLOS ONE*, 10(7), e0133524. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133524>

Jenkinson, B., Kruske, S. i Kildea, S. (2018). Refusal of recommended maternity care: Time to make a pact with women? *Women and Birth*, 31(6), 433-441. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.03.006>

Jouhki, M. R., Suominen, T. i Åstedt-Kurki, P. (2017). Giving birth on our own terms-Women's experience of childbirth at home. *Midwifery*, 53, 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.008>

Junge, C., von Soest, T., Weidner, K., Seidler, A., Eberhard-Gran, M. i Garthus-Niegel, S. (2018). Labor pain in women with and without severe fear of childbirth: A population-based, longitudinal study. *Birth*, 45(4), 469-477. <https://doi.org/10.1111/birt.12349>

Karaman, O. E. i Yildiz, H. (2022). The Effect on Birth Pain and Process of the Freedom of Movement in the First Stage of Labor: A Randomized Controlled Study. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 12, 730-738. <https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.1016033>

Karlström, A., Nystedt, A. i Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 251. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0>

KC, A., Budhathoki, S. S., Thapa, J., Niermeyer, S., Gurung, R. i Singhal, N. (2021). Impact of stimulation among non-crying neonates with intact cord versus clamped cord on birth outcomes: observation study. *BMJ Paediatrics Open*, 5, e001207. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2021-001207>

Kc, A., Singhal, N., Gautam, J., Rana, N. i Andersson, O. (2019). Effect of early versus delayed cord clamping in neonate on heart rate, breathing and oxygen saturation during first 10 minutes of birth – randomized clinical trial. *Maternal Health, Neonatology, and Perinatology*, 5(7), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s40748-019-0103-y>

Larsson, B., Hildingsson, I., Ternström, E., Rubertsson, C. i Karlström, A. (2019). Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Women and Birth*, 32(1), e88-e94. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.03.006>

- Lavender, T. i Bernitz, S. (2020). Use of the partograph - Current thinking. Best Practice and Research *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 67. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.010>
- Leante Castellanos, J. L., Pérez Muñuzuri, A., Ruiz Campillo, C. W., Sanz López, E., Benavente Fernández, I., Sánchez Redondo, M. D., Rite Gracia, S. i Sánchez Luna, M. (2019). Recommendations for the care of the umbilical cord in the newborn. *Anales de Pediatría* (English Edition), 90(6), 401.e1-401.e5. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2019.01.009>
- Lee, S., Holden, D. i Webb, R. (2019). Pregnancy related risk perception in pregnant women, midwives and doctors: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 335. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2467-4>
- Lee, S., Ayers, S. and Holden, D. (2016) [Risk perception and choice of place of birth in women with high risk pregnancies: A qualitative study](https://doi.org/10.1186/s12884-019-2467-4). *Midwifery*, 38, p. 49–54
- Levett, K. M., Smith, C. A., Bensoussan, A. i Dahlen, H. G. (2016). The Complementary Therapies for Labour and Birth Study making sense of labour and birth - Experiences of women, partners and midwives of a complementary medicine antenatal education course. *Midwifery*, 40, 124-131. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.011>
- Li, Y., Townend, J., Rowe, R., Brocklehurst, P., Knight, M., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Newburn, M., Marlow, N., Pasupathy, D., Redshaw, M., Sandall, J., Silverton, L. i Hollowell, J. (2015). Perinatal and maternal outcomes in planned home and obstetric unit birth in at “higher risk” of complications: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13283>
- Madden, K., Middleton, P., Cyna, A. M., Matthewson, M. i Jones, L. (2016). Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(5), Article CD009356. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009356.pub3>
- Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H. B., Dahlen, H. G., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T. i Berghella, V. (2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 240, 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.06.011>
- Martín-Vázquez, C., Goás-Gómez, N., Calvo-Ayuso, N., Rosón-Matilla, L., Quiroga-Sánchez, E. i García-Fernández, R. (2024). Analysis of Maternal Positions during the Dilation and Expulsive Phase and Their Relationship with Perineal Injuries in Eutocic Deliveries Attended by Midwives. *Healthcare*, 12, 441. <https://doi.org/10.3390/healthcare12040441>
- Maude, R. M., Skinner, J. P. i Foureur, M. J. (2016). Putting intelligent structured intermittent auscultation (ISIA) into practice. *Women and Birth*, 29(3), 285-292. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.12.001>

Maude, R. M., Skinner, J. P. i Foureur, M. J. (2014). Intelligent Structured Intermittent Auscultation (ISIA): evaluation of a decision-making framework for fetal heart monitoring of low-risk women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 184. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-184>

Maznin, NL. And Creedy, DK (2012) [A comprehensive systematic review of factors influencing women's birthing preferences](#). *Joanna Briggs Institute Data Base of Systematic Reviews* 10(4), p.232-306.

McDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T. i Morris, P. S. (2014). Efecto del momento del pinzamiento del cordón umbilical de los recién nacidos a término sobre los resultados maternos y neonatales. *Systematic Reviews*, 2013(7), Article CD004074. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004074.pub3>

McKenzie, G. (2021). [Understanding consent in maternity care: Offers, threats, manipulation and force](#). *Practising Midwife*, 24(6), 8–13.

Mercer, J. S., Erickson-Owens, D. A., Deoni, S. C. L., Dean, D. C., Collins, J., Parker, A. B., Wang, M., Joelson, S., Mercer, E. N. i Padbury, J. F. (2018). Effects of Delayed Cord Clamping on 4-Month Ferritin Levels, Brain Myelin Content, and Neurodevelopment: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Pediatrics*, 203, 266-272. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.07.044>

Ministeri de la Presidència, Govern d'Espanya. (14 de novembre de 2002). Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, 41/2002. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 247 de 15-11-2002, 40126.

Ministerio de la presidencia, Gobierno de España (2002). [Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomia del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica](#). *Boletín Oficial del Estado* nº 247 de 15-11-2002, p. 40126

Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl.pdf

Mohan, M., and Varghese, L. (2021). [Effect of Foot Reflexology on Reduction of Labour Pain Among Primigravida Mothers](#). *International journal of therapeutic massage & bodywork*, 14(1), p. 21–29.

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C. i Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), Article CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

Morales, C y Pallás, CR. (2022) [Uso profiláctico de la vitamina K para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido](#). PREVINPAD

Moreno Sánchez, V., González Cintora, M., Serna García, C., (2020) [Aplicación de compresas calientes durante el periodo de expulsivo para prevenir el trauma perineal](#). *Revista Médica Ocronos*, 3 (2), p. 170.

Moriana López, MB., Sánchez Alias MB. and Shahrour Romera, B. (2013) [Eficacia de la aplicación de compresas calientes en el periné para evitar el trauma durante el parto](#). *Paraninfo Digital. Fundación Index*. n19.

Mortensen, B., Diep, L. M., Lukasse, M., Lieng, M., Dwekat, I., Elias, D. i Fosse, E. (2019). Women's satisfaction with midwife-led continuity of care: an observational study in Palestine. *BMJ Open*, 9(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023132>

Mukherjee, S., Bulsara, J. S., Das, M. K., Waratakar, Y., Saha, A. K., Dubey, S., Mehta, P., Gupta, B. i Singh, A. K. (2019). Is Delaying Cord Clamping until Placenta Delivery Beneficial? Oxygen Saturation and Heart Rate Transition during the Initial 5 Minutes after Delivery in Indian Healthy Newborns. *American Journal of Perinatology*, 7. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1688982>

National Institute of Health and Clinical Excellence (2023) [Intrapartum care NG 235](#). London: NICE.

National Institute of Health and Clinical Excellence (2022) [Fetal Monitoring in labour NG229](#) London: NICE.

National Institute of Health and Clinical Excellence (2021) [Inducing labour NG 207](#). London: NICE.

National Institute of Health and Clinical Excellence (2021a) [Antenatal care. NICE Clinical Guideline NG201](#). London: NICE.

National Institute of Health and Clinical Excellence (2019) [Intrapartum care for women with existing medical conditions or obstetric complications and their babies](#). NG121. London: NICE.

National Institute of Health and Care Excellence (2021b) [Postnatal care. NICE Clinical Guideline NG194](#). London : NICE

Njogu, A., Qin, S., Chen, Y., Hu, L. i Luo, Y. (2021). The effects of transcutaneous electrical nerve stimulation during the first stage of labor: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 164. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03625-8>

Oakley, L., Benova, L., Macleod, D., Lynch, C. A. i Campbell, O. M. R. (2018). Early breastfeeding practices: Descriptive analysis of recent Demographic and Health Surveys. *Maternal and Child Nutrition*, 14(2). <https://doi.org/10.1111/mcn.12535>

Oelhafen, S., Trachsel, M., Monteverde, S., Raio, L. i Cignacco, E. (2021). Informal coercion during childbirth: risk factors and prevalence estimates from a nationwide survey of women in Switzerland. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 369. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03826-1>

Ofojebe, C. H. J., Eleje, G. U., Ikechebelu, J. I., Okpala, B. C. H., Ofojebe, B. A., Ugwu, E. O., Igbodike, E. P., Onwuegbuna, A. A., Ikwuka, D. C., Anikwe, Ch. C. i Ejikeme, T. B. (2021). A randomized controlled clinical trial on peripartum effects of delayed versus immediate umbilical cord clamping on term newborns. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.04.038>

Olsen, O. i Clausen, J. A. (2023). Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(3), Article CD000352. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000352.pub3>

Olza, I., Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villarme, S., Hadjigeorgiou, E., Kazmierczak, M., Spyridou, A. i Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLOS ONE*, 15(7), e0230992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>

Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jónsdóttir, S. S., Downe, S. i Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*, 8(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>

OMS (2018) [Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva](#). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OMS y UNICEF (2020) [Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital initiative: 2018 implementation guidance: frequently asked questions](#).

Ovaskainen, K., Ojala, R., Gissler, M., Luukkaala, T. i Tammela, O. (2021). Is birth out-of-hospital associated with mortality and morbidity by seven years of age? *PLOS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250163>

Parliamentary and Health Service Ombudsman (2013). [Midwifery supervision and regulation: recommendations for change](#). HC 865 London: The Stationery Office. ISBN: 9780102987324

Pawale, M. P. i Salunkhe, J. A. (2020). Effectiveness of back massage on pain relief during first stage of labor in primi mothers admitted at a Tertiary care center. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(12), 5933-5938. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1189_20

Penders, J., Gerhold, K., Stobberingh, E. E., Thijs, C., Zimmermann, K., Lau, S. i Hamelmann, E. (2013). Establishment of the intestinal microbiota and its role for atopic dermatitis in early childhood. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 132(3), 601-607.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2013.05.043>

Perriman, N., Davis, DL. and Ferguson, S. (2018) What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*, 62, p. 220-229.

Petrocnik, P. and Marshall, JE. (2015) Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. *Midwifery*, 31 (2), p. 274-279.

Pierce-Williams, R. A. M., Saccone, G. i Berghella, V. (2021). Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 34(6), 993-1001. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1619686>

Plested, M. (2014) Freebirth in pursuit of normal Birth-a quest for a salutogenic framework. *Essentially Midwifery*, 5 (10), p. 16-19.

Qian, Y., Ying, X., Wang, P., Lu, Z. i Hua, Y. (2019). Early versus delayed umbilical cord clamping on maternal and neonatal outcomes. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 300(3), 531-543. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05215-8>

Queensland Health. (2023). *Queensland Clinical guidelines. Translate evidence into best clinical practice: Maternal and Neonatal clinical Guideline*. Disponible en: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0022/142384/g-pericare.pdf

Quigley, C., Taut, C., Zigman, T., Gallagher, L., Campbell, H. i Zgaga, L. (2016). Association between home birth and breast feeding outcomes: a cross-sectional study in 28 125 mother–infant pairs from Ireland and the UK. *BMJ Open*, 6, e010551. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010551>

Rayment-Jones, H., Dalrymple, K., Harris, J., Harden, A., Parslow, E., Georgi, T. i Sandall, J. (2021). Project20: Does continuity of care and community-based antenatal care improve maternal and neonatal birth outcomes for women with social risk factors? A prospective, observational study. *PLOS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250947>

Reed, R. (2023). *Perineal Protectors?* Midwife Thinking, Australia. Consultat en: <https://midwifethinking.com/2016/01/13/perineal-protectors/>

Reed, R. (2021). *Reclaiming Childbirth as a Rite of Passage: weaving ancient wisdom with modern knowledge*. Polònia: Amazon Fullfilment.

Reed, R. (2015). Supporting women's instinctive pushing behaviour during birth. *The Practising Midwife*, 18(6). <https://midwifethinking.com/2015/09/09/supporting-womens-instinctive-pushing-behaviour-during-birth/>

Reed, R. (2013). Midwifery practice during birth: rites of passage and rites of protection. Disponible en: <http://research.usc.edu.au/vital/access/manager/Repository/usc:10789>

Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., Kaufman, K. and Hutton, EK. (2020) Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intended to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinical Medicine, The Lancet*. 21, 100319.

Renz, H. i Skevaki, C. (2021). Early life microbial exposures and allergy risks: opportunities for prevention. *Nature Reviews Immunology*, 21, 177-191. <https://doi.org/10.1038/s41577-020-00420-y>

Rodrigues, V. A. D. S., Abreu, Y. R., Santos, C. A. G., Gatti, A. F., Murer, G. M., Gontijo, B. D. R., Alves, J. S., Cunha, T. M., Azevedo, V. M. G. O., Mendonça, T. M. S. i Paro, H. B. M. S. (2022). Nonpharmacological labor pain management methods and risk of cesarean birth: A retrospective cohort study. *Birth*, 49(3), 464-473. <https://doi.org/10.1111/birt.12617>

Rossi, A. C. i Prefumo, F. (2018). Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 222, 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.01.016>

Rota, A., Antolini, L., Colciago, E., Nespoli, A., Borrelli, S. E. i Fumagalli, S. (2018). Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. *Women and Birth*, 31(4), 313-318. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.001>

Rothman, M. (2014). Pregnancy, Birth and risk: an introduction. *Health, Risk & Society*, 16 (1), p. 1-6.

Royal College of Midwives (RCM). (2020). Women should get birth pain relief that is right for them says RCM on new research. Disponible en: <https://pre.rcm.org.uk/media-releases/2020/july/women-should-get-birth-pain-relief-that-is-right-for-them-says-rcm-on-new-research/>

Safaa Soliman, A., Sahar Sedky, F., Hanan Elzeblawy, H. and Mohamed, M. (2017) A Quasi-Experimental Study to Assess Consequences of Early Versus Delay Umbilical Cord Clamping on Maternal and Neonatal Outcomes in Beni-Suef city. *American Research Journal of Nursing*, 3(1), p.1-17

Sandall, J., Fernandez Turienzo, C., Devane, D., Soltani, H., Gillespie, P., Gates, S., Jones, L. V., Shennan, A. i Rayment-Jones, H. (2024). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2024(4), Article CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub4>

Santana, L. S., Gallo, R. B., Ferreira, C. H., Duarte, G., Quintana, S. M. i Marcolin, A. C. (2016). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 62(1), 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.11.002>

Satragno, D., Vain, N., Gordillo, J., Fernández, A., Carroli, G., Romero, N. i Prudent, L. (2018). Postpartum maternal administration of oxytocin and volume of placental transfusion, an RCT. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 218(1), Supplement, S26. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.10.444>

Saxton, A., Fahy, K. i Hastie, C. (2016). Pronuturance Plus at birth: A risk reduction strategy for preventing postpartum haemorrhage. *Women and Birth*, 29(3), 279-284. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.11.007>

Scarf, V. L., Rossiter, C., Dahlen, H. G., Ellwood, D., Forster, D., Foureur, J., McLachlan, H., Oats, J., Sibbritt, D., Thornton, C. i Homer, C. S. E. (2018). Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62, 240-255. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>

Schroeder, E., Petrou, S. i Hollowell, J. (2014). Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: decision analytic model. *Birthplace in England research programme: final report part 7*. http://nets.nihr.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0016/116026/FR7-08-1604-140.pdf

Secretaria de Salut Pública de Catalunya (2020) Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya. Generalitat de Catalunya, departament de salut.

Selma-Royo, M., Calatayud Arroyo, M., García-Mantrana, I., Parra-Llorca, A., Escuriet, R., Martínez-Costa, C. i Collado, M. C. (2020). Perinatal environment shapes microbiota colonization and infant growth: impact on host response and intestinal function. *Microbiome*, 8(1), Article 167. <https://doi.org/10.1186/s40168-020-00940-8>

Seravalli, V., Strambi, N., Castellana, E., Salamina, M. A., Bettini, C. i Di Tommaso, M. (2022). Hospital Admission in the Latent versus the Active Phase of Labor: Comparison of Perinatal Outcomes. *Children (Basel, Switzerland)*, 9(6), 924. <https://doi.org/10.3390/children9060924>

Sjöblom, I., Idvall, E. i Lindgren, H. (2014). Creating a safe haven-women's experiences of the midwife's professional skills during planned home birth in four Nordic countries. *Birth*, 41(1), 100-107. <https://doi.org/10.1111/birt.12091>

Smith, C. A., Collins, C. T., Levett, K. M., Armour, M., Dahlen, H. G., Tan, A. L. i Mesgarpour, B. (2020). Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), Article CD009232. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009232.pub2>

Snowden, J. M., Tilden, E. L., Snyder, J., Quigley, B., Caughey, A. B. i Cheng, Y. W. (2015). Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. *New England Journal of Medicine*, 373, 2642-2653. <https://doi.org/10.1056/NEJMs1501738>

Spencer, R. L. (2018). Embedding evidence-based practice within the pre-registration midwifery curriculum. *British Journal of Midwifery*, 26(5). <https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.5.338>

Sosa, G. A., Crozier, K. E. i Stockl, A. (2018). Midwifery one-to-one support in labour: More than a ratio. *Midwifery*, 62, 230-239. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.016>

Sosa, G. A., Crozier, K. E. i Stockl, A. (2018). The experiences of midwives and women during intrapartum transfer from one-to-one midwife-led birth environments to obstetric-led units. *Midwifery*, 65, 43-50. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.001>

Souza, JP., Oladapo, OT., Fawole, B., Mugerwa, K., Reis, R., Barbosa-Junior, F., Oliveira-Ciabati, L., Alves, D., and Gülmezoglu, AM. (2018) [Cervical dilatation over time is a poor predictor of severe adverse birth outcomes: a diagnostic accuracy study](#). *BJOG* 125, p. 991-1000.

Stjernholm, Y. V., Charvalho, P. D. S., Bergdahl, O., Vladic, T., & Petersson, M. (2021). Continuous Support Promotes Obstetric Labor Progress and Vaginal Delivery in Primiparous Women - A Randomized Controlled Study. *Frontiers in psychology*, 12, 582823. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.582823>

Sutton, E., Detering, K., East, C. i Whittaker, A. (2023). Women's expectations about birth, requests for pain relief in labor and the subsequent development of birth dissonance and trauma. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23, 777. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06066-7>

Symon, A., McFadden, A., White, M., Fraser, K. i Cummins, A. (2019). Using a quality care framework to evaluate user and provider experiences of maternity care: A comparative study. *Midwifery*, 73, 17-25. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.02.007>

Tabatabaeichehr, M. i Mortazavi, H. (2020). The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 30(3), 449-458. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v30i3.16>

Thies-Lagergren, L., Ólafsdóttir, Ó. Á. i Sjöblom, I. (2021). Being in charge in an encounter with extremes. A survey study on how women experience and work with labour pain in a Nordic home birth setting. *Women and Birth*, 34(2), 122-127. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.015>

Tracy, S. K., Welsh, A., Hall, B., Hartz, D., Lainchbury, A., Bisits, A., White, J. and Tracy, M. B. (2014). [Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for first time mothers in a public teaching hospital in Australia: a cross sectional study of cost and birth outcomes](#). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), p. 46.

Uldal, T., Østmoen, M. S., Dahl, B. i Røseth, I. (2023). Women's experiences with hypnobirth - A qualitative study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 37, Article 100890. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100890>

Uvnas-Moberg, K. and Petersson, M. (2022) [Physiological effects induced by stimulation of cutaneous sensory nerves, with a focus on oxytocin](#). *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 43, p.159-166.

Uvnäs-Moberg, K., Ekström, A., Berg, M., Buckley, S., Pajalic, Z., Hadjigeorgiou, E., Kpotlowska, A., Lengler, L., Kielbratowska, B., Leon-Larios, F., Meier Magistretti, C., Downe, S., Lindström, B. i Dencker, A. (2019). Maternal plasma level 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>

Van der Gucht, N. and Lewis, K. (2015) Women's experiences of coping with pain during childbirth: a critical review of qualitative research. *Midwifery*, 31(3), p.349–58.

Vedam, S., Leeman, L., Cheyney, M., Fisher, T. J., Myers, S., Low, L. K. i Ruhl, C. (2014). Transfer from Planned Home Birth to Hospital: Improving Interprofessional Collaboration. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 59, 624-634. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12251>

Vedam, S., Stoll, K., Schummers, L., Rogers, J. i Paine, L. L. (2014). Home birth in North America: Attitudes and practice of US certified nurse-midwives and Canadian registered midwives. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 59(2), 141-152. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12076>

Waller-Wise, R. (2022). Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation: An Overview. *The Journal of Perinatal Education*, 31(1), 49-57. <https://doi.org/10.1891/J-PE-D-20-00035>

Weckend, M., McCullough, K., Duffield, C., Bayes, S. i Davison, C. (2024). Failure to progress or just normal? A constructivist grounded theory of physiological plateaus during childbirth. *Women and Birth*, 37(1), 229-239. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.10.003>

Weckend, M., Davison, C. i Bayes, S. (2022). Physiological plateaus during normal labor and birth: A scoping review of contemporary concepts and definitions. *Birth*, 49, 310-328. <https://doi.org/10.1111/birt.12607>

Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M. A. i McDonald, S. (2019). The nature of labour pain: An updated review of the literature. *Women and Birth*, 32(1), 28-38. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.03.004>

Wiegerinck, MMJ., van der Goes, BY., Ravelli, ACJ., van der Post, JAM., Klinkert, J., Brandenburg, J., Buist, FCD., Wouters, MG., Tamminga, P., de Jonge, A. and Mol, BW. (2018) [Intrapartum and neonatal mortality in primary midwife-led and secondary obstetrician-led care in the Amsterdam region of the Netherlands: A retrospective cohort study](#). *Midwifery*, 31(12), p. 1168–1176

World Health Organisation (2022). [Early essential newborn care: clinical practice pocket guide, 2nd edition](#). Geneva WHO, p. 61.

Wright, J. D., Pawar, N., Gonzalez, J. S. R., Lewin, S. N., Burke, W. M., Simpson, L. L., Charles, A. S., D'Alton, M. E. i Herzog, T. J. (2011). Scientific Evidence Underlying the American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletins. *Obstetrics and Gynecology*, 118(3), 505-512. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182267f56>

Yao, J., Roth, H., Anderson, D., Lu, H., Li, X. i Baird, K. (2022). Benefits and risks of spontaneous pushing versus directed pushing during the second stage of labour among women without epidural analgesia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 134.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104324>



GLOSARIO ABREVIATURAS

ACOG American College of Obstetricians & Gynecologists

AI Auscultación intermitente

ALPACC Associació de Llevadors de part a casa de Catalunya

ATB antibiótico

CAP Centro atención primaria

CID Coagulación intravascular diseminada

CIR crecimiento intrauterino retardado

Cm centímetros

CTG Cardiotocograma

DU dinámica uterina

EGB estreptococo agalactiae grupo B

FCF frecuencia cardíaca fetal

FIGO International federation of Gynecology and Obstetrics

FPP fecha probable de parto

GCP Gestación cronológicamente prolongada

GEG grande por edad gestacional

Hb Hemoglobina

HPP Hemorragia postparto

HTA HiperTensión Arterial

Hx historia

ICM International Confederation of Midwives

IM intramuscular

IMC índice de masa Corporal

LA líquido amniótico

lpm latidos por minuto

MF movimiento fetal

mmHG milímetros de mercurio

ml mililitro

MSPS Ministerio de Sanidad y Política Social

NICE National Institute for Clinical Excellence

OMS Organización Mundial de la Salud

PARA paridad

PEG pequeño por edad gestacional

PVDC Parto vaginal después de cesárea

RCM Royal College of Midwives

RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

REM ruptura espontánea de membranas

RN recién nacido

RPM rotura prematura de membranas

SAG Estreptococo Agalactiae

Tº temperatura

TA Tensión Arterial

UCI Unidad Cuidados Intensivos

VIH Virus de la inmunodeficiencia humana

Vs versus/comparado con/contra

WHO World Health Organisation (OMS)

ANEXOS





1.

PARTO EN EL AGUA

OBJETIVOS

- Ofrecer un medio eficaz para el alivio del dolor durante el parto.
- Ofrecer una alternativa no farmacológica segura para el alivio del dolor.

EVIDENCIA

La inmersión en agua durante el parto produce un efecto analgésico ([Cluett et al., 2018](#); [Torkamani et al., 2010](#), [Lukasse et al., 2014](#)). La mujer se siente más relajada, liberada y empoderada y aumenta la satisfacción materna ([Feeley et al., 2021](#); [Ulfsdottir et al., 2019](#)).

Además, es una herramienta segura durante el parto ([Mc Kinney et al., 2024](#)), que presenta beneficios tanto maternos como neonatales.

Entre ellos:

- Disminuye el riesgo de hemorragia posparto superior a 1000 ml.
- No se asocia con un aumento de la infección materna si se compara con los partos asistidos fuera del agua.
- Se reduce el porcentaje de recién nacidos con Apgar bajo.
- Se reduce la necesidad de reanimación neonatal.
- Disminuyen las sepsis neonatales.
- La necesidad de ingresos en unidades de cuidados intensivos neonatales es menor.

El nacimiento en el agua se asocia a un aumento del riesgo de rotura de cordón, que, aunque es estadísticamente significativo, tiene una incidencia muy baja (4,3 vs. 1,3 de cada 1000) y sin complicaciones graves si se actúa precozmente.

El bebé se beneficia de una transición más suave, del contacto inmediato piel con piel con su madre y del pinzamiento tardío del cordón (Garland, 2017).

Se han estudiado diversas variables en la díada mamá-bebé en partos asistidos en el Hospital do Salnés, Pontevedra. Entre 2009 y 2019 se encontró que hay una mayor probabilidad de no recibir lactancia materna al alta en el grupo de nacimientos sin inmersión ([Iglesias-Casas et al., 2023](#)).

Sería conveniente seguir estudiando la inmersión en agua durante el trabajo de parto y el nacimiento. Es probable que, además de los beneficios descritos, existan otros a medio y largo plazo en lo referente a indicadores de salud neonatal e infantil asociados a la no intervención.

ACTUACIÓN Y CUIDADOS

Aunque se suele indicar la entrada en el agua en trabajo de parto activo, la mujer puede introducirse en ella cuando lo desee. Es probable que la inmersión en agua durante la etapa prodrómica disminuya la dinámica uterina. La matrona puede sugerir utilizar la ducha en vez de la inmersión en agua durante el parto.

- La temperatura del agua debe ser alrededor de los 36,5 °C. Registraremos la temperatura del agua y controlaremos su influencia a través de dos parámetros: la temperatura materna y la frecuencia cardíaca fetal (FCF). Una temperatura materna superior a 38 °C o una taquicardia fetal son sugestivas de que existe exceso de temperatura del agua o deshidratación materna.
- El control de la temperatura materna será horario. El control de la FCF se hará con la frecuencia de la auscultación intermitente indicada según la etapa de parto en que la mujer se encuentre.
- Es importante mantener una adecuada hidratación de la madre y la frecuencia de la micción (Garland, 2017). Para ello, facilitaremos con frecuencia la ingesta de líquidos a la madre.
- El agua debe estar limpia. Por tanto, es necesario que retiremos las heces o cambiemos el agua si es necesario.
- Si durante la inmersión disminuye la dinámica uterina, sugerir a la madre la posibilidad de salir.
- No es recomendable realizar ningún tipo de maniobra de extracción fetal mientras la cabeza del bebé esté dentro del agua. Se utilizará la técnica *hands off* (Nutter et al., 2014).
- El bebé debe nacer completamente sumergido. Seguidamente, sacaremos la cabeza de la criatura del agua suavemente y la colocaremos sobre el pecho de su madre. Impedir que el recién nacido vuelva a ser sumergido una vez que su nariz ha entrado en contacto con el aire.
- Animaremos a la madre a que coja ella misma a su hijo con suavidad.
- Aseguraremos la temperatura óptima del bebé en todo momento. Dado que la principal pérdida de temperatura en el recién nacido es mediante la evaporación que se produce en su piel mojada. Podemos prevenir la hipotermia manteniéndolo constantemente tapado con una toalla empapada en agua de la misma piscina o bien secándolo y tapándolo con una toalla seca.
- El alumbramiento de la placenta se puede realizar dentro del agua o fuera de ella.
- Durante el alumbramiento, valoraremos constantemente el sangrado mediante el cambio de color del agua de la piscina o la bañera. Dejar de ver el fondo de la piscina puede ser indicativo de un sangrado suprafisiológico. En este caso, ayudaremos a la madre a salir del agua con celeridad.

- La inmersión en agua puede edematizar los tejidos, por lo que se recomienda esperar una hora antes de suturar cualquier desgarro (Garland, 2017).
- Son criterios para salir del agua durante la etapa de dilatación la presencia de un patrón de FCF anormal, la aparición de líquido meconial significativo o la presencia de sangrado en la etapa de dilatación.
- La incidencia de emergencias obstétricas no es mayor dentro de la bañera o piscina de partos, pero su detección requiere una rápida actuación y la salida del agua. El objetivo es salir de la piscina antes de la alteración del estado materno, lo que dificultaría su evacuación.
- La primera maniobra para el manejo de la distocia de hombros es el cambio de la postura materna. El gesto de salir del agua, con una asimetría pélvica, facilita su resolución. De no ser así, se continuaría con las maniobras habituales ya fuera del agua.
- En caso de hemorragia posparto, invitaremos a la madre a salir con celeridad de la piscina y, ya fuera del agua, la manejaremos siguiendo las pautas habituales.
- La rotura del cordón umbilical, aunque muy rara, es una complicación más frecuente dentro del agua que fuera. Debemos comprobar la integridad del cordón ante la presencia de un sangrado que aparezca con la salida del bebé. En caso de que así sea, pinzaremos inmediatamente el cordón y valoraremos atentamente la adaptación del recién nacido.

MATERIAL NECESARIO

Para el parto en el agua en casa deberá tenerse en cuenta el material extra que será necesario:

- Piscina hinchable o bañera.
- Doppler fetal con sonda sumergible.
- Manguera sin estrenar.
- Adaptador de grifo.
- Bomba de aire para inflar la piscina.
- Termómetro acuático.
- Colador para retirar residuos sólidos.
- Bomba y manguera para vaciar la piscina.
- Espejo sumergible sin aristas.
- Funda desechable de piscina.
- Toallas.

Por razones de seguridad, es recomendable evitar plásticos en el suelo, no tener material eléctrico cerca de la piscina y tener mucha precaución con el manejo de agua a temperaturas elevadas.

Además, hay que valorar en cada caso si es posible o no utilizar la piscina de partos según las características arquitectónicas de la vivienda y la disponibilidad de agua caliente.

REFERENCIAS DE PARTO EN EL AGUA

Cluett, E. R., Burn, E. y Cuthbert, A. (2018). Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(5), CD000111. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub4>

Feeley, C., Cooper, M. y Burns, E. (2021). A systematic meta-thematic synthesis to examine the views and experiences of women following water immersion during labour and waterbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 77(7), 2942-2956. <https://doi.org/10.1111/jan.14720>

Garland, D. (2017). *Revisiting waterbirth: An attitude to care* (2.ª ed.). Palgrave.

Nutter E, Meyer S, Shaw-Battista J, Marowitz A. Waterbirth: an integrative analysis of peer-reviewed literature. *J Midwifery Womens Health*. 2014 May-Jun;59(3):286-319. doi: 10.1111/jmwh.12194. PMID: 24850284.

Iglesias-Casas, S., Pérez-Fernández, M. R., Montenegro-Alonso, M. S., Parada-Cabaleiro, M. E., Sanmartín-Freitas, L. y Mena-Tudela, D. (2023). Resultados neonatales tras parto en el agua: Estudio de cohortes retrospectivo. *Enfermería Clínica*, 33(4), 292-302.

Lukasse, M., Rowe, R., Townend, J., Knight, M. y Hollowell, J. (2014). Immersion in water for pain relief and the risk of intrapartum transfer among low-risk nulliparous women: Secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 60. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-60>

McKinney, J. A., Vilchez, G., Jowers, A., Atchoo, A., Lin, L., Kaunitz, A. M., Lewis, K. E. y Sánchez-Ramos, L. (2024). Water birth: A systematic review and meta-analysis of maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3), S961-S979.e33. [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(23\)00604-X/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(23)00604-X/fulltext)

Torkamani, S. A., Kangani, F. y Janani, F. (2010). The effects of delivery in water on duration of delivery and pain compared with normal delivery. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 26(3), 551-555

Ulfssdottir, H., Saltvedt, S. y Georgsson, S. (2019). Women's experiences of waterbirth compared with conventional uncomplicated births. *Midwifery*, 79, 102547. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102547>

2.

SITUACIONES ESPECIALES:

RPM, SGA, GCP, PVDC



2.1. RUPTURA ESPONTÁNEA DE MEMBRANAS ANTES DEL INICIO DEL PARTO

En caso de ruptura espontánea de membranas (REM) durante el parto, debemos informar a la mujer de que:

- El 60 % de las mujeres con REM empiezan el trabajo de parto de forma espontánea dentro de las primeras 24 horas ([NICE, 2023](#)), aunque otros sugieren que un 79 % inician el trabajo de parto de forma espontánea en las primeras 12 horas y que el 95 % lo hacen dentro de las primeras 24 horas ([Middleton et al., 2017](#)).
- El riesgo de infección neonatal es del 1 % en lugar de 0,5 % en mujeres con membranas intactas ([NICE, 2023](#)).
- El diagnóstico de rotura prematura de membranas (RPM) será telefónico. Se informará a la madre para que sepa detectar posibles anomalías, como cambios de color u olor de las aguas, o disminución de movimientos o fiebre ([NICE, 2023](#); [AOM, 2019](#)).
- Existe la posibilidad de inducción o de manejo expectante. Debemos explicar en qué consisten ambas opciones y qué riesgos pueden conllevar ([NICE, 2023](#); [Sibiude, 2020](#); [Girault, 2020](#); [Pintucci et al., 2014](#)).
- Las mujeres que deciden conducta expectante deben recibir visita diaria de la comadrona para evaluar el bienestar fetal, las constantes vitales y la ausencia de riesgo de infección mientras no esté de parto y siempre que desee una actitud expectante ([NICE, 2023](#)).
- Ante una actitud expectante, más allá de las primeras 24 horas, se recomienda la toma de la temperatura materna cada 4 horas mientras la mujer esté despierta y comunicaremos cualquier cambio en el olor, color o textura del líquido amniótico ([NICE, 2023](#); [AOM, 2019](#)). También hay que recomendar que contacte con la comadrona ante cualquier descenso o ausencia de movimientos fetales y síntomas de malestar general ([NICE, 2023](#); [AOM, 2019](#)).
- Evitar realizar tactos vaginales y tener relaciones sexuales con penetración para reducir el riesgo de infección ([NICE, 2023](#)).
- Ni los baños ni las duchas incrementan el riesgo de infección ([NICE, 2023](#)).

- No se recomienda ofrecer exudado vaginal ni medir la PCR materna; es mejor optar por la inducción o por la actitud expectante más allá de las 24 horas ([NICE, 2023](#)).
- La inducción médica del parto a partir de las 24 horas de rotura de la bolsa, en un parto a término, aumenta el riesgo de cesáreas en comparación con las mujeres que inician el trabajo de parto de forma espontánea. Los resultados neonatales son similares en ambos grupos ([Ashwal et al., 2016](#)).
- Si el parto no se inicia de forma espontánea después de 72 horas de REM, parece que el riesgo de infección se incrementa ([MTW, 2017](#); [Pintucci et al., 2014](#)), aunque otros estudios afirman que con un correcto manejo expectante no aumenta el riesgo de morbilidad materna ni de morbilidad/mortalidad perinatal ([Beckmann y Gardener, 2013](#)).
- En ausencia de hallazgos anormales y cuando se evitan los exámenes vaginales digitales antes del inicio del trabajo de parto activo, el manejo expectante es una opción apropiada y es razonable esperar hasta 96 horas antes de la inducción del parto ([AOM, 2019](#)).
- Si se desea proseguir el manejo expectante más allá de las 96 horas, no hay investigaciones disponibles que cuantifiquen cuánto aumenta el riesgo ([NICE, 2023](#); [Holmes, 2020](#); [Maharaj and Gebril, 2020](#); [AOM, 2019](#); [MTW, 2017](#); [Howard, 2015](#)).
- No hay evidencia conclusiva sobre los beneficios para madre y neonato del uso rutinario de antibióticos por REM a término y, puesto que no se han medido los efectos adversos potenciales del uso de antibiótico y el desarrollo potencial de organismos resistentes, se debería evitar el uso rutinario de antibióticos por REM a término o cerca de la FPP, en ausencia de infección materna confirmada ([Wojcieszek et al., 2014](#)).
- El líquido amniótico tiene propiedades antibacterianas ([Mao et al., 2019](#)).
- Comadronas expertas hemos observado la capacidad regenerativa de las membranas amnióticas en algunos casos donde la bolsa se ha sellado posteriormente a su fisura. Algunas investigaciones apuntan a su capacidad regenerativa de otros tejidos corporales (por ejemplo, en lesiones corneales) ([Leal-Marín, 2020](#)). También nos lleva a esa conclusión observar la autorreparación, en la gran mayoría de ocasiones, tras una amniocentesis.
- La suplementación con 100 mg diarios de vitamina C puede reducir la posibilidad de RPM ([Ghomian, 2013](#)).
- Entre amnion y corion puede haber hasta 200 ml de líquido amniótico. Según nuestra experiencia, algunas mujeres han experimentado una salida de líquido amniótico perteneciente a este espacio, permaneciendo el amnion intacto. Esto nos ha hecho pensar que el REM era únicamente del corion y hemos visto que el amnion se ha roto de forma franca durante el proceso de parto como es habitual ([Reed, 2023](#)).

RECOMENDACIONES PARA LAS COMADRONAS EN EL PARTO EN CASA ANTE EL DESEO DE LA MUJER DE MANTENER UNA CONDUCTA EXPECTANTE Y EN AUSENCIA DE ANORMALIDADES

- No realizar ningún tacto vaginal hasta que el trabajo de parto lleve, al menos, 4 horas instaurado.
- Controlar diariamente el bienestar fetal y la ausencia de anormalidades.
- Informar a la pareja de cómo hacer un manejo expectante seguro.
- Estimular el inicio del parto con métodos alternativos no farmacológicos si la mujer lo desea.
- Apoyar emocionalmente a la pareja y estar cerca y disponible.

REFERENCIAS REM

Ashwal, E., Krispin, E., Aviram, A., Aleyraz, E., Gabby-Benziv, R., Wiznitzer, A., Yogev, Y. and Hirsch, A. (2016) Perinatal outcome in women with prolonged premature rupture of membranes at term undergoing labor induction. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 294 (6), p. 1125–1131

Asociation of Ontario Midwives AOM (2019) Management of Prelabour Rupture of Membranes at term. *Clinical Practice Guideline* 13.

Beckmann, M., and Gardener, G. (2013). Hospital versus outpatient care for preterm pre-labour rupture of membranes. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 53(2), 119–124. <https://doi.org/10.1111/ajo.12021>

Girault A. (2020). Rupture des membranes à terme avant travail. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Méthodes de déclenchement [Term Prelabor Rupture of Membranes: CNGOF Guidelines for Clinical Practice - Methods for Inducing Labor]. *Gynécologie, obstétrique, fertilité & sénologie*, 48(1), 48–58. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2019.10.014>

Ghomian, N., Hafizi, L., and Takhti, Z. (2013). The role of vitamin C in prevention of preterm premature rupture of membranes. *Iranian Red Crescent medical journal*, 15(2), 113–116. <https://doi.org/10.5812/ircmj.5138>

Holmes, R. (2020) Prelabour Rupture of Membranes at Term (Term PROM) Clinical Guideline. *Royal Cornwall Hospitals, NHS Trust*.

Howard, S. (2015) Prelabour Ruptured Membranes in Low Risk Pregnancy at Term (PROM). *Salisbury NHS Foundation Trust*.

Leal-Marin, S., Kern, T., Hofmann, N., Pogozhykh, O., Framme, C., Börgel, M., Figueiredo, C., Glasmacher, B., and Gryshkov, O. (2021) Human Amniotic Membrane: A review on tissue engineering, application, and storage. *Journal of Biomedical Material Research*. 2021; 109, p. 1198– 1215.

Maharaj, S. and Gebril, A. (2020) Guideline for the management of Pre-Labour Rupture of the Membranes at Term. University Hospital Wishaw Women's Services Directorate. Lanarkshire.

Mao, Y., Pierce, J., Singh-Varma, A., Boyer, M., Kohn, J. and Reems, JA. (2019) Processed human amniotic fluid retains its antibacterial activity. *Journal of Translational Medicine* 17, 68 . <https://doi.org/10.1186/s12967-019-1812-8>

Middleton, P., Shepherd, E., Flenady, V., McBain, RD. and Crowther, CA. (2017) Is it better for a baby to be born immediately or to wait for labour to start spontaneously when waters break at or after 37 weeks? *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 1. Art. No.: CD005302. DOI: 10.1002/14651858.CD005302.pub3.

MTW Maidstone and Turnridge Wells NHS Trust (2017) Pre-labour rupture of membranes after 37 weeks of pregnancy (PROM).

National Institute of Health and Clinical Excellence (2023) Intrapartum care NG 235. London: NICE.

Pintucci, A., Meregalli, V., Colombo, P., Fiorilli, A. (2014). Premature rupture of membranes at term in low risk women: how long should we wait in the "latent phase"? *Journal of Perinatal Medicine*, 42(2), p. 189-196.

Reed, R. (2023) In defense of the amniotic sac. *Midwifethinking* [on line]. Available at: <https://midwifethinking.com/2015/09/16/in-defence-of-the-amniotic-sac/>

Sibiude, J. (2020) Rupture des membranes à terme avant travail. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Faut-il déclencher ? Term Prelabor Rupture of Membranes: CNGOF Guidelines for Clinical Practice – Timing of Labor Induction. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 48 (1), p. 35-47.

Wojcieszek AM, Stock OM, Flenady V. (2014) Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 10. Art. No.: CD001807. DOI: 10.1002/14651858.CD001807.pub2.

2.2. ESTREPTOCOCO AGALACTIAE (SGA) POSITIVO

JUSTIFICACIÓN

En España, a las 35-37 semanas de gestación se realiza el cribado universal de esta bacteria mediante la obtención de una muestra vagino-rectal.

Tener un resultado positivo no es estar enferma, ya que se trata de una bacteria comensal. El 20 % de la población tiene un resultado positivo del cultivo.

En entornos hospitalarios, las mujeres que obtienen un resultado positivo serán tratadas con profilaxis antibiótica durante el trabajo de parto, con el objetivo de prevenir las sepsis neonatales. Esto conduce a un exceso de mujeres con tratamiento antibiótico intraparto que solamente reduce un 0,25 % el riesgo de desarrollar una infección ([Seedat et al., 2019](#)).

En los registros de ALPACC en los que constan todos los partos asistidos en casa por comadronas expertas entre los años 2016 y 2024 no se ha reportado ningún caso de infección neonatal por EGB a pesar de no utilizar la profilaxis antibiótica.

No existen investigaciones que comparen la incidencia de sepsis por EGB en bebés nacidos de partos fisiológicos frente a partos intervenidos.

¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA AL RESPECTO?

- Este cribado es poco preciso. Entre el 17 y el 25 % de las mujeres con un cultivo positivo a las 35-37 semanas serán negativas en el momento del parto. Entre un 5 y el 7 % de las mujeres con un resultado negativo serán positivas en el momento del parto.
- Hay más probabilidad de sepsis con más de 18 horas de bolsa rota ([ACOG, 2019](#); [RCOG, 2017](#); [Ohlsson y Shah, 2014](#)), con la presencia de urocultivo positivo por EGB durante la gestación, con fiebre intraparto, con antecedentes de un hijo anterior afectado por enfermedad neonatal causada por EGB y con prematuridad (cuyas madres aún no han sido cribadas). Estos factores de riesgo aumentan el riesgo de infección un 4 % ([RCOG, 2017](#)).
- La última revisión Cochrane no respalda la profilaxis antibiótica durante el trabajo de parto a todas las gestantes portadoras, ya que no redujo las sepsis tardías ni la mortalidad neonatal por sepsis causada por esta bacteria, a pesar de que pareció reducir la enfermedad de aparición temprana ([Ohlsson y Shah, 2014](#)).
- Para prevenir un caso de infección primaria por EGB sería necesario administrar antibiótico a 1800 mujeres sanas. Para prevenir una sola muerte por EGB por infección primaria se administra antibiótico a 32.000 mujeres sanas ([Bevan et al., 2019](#)).
- Como el riesgo de infecciones primarias por EGB sigue siendo bajo, el manejo rápido con antibióticos al inicio de la infección neonatal es preferible a la profilaxis antibiótica intraparto ([RCOG, 2017](#)).

- Los antibióticos causan efectos a corto y largo plazo en las mujeres y los bebés:
 - ✓ En el bebé aumenta el riesgo de anafilaxia y alteración de la microbiota intestinal, que puede predisponer a un mayor riesgo de enfermedades a largo plazo, como colitis ulcerosa, obesidad, diabetes o alergias ([Baron et al., 2020](#); [Munyaka et al., 2015](#)).
 - ✓ En la madre aumenta la incidencia de mastitis y dolor al amamantar ([Borja et al., 2019](#)).
- Parir en agua cuando el resultado de los cultivos para EGB es positivo reduce la incidencia de colonización e infección por esta bacteria en neonatos. El agua diluye las bacterias y las mezcla con muchas otras bacterias presentes en el intestino. Además, los partos en agua suelen ser poco intervenidos ([Cohain, 2011](#)).

RECOMENDACIONES

- Evitar los tactos vaginales.
- Favorecer el parto en agua.
- No separar a madre e hijo tras el nacimiento, ya que facilita la adaptación a la vida extrauterina con menores niveles de cortisol (el estrés del neonato aumenta la posibilidad de sepsis) y el correcto establecimiento de un microbioma saludable. Los bebés nacidos en casa y amamantados exclusivamente tienen mejor microbiota intestinal en comparación con los nacidos en entornos hospitalarios ([Penders, 2006](#)).
- Tomar constantes vitales y revisar al bebé al menos una vez durante las primeras 24 horas, ya que el 90 % de las infecciones precoces por EGB suceden en este período ([Ohlsson y Shah, 2014](#)).
- Favorecer el inicio temprano de la lactancia materna, ya que el calostro contiene anticuerpos contra las mismas bacterias de las que la madre es portadora, incluyendo el EGB ([More et al, 2021](#)).
- Informar a los padres de los signos de alarma ante los cuales deberían avisar a la comadrona:
 - ✓ Si el bebé presenta apatía y no mama.
 - ✓ Si respira con ruido o dificultad.
 - ✓ Si tiene intolerancia al alimento y vomita.
 - ✓ Si está excesivamente adormilado y letárgico o con poco tono muscular.
 - ✓ Si está muy irritable o tiene temperatura elevada o está frío.
 - ✓ Si presenta ictericia en las primeras horas de vida.
 - ✓ Si tiene cianosis o palidez extrema.
 - ✓ Si presenta convulsiones o sangrados.

REFERENCIAS *ESTREPTOCOCCO AGALACTIAE* (EGB) POSITIVO

American College of Obstetricians and Gynecologists (2019) Prevention of group B Streptococcal Early-Onset Disease on Newborns. ACOG Committee Opinion. *Obstetrics and Gynecology* 797. 135 (2), p. e51-e72.

Baron, R., Taye, M., der Vaart, IB, Ujjic-Voortman, J., Szajewska, H., Seidell, JC. and Verhoeff, A. (2020) The relationship of prenatal antibiotic exposure and infant antibiotic administration with childhood allergies: a systematic review. *BMC Pediatrics* 20 (312). <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02042-8>

Bevan, D., White, A., Marshall, J. and Peckham, C. (2019) Modelling the effect of the introduction of antenatal screening for group B Streptococcus (GBS) carriage in the UK. *British Medical Journal*, 9(3) doi: 10.1136/bmjopen-2018-024324

Borja Herrero, C., Bonet Yuste, B. y García Roldán, A. (2017) Tratamiento antibiótico en la etapa perinatal y mastitis en la madre lactante: una asociación posible. *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia*. v16: e11281

Cohain, JS. (2011) Waterbirth and GBS. *Midwifery Today with International Midwife* (96), p.9-10.

Moore, RE., Townsend, SD. and Gaddy, JA. (2021) The Diverse Antimicrobial Activities of Human Milk Oligosaccharides against Group B Streptococcus. *Chembiochem* 23(3):e202100423. doi: 10.1002/cbic.202100423.

Munyaka, PM., Eissa, N., Bernstein, CN., Khafipour, E. and Ghia, J-E. (2015) Antepartum Antibiotic Treatment Increases Offspring Susceptibility to Experimental Colitis: A Role of the Gut Microbiota. *PLoS ONE* 10(11): e0142536. doi:10.1371/journal.pone.0142536

Ohlsson A, and Shah VS. (2014) Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 6. Art. No.: CD007467. DOI: 10.1002/14651858.CD007467.pub4

Penders, J., Thijs, K., Vink, C., Stelma, FF., Snijders, B., Kummeling, I., van den Brandt, PA. and Stobberingh, EE. (2006) Factors Influencing the Composition of the Intestinal Microbiota in Early Infancy. *Pediatrics*; 118 (2), P. 511–521. DOI 10.1542/peds.2005-2824

Royal the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.(2017) Prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease. Green-top Guideline No. 36. *BJOG*; 124:e280-e305

Seedat, F., Geppert, J., Stinton, C., Patterson, J., Freeman, K., Johnson, SA., Fraser, H., Brown, CS., Uthman, OA., Tan, B., Robinson, ER., McCarthy, ND., Clarke, A., Marshall, J., Visintin, C., Mackie, A. and Taylor-Phillips, S. (2019) Universal antenatal screening for group B streptococcus may cause more harm than good. *British Medical Journal* 364. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.l463>

2.3. GESTACIÓN PROLONGADA

JUSTIFICACIÓN

Se considera embarazo a término cualquier gestación que finalice entre las 37 y 42 semanas completas ([Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya, 2020](#)). Alrededor del 7 % de las gestaciones continúan tras las 42 semanas de gestación, lo que llamamos «embarazo postérmino». En nuestro contexto se ofrece de forma sistemática la inducción médica del parto entre la semana 41 y 42 de gestación a pesar de que hay evidencia científica disponible que lo cuestiona.

¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA?

- El riesgo de muerte intrauterina en mujeres con embarazos de bajo riesgo por 1000 en una revisión sistemática ([Muglu *et al.*, 2019](#)) de 15 millones de embarazos fue de:
 - 0,12 a las 38 semanas.
 - 0,14 a las 39 semanas.
 - 0,33 a las 40 semanas.
 - 0,80 a las 41 semanas.
 - 0,88 a las 42 semanas.
- Según el informe MBRRACE-UK 2020 ([Knight *et al.*, 2021](#)) con datos del año 2018 sobre las muertes perinatales de Reino Unido:
 - 637.280 mujeres dieron a luz entre las 37 y las 42 semanas de gestación. La mortalidad perinatal fue de 1,9 por 1000.
 - 14.304 mujeres dieron a luz más allá de las 42 semanas de gestación. La mortalidad perinatal fue de 2,0 por 1000.
- La mortalidad perinatal es de 0,4 por 1000 con la conducta de inducción a partir de las 41 semanas versus 3 por 1000 con la conducta de manejo expectante. Para prevenir una muerte fetal se debe inducir a 544 mujeres ([Middleton *et al.*, 2020](#)).
- Vemos que el riesgo de mortalidad perinatal en un embarazo prolongado aumenta, pero este riesgo puede ser asumible para algunas mujeres, especialmente las que tienen embarazo de bajo riesgo..
- Por lo tanto, es importante que cuando una mujer llega a las 42 semanas de gestación se le ofrezcan todas sus opciones para que pueda elegir de forma informada, valorando los riesgos y los beneficios de la conducta expectante frente a la inducción médica del parto.

RECOMENDACIONES

- Si la mujer elige la inducción:
 - ✓ Se procederá a la derivación de cuidados al hospital, continuando con los cuidados en el posparto.
- Cuando la mujer elige la conducta expectante:
 - ✓ El centro sanitario de referencia debe ofrecer como alternativa controles de bienestar fetal dos veces por semana a partir de la semana 42, incluyendo la monitorización electrónica fetal y la ecografía para medir el volumen del líquido amniótico (NICE, 2021).
 - ✓ Además, en nuestro contexto asistencial, se utilizan los índices de pulsatilidad de la arteria uterina, de la arteria cerebral media y el índice cerebro placentario como indicadores de bienestar fetal.
 - ✓ La comadrona de parto en casa deberá:
 - Informar a la familia adecuadamente sobre los riesgos, beneficios y alternativas disponibles.
 - Valorar de forma individualizada a la mujer y su embarazo.
 - Realizar controles domiciliarios de bienestar fetal cada 48 horas. Se prestará especial atención a la estática fetal, los movimientos fetales, la frecuencia cardíaca y presencia de aceleraciones o desaceleraciones, el volumen de líquido amniótico mediante palpación abdominal, además del resto de controles maternos habituales.
 - Informar que la reducción o ausencia de movimientos fetales son un signo de alarma que precisa valoración urgente por parte de la comadrona.
 - Tras proporcionar toda esta información ofrecer a la gestante y su pareja un consentimiento informado específico.
 - Atender el parto de acuerdo a las recomendaciones habituales de esta guía.

REFERENCIAS GESTACIÓN PROLONGADA

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya (2020) Protocol d'atenció i acompanyament al naixement de Catalunya 2a edició, Barcelona.

Knight, M., Bunch, K., Tuffnell, D., Patel, R., Shakespeare, J., Kotnis, R., Kenyon, S., Kurinczuk, JJ. (Eds.) (2019) Saving Lives, Improving Mothers' Care Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2017-19. MBRRACE-UK . Maternal, Newborn and Infant Clinical Outcome Review Programme

Middleton, P., Shepherd, E., Morris, J., Crowther, C. A., & Gomersall, J. C. (2020). Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD004945. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004945.pub5>

Muglu, J., Smith, G. C. (Ed.), Rather, H., Arroyo-Manzano, D., Bhattacharya, S., Balchin, I., Khalil, A., Thilaganathan, B., Khan, K. S., Zamora, J., and Thangaratinam, S. (2019). Risks of stillbirth and neonatal death with advancing gestation at term: a systematic review and meta-analysis of cohort studies of 15 million pregnancies. *PLoS Medicine*, 16(7), 1002838. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002838>,

National Institute of Health and Clinical Excellence (2021) Inducing labour NG 207. London: NICE.

2.4. PARTO VAGINAL DESPUÉS DE CESÁREA

JUSTIFICACIÓN

Las madres que deciden tener un parto vaginal después de cesárea (PVDC) en casa son conscientes de los problemas que conlleva una cesárea para su salud y la de sus hijos, para el vínculo con el bebé, para la lactancia y sienten que tienen más probabilidad de tener un parto vaginal si se quedan en casa. No tienen miedo al dolor físico del parto, pero sí temen (tanto como sus parejas) al dolor emocional, que puede durar meses y años.

Muchas mujeres describen que tienen que hacer un gran esfuerzo para poder tener un PVDC, esquivando obstáculos para tener el apoyo necesario de una profesional y a menudo debiendo viajar para encontrar el tipo de cuidados deseados ([Basile Ibrahim et al., 2021](#))

¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA AL RESPECTO?

- Se ha demostrado que ofrecer cuidados centrados en la mujer aumenta los índices de PVDC. Esto supone ofrecer continuidad de cuidados de comadrona durante el embarazo y continuidad de profesional durante el parto, además de sesiones educativas con información imparcial basada en la evidencia ([Lundgren et al., 2020](#); [Davis et al., 2020](#); [Clarke et al., 2020](#)). Estos modelos aumentan los conocimientos maternos y disminuyen sus niveles de ansiedad ([Wingert et al., 2018](#)). Son mujeres que están más activas durante el parto, con más verticalidad y tienen más probabilidad de hacer el trabajo de parto en el agua ([Keedle et al., 2020](#)).
- Las comadronas, tienen un papel fundamental para ayudar a conseguir un PVDC ofreciendo apoyo tranquilo y de confianza ([Nilsson et al., 2017](#)). La continuidad de los cuidados que ofrece la comadrona del parto en casa facilita la obtención de esta relación ([FAME, 2022](#)).
- El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya considera que el PVDC es un parto de riesgo medio. Y es recomendación esencial priorizar el parto vaginal en las mujeres con cesárea anterior, siendo este exitoso entre el 70 y el 90 % de las ocasiones. ([Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, 2023](#)).
- Un PVDC planificado en casa aumenta las probabilidades de parto vaginal espontáneo, disminuye el riesgo de repetición de cesárea y/o parto instrumentalizado. No hay diferencias en cuanto a ruptura uterina, ingreso de los bebés en UCI neonatal y resultados menores de 7 en APGAR a los 5 minutos de vida ([Parslow et al., 2024](#)).
- Los partos en casa en mujeres con cesárea previa tienen un alto porcentaje de éxito. Pero hay un mayor porcentaje de traslados a hospital comparado con gestantes multíparas sin cesárea anterior (18 % vs. 7 %) ([Cox et al., 2015](#)).
- El PVDC en casa reduce un 39 % el riesgo de cesárea, comparado con el PVDC hospitalario, sin que haya diferencias de resultados desfavorables, que en ambos lugares son muy raros ([Bayrampour et al., 2021](#)).

- El riesgo de rotura uterina en un parto espontáneo con cesárea anterior es de 0,15 % al 0,98 %. En un parto estimulado con medicación es de entre 0,30 % y 1,5 % y en un parto inducido con prostaglandinas oscila entre 0,68 y 2,3 %. ([Hidalgo-Lopezosa e Hidalgo-Maestre, 2017](#)).
- El éxito del PVDC aumenta y la posibilidad de rotura uterina disminuye con cada parto vaginal previo ([Wu et al., 2019](#)).
- No hay un aumento significativo del riesgo de rotura uterina en mujeres que tienen dos o más cesáreas, comparado con las que tienen una, y el riesgo absoluto de complicaciones es bajo ([De Leo et al., 2020](#); [Cahill et al., 2010](#)). El PVD2C es una opción segura para mujeres seleccionadas ([De Leo et al., 2020](#)).

RECOMENDACIONES

- Es imprescindible la revisión de la historia clínica para valorar si la gestante es candidata a un parto en casa.
- La comadrona que asuma el acompañamiento de un PVDC se debe sentir segura atendiendo este tipo de partos.
- La comadrona seguirá los cuidados de la atención del trabajo de parto según las indicaciones de esta propia guía.
 - ✓ Según la actualización de la guía NICE de 2019, en los cuidados intraparto de mujeres con una cesárea anterior:
 - ✓ No es necesario el uso de vía endovenosa.
 - ✓ Las mujeres pueden decidir después de ser informadas.
 - ✓ Las mujeres deben ser informadas de que el riesgo de rotura uterina es muy bajo.
 - ✓ La cesárea se asocia con más riesgo de hemorragia, infección y futuros problemas obstétricos.
 - ✓ No se debe ofrecer amniotomía rutinaria
 - ✓ No está contraindicado utilizar piscina de partos.
 - ✓ La mujer puede beber y comer durante el parto.
 - ✓ Se recomienda libertad de movimiento.
- La comadrona estará atenta a los siguientes signos sugestivos de rotura uterina:
 - ✓ Alteración de la dinámica uterina: desaparición o hipodinamia.
 - ✓ Alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal.
 - ✓ Hemorragia.
 - ✓ Dolor intenso que no cede entre contracciones.
 - ✓ Dolor que irradia hacia el hombro izquierdo.

- ✓ Matriz en reloj de arena: signo del Hachazo o anillo de Brandt.
- ✓ Alteración emocional con agitación muy intensa.
- ✓ Palpación directa de partes fetales.
- ✓ Desencajamiento de la presentación fetal.
- ✓ Sensación opresiva y molesta en el estómago.

REFERENCIAS PARTO VAGINAL DESPUÉS DE CESÁREA (PVDC)

Agència de qualitat i avaluació Sanitàries de Catalunya (2023) Cesària electiva en gestants amb cesària prèvia . Recomanació essencial. Departament de salut de la Generalitat de Catalunya.

Basile Ibrahim, B., Knopf, MT., Shorten, A., Vedam, S., Cheyney, M., Illuzzi, J., and Kennedy, HP. (2020) "I had to fight for my VBAC": A mixed methods exploration of women's experiences of pregnancy and vaginal birth after cesarean in the United States. *Birth*. 2021 Jun;48(2), p.164-177. doi: 10.1111/birt.12513.

Bayrampour, H., Lisonkova, S., Tamana, S., Wines, J., Vedam, S. and Janssen, P. (2021) Perinatal outcomes of planned home birth after cesarean and planned hospital vaginal birth after cesarean at term gestation in British Columbia, Canada: A retrospective population-based cohort study. *Birth*, 48, (3), p. 301-308. doi.org/10.1111/birt.12539

Cahill, AG., Tuuli, M., Odibo, AO., Stamilio, DM., Macones, GA. (2010). Vaginal birth after caesarean for women with three or more prior caesareans: assessing safety and success. *BJOG*. 117(4), p. 422-7. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02498.x.

Clarke, M., Devane, D., Gross, MM., , Morano, S., Lundgren, I., Sinclair, M., Putman, K., , Beech, B., Vehviläinen-Julkunen, K., Nieuwenhuijze, M., Wiseman, H., Smith, V., Daly, D., Savage, G., Newell, J., Simpkin, A., Grylka-Baeschlin, S., Healy, P., Nicoletti, J., Llorca, J., Carroll, M., van Limbeek, E., Nilsson, C., Stockdale, J., Fobelers, M. and Begley, C. (2020) OptiBIRTH: a cluster randomised trial of a complex intervention to increase vaginal birth after caesarean section. . *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20:143. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2829-y>

Cox, KJ., Bovbjerg, ML., Cheyney, M., and Leeman, LM. (2015) Planned Home VBAC in the United States 2004-2009: Outcomes, Maternity Care Practices and Implications for Shared Decision Making. *Birth*, 42 (4), p. 299-308.

Davis, DS., Homer, C., Clack, D., Turkmani, S., Foureur, M. (2020) Choosing vaginal birth after caesarean section: Motivating factors. *Midwifery*. 2020 Sep;88:102766. doi: 10.1016/j.midw.2020.102766.

De Leo, R., La Gamba, D. A., Manzoni, P., De Lorenzi, R., Torresan, S., Franchi, M., & Uccella, S. (2020). Vaginal Birth after Two Previous Cesarean Sections versus Elective Repeated Cesarean:

A Retrospective Study. *American journal of perinatology*, 37(S 02), S84–S88. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1714344>

FAME, Federación de Asociaciones de Matronas (2022) Recomendaciones sobre la atención al parto en casa. Documento basado en la evidencia.

Hidalgo-Lopezosa, P. and Hidalgo-Maestre, M. (2017) Risk of uterine rupture in vaginal birth after cesarean: Systematic review, *Enfermería Clínica* 27 (1), p. 28-39 <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2016.08.002>.

Keedle, H., Peters, L., Schmied, V., Burns, E., Keedle, W. and Dahlen, HG. (2020) Women's experiences of planning a vaginal birth after caesarean in different models of maternity care in Australia. *BMC Pregnancy Childbirth* 20 (381). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03075-8>

Lundgren, I., Morano, S., Nilsson, C., Sinclair, M., & Begley, C. (2020). Cultural perspectives on vaginal birth after previous caesarean section in countries with high and low rates – A hermeneutic study. *Women Birth*, 33(4), e339-e347. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.07.300>

National Institute of Health and Clinical Excellence (2019) Intrapartum care for women with existing medical conditions or obstetric complications and their babies. NG121. London: *NICE*.

Nilsson, C., van Limbeek, E., Vehvilainen-Julkunen, K., Lundgren, I. (2017) Vaginal Birth After Cesarean: Views of Women From Countries With High VBAC Rates. *Qualitative Health Research*. 27(3), p. 325-340. doi:10.1177/1049732315612041

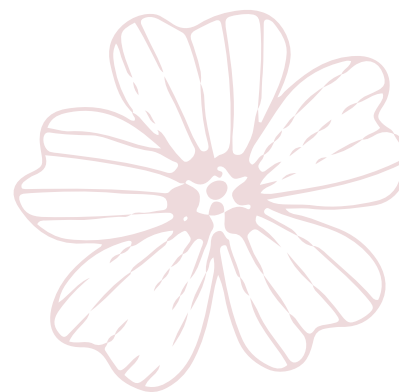
Parslow, E., & Rayment-Jones, H. (2024). Birth outcomes for women planning Vaginal Birth after Caesarean (VBAC) in midwifery led settings: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 139, 104168. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104168>

Wingert, A., Johnson, C., Featherstone, R. Sebastianski, M. Hartling, L. and Douglas Wilson, R. (2018) Adjunct clinical interventions that influence vaginal birth after cesarean rates: systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 18, 452 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2065-x>

Wu, Y., Kataria, Y., Wang, Z. Ming, WK., Ellervik, C. (2019) Factors associated with successful vaginal birth after a cesarean section: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 19, 360. doi.org/10.1186/s12884-019-2517-y

3.

EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS



3.1. PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO EN CASA

Se define como hemorragia posparto leve la pérdida hemática entre 500 ml y 1000 ml.

Se define como hemorragia posparto grave la pérdida hemática superior a 1000 ml o cualquier cantidad que comprometa el bienestar materno con signos y síntomas de hipovolemia.

Factores predisponentes:

	Causas	Factores de riesgo
TONO (Hipotonía uterina)	Útero muy distendido	Gestación múltiple Macrosoma Hidramnios
	Corioamnionitis	Fiebre RPM prolongada
	Cansancio muscular	Parto prolongado Multiparidad
TEJIDO (Retención de placenta)	Placenta	Cirugía uterina previa Placenta acreta
	Coágulos	Sangrado interno
TRAUMA (Desgarro vulvovaginal)	Grandes desgarros	Parto precipitado Parto instrumentado
	Rotura uterina	Cirugía uterina previa Hiperdinamia Distocia del parto
	Inversión uterina	Maniobras excesivas de alumbramiento Alumbramiento manual Acretismo de placenta
TROMBINA (Alteraciones de la coagulación)	Adquiridas	CID Desprendimiento placenta Sepsis HELLP
	Congénitas	Hemofilia tipo A Síndrome de Von Willebrand

RECOMENDACIONES PARA REDUCIR RIESGOS

- Tratar la anemia durante el embarazo. Es recomendable que el valor de la hemoglobina esté por encima de 11 mg/dl en el tercer trimestre y tener en cuenta los valores de ferritina y la posible sintomatología asociada (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2019).
- Conocer el historial previo de la mujer y en caso de hemorragia posparto en partos anteriores, pactar actuaciones preventivas como el alumbramiento dirigido.
- Realizar alumbramiento dirigido en partos con la fase de pujos prolongada con hipodinamia antes de la salida del bebé.
- Respetar al máximo el proceso del parto, minimizando las intervenciones en todo momento.
- Promover la liberación de oxitocina endógena durante la primera hora de vida del bebé. Facilitar para ello el vínculo madre-hijo a través del contacto piel con piel, el inicio de la lactancia materna, disponer de un ambiente cálido para evitar que la madre tenga frío y respetar el silencio y la intimidad. Evitar distracciones y manipulaciones. La mayoría de las exploraciones en la madre y la criatura pueden esperar.

SIGNOS CLÍNICOS SEGÚN PÉRDIDA SANGUÍNEA ESTIMADA

La clínica de la HPP está relacionada con el volumen sanguíneo del embarazo:

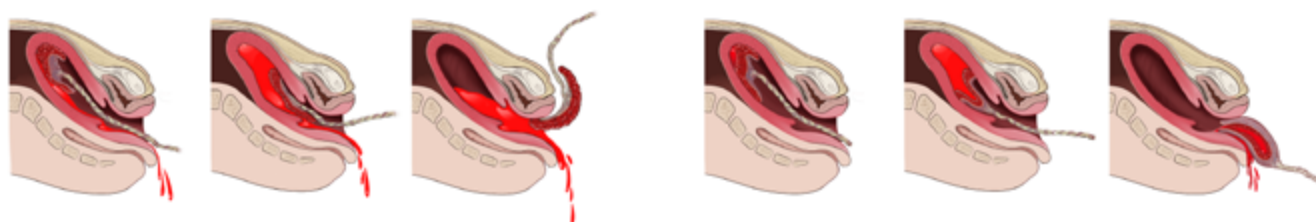
- <500 ml: normal.
- De 500 a 750 ml: patológico no grave, muchas veces sin signos ni síntomas.
- 800 a 1000 ml: grave. Inicio de mecanismos compensatorios maternos como taquicardia, taquipnea, palidez y sudor frío.
- >1000 ml. La presión arterial puede no sufrir modificaciones hasta los 1500 ml. La sensación de falta de aire y un estado alterado de consciencia son manifestaciones tardías de HPP.
- Si la madre está en piscina de partos o bañera y el agua empieza a teñirse es deseable un alumbramiento inmediato. Si este no sucede, es aconsejable salir del agua para poder cuantificar la pérdida sanguínea.

CAUSAS DE LA HEMORRAGIA POSPARTO ANTES DE LA SALIDA DE LA PLACENTA

Desgarro perineal importante: sangre roja brillante y fluida (trauma)

Actuación

- Compresión con compresa semi-helada en introito vaginal durante dos o tres minutos. Suturar tan pronto como sea posible. También se puede aplicar presión con compresa empapada en ácido tranexámico.
- Registrar en la historia clínica de forma detallada y objetiva el tipo de desgarro y toda la atención y cuidados ofrecidos (forma de sutura, material utilizado), así como la hora en la que se controla el sangrado.



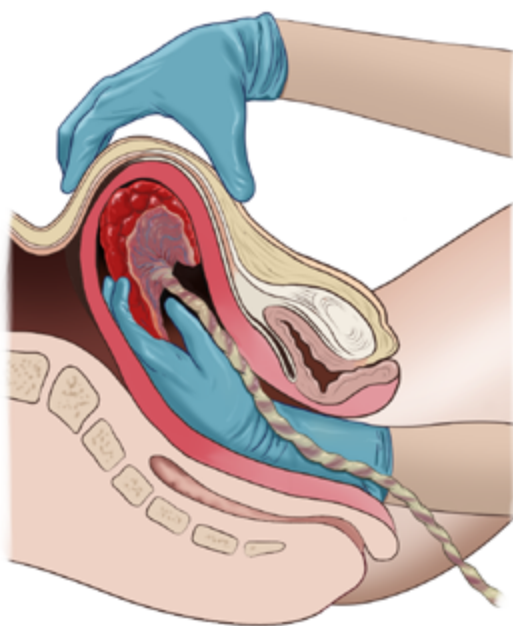
Desprendimiento parcial de la placenta por mecanismo de Duncan (asoma primero la cara materna): sangre oscura (tejido)

O desprendimiento parcial por Mecanismo de Shultze (el habitual, asoma primero la cara fetal):

Actuación:

- Administrar 10 UI de oxitocina (IM inicia su efecto a los 2-4 minutos, IV inicia efecto de inmediato). A continuación, realizar maniobra de alumbramiento: tracción controlada de cordón mientras con la otra mano, colocada en zona suprapúbica, sujetamos el útero desde fuera. Idealmente, la mujer se coloca de lado y la tracción suave controlada se realiza hacia atrás.
- NUNCA realizar maniobras de alumbramiento activo si no se ha administrado medicación uterotónica, para evitar el riesgo de ruptura de cordón, retención de productos placentarios o inversión uterina.
- Valorar la necesidad de sondaje vesical con sonda Female o Foley siguiendo medidas asépticas si se siente resistencia en el intento de alumbramiento activo. Al terminar, volver a intentar sacar la placenta mediante la maniobra de alumbramiento anteriormente citada.
- Administrar 250 mcg de ergometrina (IM inicia su efecto a los 5-8 minutos, IV inicia efecto a los 45 segundos, pero tiene un efecto prolongado de 60-90 minutos). Tras el inicio del efecto, repetiremos la maniobra de alumbramiento para extraer la placenta.
- La siguiente línea de actuación sería administrar 800 mg de Misoprostol rectal u oral sublingual. Y en cuanto la madre experimenta una fuerte contracción uterina realizar de nuevo la maniobra de alumbramiento.
- Si la placenta no se desprende y el sangrado continúa, hay que sospechar de retención de placenta o acretismo placentario y organizar el traslado inmediato en ambulancia.

- En cualquier momento que la madre experimente signos de afectación sistémica por la pérdida de sangre o en caso de traslado, mientras viene la ambulancia se procederá a la colocación de una vía endovenosa de 14-16 G con llave de tres pasos y administración 1000-2000 ml de Ringer lactato o suero fisiológico seguidos de 500-1000 ml de suero expensor de plasma. Incluir en el primer suero que cae rápido dos ampollas de oxitocina (20 UI) y, por otro lado, incluir en otro envase de sueroterapia (que puede ser de 100 ml) 1 g de ácido tranexámico que debe caer en 10 minutos.
- Si ante todas estas actuaciones la placenta no ha sido alumbrada, el sangrado prosigue y hay síntomas de shock hipovolémico, se podría considerar la extracción manual de la placenta bajo técnica estrictamente aséptica, seguida de administración de medicación uterotónica intravenosa. Debido al riesgo alto que comporta esta técnica (sepsis, perforación uterina y shock neurogénico por dolor), si el hospital está relativamente cerca es preferible un traslado inmediato.



- Valorar constantes vitales: TA, pulso, frecuencia respiratoria cada 15 minutos y temperatura cada hora.
 - Valorar de forma continuada el tono y la altura uterina. Una vez ha cesado la hemorragia, valorar cada 15 minutos.
 - Valorar la coloración cutánea y nivel de conciencia cada 15 minutos.
 - Valorar la frecuencia y la cantidad de micción.
 - Calcular la pérdida, pesando los empapadores y compresas manchadas con sangre.
 - Registrar en la historia clínica de forma detallada y objetiva los hechos y toda la atención y cuidados ofrecidos.
- Sospechar placenta acreta si, pasada una hora del cese del latido del cordón, no aparecen signos de desprendimiento placentario: no se alarga el cordón, este asciende cuando se presiona sobre el pubis y no aparece ningún sangrado oscuro. El único sangrado proviene de las posibles laceraciones o desgarro perineal, pero no fluye sangre desde el útero. En ese caso, es mejor el traslado al hospital sin intentar extraer la placenta de ningún modo para evitar una grave hemorragia.

HEMORRAGIA POSPARTO TRAS LA SALIDA DE LA PLACENTA

Actuación

secuencia de actuación de mnemotecnica MOVEMEME:

M: masaje uterino

O: administración de 10 UI de oxitocina, (IM inicia su efecto a los 2-4 minutos, IV inicia efecto de inmediato).

V: sondaje vesical.

E: administración de 250 mcg de ergometrina (IM inicia su efecto a los 5-8 minutos, IV inicia efecto a los 45 segundos).

M: Misoprostol: 800 mcg (4 x 200 mcg) administrados por vía rectal u oral sublingual.

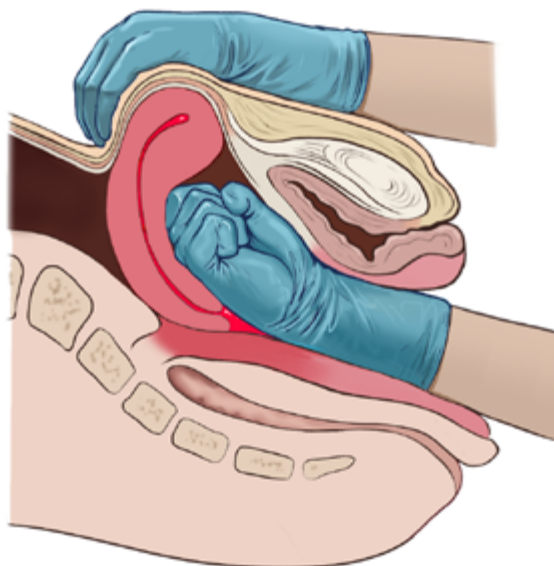
E: vía endovenosa de 14-16 G con llave de tres pasos en cualquier momento en que la madre experimente signos de afectación sistémica o, en caso de traslado, mientras viene la ambulancia:

Administrar 1000-2000 ml de Ringer lactato o suero fisiológico (al que se puede añadir 20 UI de oxitocina) o bien 1 g de ácido tranexámico. Se pueden pasar ambos medicamentos por separado, el ácido tranéxico en un envase de suero de 100 ml, que debe pasar en 10 minutos.

Administrar IV 500-1000 ml de expansor de plasma.

M: masaje uterino bimanual.

E: emergencia, traslado hospitalario.



COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA

- La sangre que fluye de la vagina de la madre ya no coagula y observamos que aparece sangrado a través de los lugares donde hemos pinchado anteriormente la medicación o la vía endovenosa. Es necesario un traslado inmediato mientras se administra sueroterapia intensiva con cristaloides y coloides.
- Examinar la placenta y las membranas en cuanto sea posible para evaluar si hay productos retenidos.
- Valorar de forma constante las pérdidas hemáticas (observar cantidad y si coagulan para descartar CID).

- Valorar las constantes vitales: TA, pulso, frecuencia respiratoria cada 15 minutos y temperatura cada hora.
- Valorar de manera continuada el tono y la altura uterina. Después del cese de la hemorragia evaluar cada 15 minutos .
- Valorar la coloración cutánea y el nivel de conciencia cada 15 minutos .
- Valorar la frecuencia y la cantidad de micción.
- Calcular la pérdida pesando los empapadores y compresas manchados con sangre.
- Registrar en la historia clínica de forma detallada y objetiva los hechos y toda la atención y cuidados ofrecidos.

UNA VEZ RESUELTA LA HEMORRAGIA SI NO HUBO TRASLADO

- Si se ha controlado el sangrado y no ha sido preciso traslado, debemos ofrecer cuidados posparto especiales y más intensos los primeros días:
- Visita antes de las 24 horas después de asegurar estabilidad materna
- Primeras 24 horas: no levantarse, miccionar en el empapador
- Pasadas como máximo 24 horas del parto: tomar TA, pulso y FR en reposo y tras sentarse. Si no hay alteraciones importantes, la ayudaremos a levantarse al lado de la cama. Si sigue estable, será acompañada al baño. Se recomienda aumentar la movilidad según el estado materno.
- Aconsejar reposo y cuidados. Dieta rica en hierro y ácido fólico además de suplementos orales de hierro.
- Es recomendable realizar un hemograma no antes de las 24/36 horas del posparto, ya que los resultados podrían ser falsos por exceso de dilución tras la sueroterapia intensa o por mayor concentración debido a la hipovolemia. Según el resultado y la sintomatología, podremos valorar la necesidad de trasladar o no a un centro hospitalario para transfundir sangre o hierro endovenoso.
- Posteriormente se realiza otro hemograma en 2 o 3 semanas para valorar su recuperación.

INVERSIÓN UTERINA

La inversión uterina es una grave complicación en el posparto inmediato. El útero se invagina sobre sí mismo y aparece en vagina. La incidencia señalada en la literatura científica es muy variada, oscilando entre 1:3500 y 1:20000.

La gravedad de la inversión uterina radica en que desencadena inmediatamente una hemorragia masiva, acompañada de un fuerte dolor que lleva con frecuencia al shock hipovolémico y neurogénico y, en ocasiones, a la parada cardiorrespiratoria. Se palpa una masa en vagina y no se palpa el fundus uterino en abdomen.

Actuación

Debe diferenciarse el diagnóstico ante shock materno, embolismo pulmonar, infarto de miocardio o ruptura uterina mediante un tacto vaginal.

El tratamiento debe ser la **reposición inmediata** para evitar edema y congestión uterina o contracción del anillo cervical, lo cual dificultará su reposición. La reposición se debe hacer independientemente de si la placenta se ha desprendido o no. NUNCA hay que intentar desprender la placenta mientras el útero está invertido.

Con asepsia total se va impulsando suavemente el fondo hacia arriba y se termina de acomodar con los dedos. Mantener el fondo uterino con los dedos durante mínimo 5 minutos o hasta que ocurra una fuerte contracción. Seguidamente administrar medicación uterotónica rápidamente, IM o IV preferiblemente, para asegurar y mantener la contractilidad uterina.

Sin embargo, hay veces que no es posible reponer el útero invertido porque el cuello se ha contraído y lo impide. En ese caso, debemos envolver la parte prolapsada con gasas mojadas en suero o agua caliente y trasladar inmediatamente, envuelto todo en una bolsa de plástico para mantener la humedad y el calor. Será necesario una anestesia general para conseguir reponerlo y antibioticoterapia posterior.

Hay que registrar en la historia clínica de forma objetiva y detallada los hechos y toda la atención y los cuidados ofrecidos.

REFERENCIAS DE ATENCIÓN A LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN CASA

Ara, Z.N., Sharma, D.Y. (2023). Uterine Inversion. In: Garg, R. (eds) *Labour and Delivery*. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-19-6145-8_18

Begley, C. M., Gyte, G. M., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A., and Biesty, L. M. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD007412. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007412.pub5>

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya (2018) Protocol de Seguiment de l'embaràs a Catalunya https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol_seguiment_embaras/protocol-seguiment-embaras-2018.pdf

Escobar, MF., Nassar, AH., Theron, G., Barnea, RE., Nicholson, W., Ramasauskaite, D., Lloyd, I., Chandharan, E., Miller, S., Burke, T., Ossanan, G., Carvajal, JA., Ramos, I., Hincapie, MA., Loaiza, S. and Nasner, A. (2022) FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *International journal of Gynecology and Obstetrics*, 157 (S1), p. 3-50. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14116>

International Confederation of Midwives and Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (2024) Declaración conjunta de recomendación para el uso de uterotónicos para

la prevención de la hemorragia posparto. *International* <https://internationalmidwives.org/es/resources/competencias-esenciales-para-la-parteria-formaciondeclaracion-conjunta-de-recomendacion-para-el-uso-de-uterotonicos-para-la-prevencion-de-la-hemorragia-posparto/>

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. [on line]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Partto_Normal_Osteba_compl.pdf

National Institute of Health and Clinical Excellence (2023) Intrapartum care. Evidence reviews for pharmacological management of postpartum haemorrhage. NG235. London: NICE

Parry Smith, WR., Papadopoulou, A., Thomas, E., Tobias, A., Price, MJ., Meher, S., Alfievic, Z., Weeks AD., Hofmeyr, GJ., Gülmezoglu, AM., Widmer, M., Oladapo, OT., Vogel, JP., Althabe, F., Coomarasamy, A., Gallos, ID. (2020) Uterotonic agents for first-line treatment of postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 11. Art. No.: CD012754. DOI: 10.1002/14651858.CD012754.pub2. Accessed 27 June 2024.

Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (2016) Prevention and management of postpartum haemorrhage [on line] Green-Top Guideline nº52. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gt52postpartumhaemorrhage0411.pdf>

Sweet, L., Wynter, K., O'Driscoll, K., Blums, T., Nenke, A., Sommeling, M., Kolar, R. and Teale, G. (2022) Ten years of a publicly funded homebirth service in Victoria: Maternal and neonatal outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 62(5), p. 664-673. doi: 10.1111/ajo.13518.

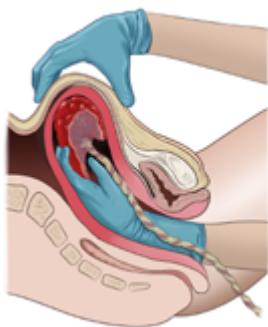
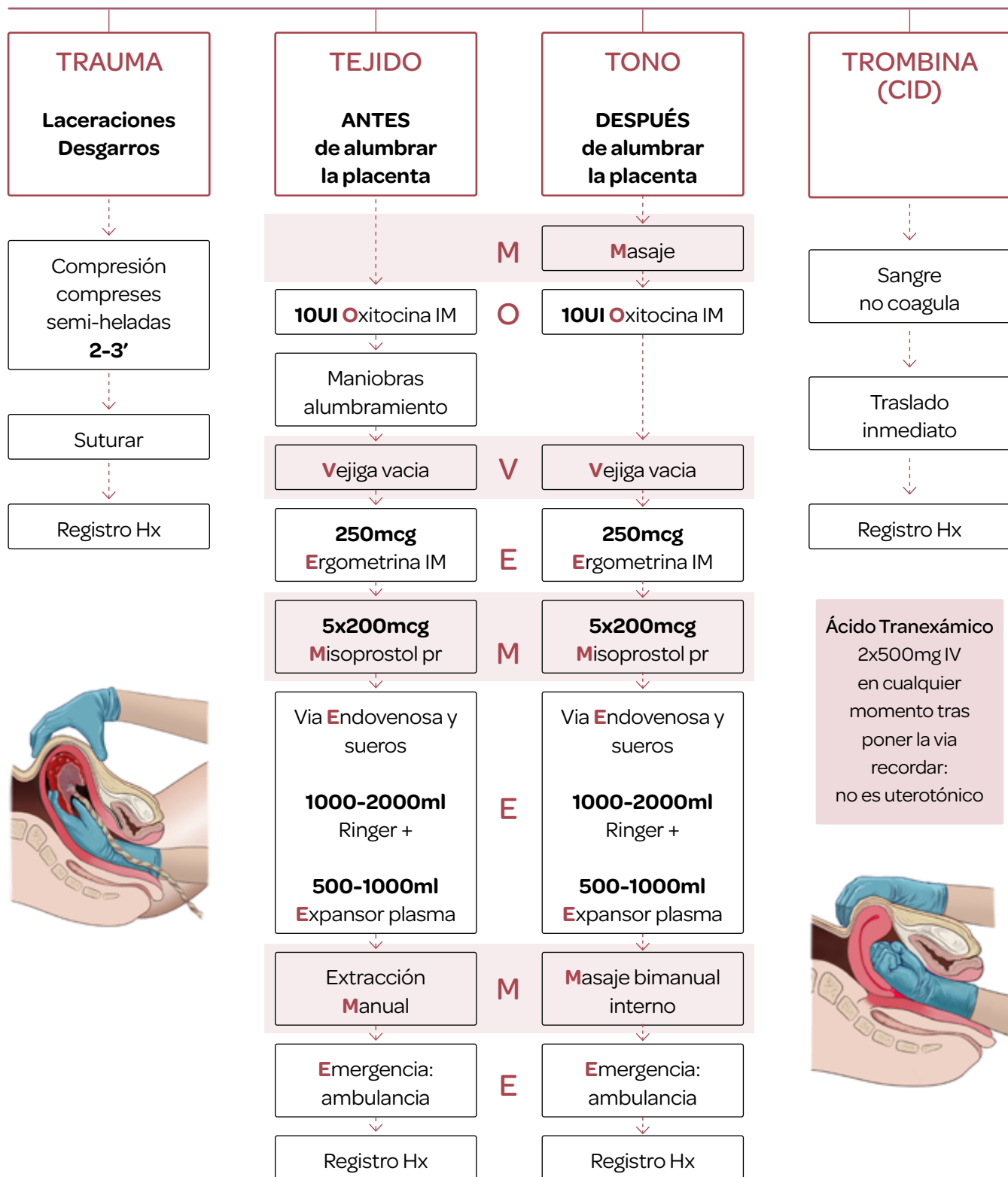
Widmer, M. (2020) Updated WHO PPH recommendations. https://www.jhpiego.org/wp-content/uploads/2020/07/Updated-WHO-PPH-recommendations_Widmer_FINAL.pdf

World Health Organization (2022) Statement regarding the use of misoprostol for postpartum haemorrhage prevention and treatment. *Department of Reproductive Health and Research Geneva: World Health Organisation*

World Health Organization (2012) WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage

Atención a la hemorragia postparto

Valorar las 4T



3.2 DISTOCIA DE HOMBROS, ACTUACIÓN Y RESOLUCIÓN EN EL PARTO EN CASA

DEFINICIÓN

La distocia de hombros es una situación de emergencia que hay que solucionar en el mínimo de tiempo posible (menos de 5 minutos). Tras el nacimiento de la cabeza la criatura queda bloqueada por los hombros, normalmente el hombro anterior se atasca encima del pubis y por eso no avanza a pesar de la fuerza que hace la madre. La criatura emerge hasta la barbilla y parece que quiere volver hacia dentro (tortugueo). A veces también está bloqueado el hombro posterior en el sacro (distocia de hombros bilateral).

La incidencia puede variar de entre 1 de cada 100 a 1 de cada 500 nacimientos. Puede suceder tanto en bebés de tamaño estándar como en bebés grandes.

DIAGNÓSTICO

Una vez que ha salido la cabeza, esta intenta retroceder y no restituye ni avanza en la siguiente contracción. El hombro anterior está atascado sobre el pubis y quizás también el posterior sobre el promontorio sacro.

ACTUACIÓN

La solución de la distocia de hombros consiste en rotar los hombros del bebé para que puedan entrar en el canal de parto. Una vez que ha rotado, se resuelve la distocia y el bebé puede nacer.

No deberían transcurrir más de 6 minutos desde la salida de la cabeza hasta la salida del resto del cuerpo. De ser así, el neonato puede tener secuelas por hipoxia severa.

Todas las maniobras externas e internas, deben probarse por un máximo de 30 segundos (RCOG, 2012).

- Si la mujer está pariendo en la piscina de partos o en la bañera, puede salir y colocarse de rodillas en el suelo.
- Si la madre ya está de rodillas, podemos aprovechar para maniobrar rápidamente.
- Si está en cuclillas o en la silla de partos, pasar a estar de rodillas es más fácil que tumbarse.
- Si la mujer está en posiciones verticales o en cuadrupedia, empezaremos por Gaskin o



Gaskin a la carrera. Si estuviera tumbada, comenzaremos por maniobra de McRoberts con presión suprapúbica.

- Si no se resuelve en 30 segundos deberemos cambiar de maniobra.
- Pedir a la madre que no empuje durante las maniobras.
- A la hora de realizar maniobras internas, se recomienda comenzar por aquella en la que la profesional se sienta más segura. Dicho esto, recientemente, la maniobra axilar ha sido descrita en la literatura como una opción rápida, eficaz y segura frente a otras maniobras, sobre todo en los partos a domicilio. Por ello, recomendamos que la rotación axilar sea la maniobra de primera elección cuando las maniobras internas son necesarias, para acortar el tiempo de salida del recién nacido.
- **Maniobra axilar con rotación:** con la mujer en cuadrupedia, se introduce una mano por la parte posterior buscando la axila posterior del bebé.
- Se sujeta la axila posterior con uno o dos dedos en forma de gancho y se gira con fuerza haciendo una rotación de hasta 90 grados, que resulta en la movilización del hombro anterior. Se puede resolver en abducción o aducción del hombro, siempre que haya rotación. Nunca estiramos hacia fuera (tracción), ya que podemos impactar todavía más el hombro anterior.
- La clave es **rotar**, la fuerza hacia fuera la hace la madre empujando después de haber liberado el hombro.
- En caso de que al introducir la mano para maniobrar en la parte posterior se encuentre la mano o el brazo flexionado del bebé, se recomienda realizar la extracción del brazo posterior y, si continúa habiendo distocia, proceder a una sencilla rotación.
- **Extracción del brazo posterior:** si se localiza bien el pecho, se desliza la mano tan adentro como se pueda hasta encontrar la manita o el codo del bebé, entonces estiramos y una vez fuera el brazo ya sale la criatura. Al salir el brazo disminuye el diámetro y el hombro posterior ya no puede seguir encajado, con lo cual hay un movimiento que facilita la rotación y desencaja el hombro anterior.



A continuación del nacimiento con distocia de hombros, es más posible que sea necesaria una reanimación neonatal y que la madre tenga una hemorragia posparto.

Debemos registrar en la historia clínica de forma detallada y objetiva los hechos y todas las maniobras realizadas, así como la hora de nacimiento de la cabeza y la hora de nacimiento del cuerpo.

Es recomendable asistir a talleres periódicamente para practicar estas maniobras y conocerlas bien.

EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE DISTOCIA DE HOMBROS

- Si la atención para resolver la distocia es correcta, se pueden evitar lesiones en el recién nacido, como daño cervical, fractura de clavícula, lesión en plexo braquial transitoria o permanente, o tetraplejia ([Swift, 2023](#); [Michelotti et al., 2018](#)).
- La formación continuada en emergencias mejora los resultados ([Dahlberg et al., 2018](#)).
- Lo más importante para resolver distocia de hombros es la experiencia ([Dalhke et al., 2017](#)).
- En los partos en casa, solo un 23 % de las distocias se resolvieron usando McRoberts y presión suprapúbica. El resto se resolvieron con cuadrupedia y con maniobras internas en cuadrupedia ([Kallianidis et al., 2016](#)).
- Resolviendo en cuadrupedia se producen muchas menos lesiones que en McRoberts ([Zheng et al., 2021](#)).
- Los estudios más recientes hablan de tracción axilar; sin embargo, la actuación correcta ante una distocia de hombros es precisamente evitar la tracción y hacer rotación ([Ansell et al., 2019](#)).
- La manera de resolver la distocia de hombros depende más de la experiencia del profesional que de los conocimientos teóricos, lo que hace que sea una situación de peligro para la salud y la vida del bebé y de la madre ([Barbieri, 2016](#)).

REFERENCIAS DE DISTOCIA DE HOMBROS

Ansell, L., Ansell, D. A., McAra-Couper, J., Larmer, P. J., and Garrett, N. K. G. (2019). Axillary traction: An effective method of resolving shoulder dystocia. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 59(5), p. 627–633. <https://doi.org/10.1111/ajo.13029>

Barbieri, RL, (2016) Intrapartum interventions for preventing shoulder dystocia - Athukorala, C - 2006 | Cochrane Library). *Intractable shoulder dystocia: A posterior axilla maneuver may save the day OBG Manag.* 2016 April;28(4), p.17-21.

Bothou, A., Apostolidi, D., Tsikouras, P., Iatrakis, G., Sarella, A., Iatrakis, D. and Zervoudis, S. (2021). Overview of techniques to manage shoulder dystocia during vaginal birth. *European Journal of Midwifery*, 48, p.1-6. <https://doi.org/10.18332/ejm/142097>

Cluver, C. A., and Hofmeyr, G. J. (2015). Posterior axilla sling traction for shoulder dystocia: case review and a new method of shoulder rotation with the sling. *American journal of obstetrics and gynecology*, 212(6), p. 784.e1–784.e7847. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.02.025>

Cohain J. S. (2012). Management of true shoulder dystocia at attended homebirth. *Midwifery today with international midwife*, (103), 28–69.

Dahlberg, J., Nelson, M., Dahlgren, M.A. and Blomberg, M. (2018) Ten years of simulation-based shoulder dystocia training- impact on obstetric outcome, clinical management, staff confidence,

and the pedagogical practice - a time series study. *BMC Pregnancy Childbirth* 18, 361 . <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2001-0>

Dahlke, J. D., Bhalwal, A., and Chauhan, S. P. (2017). Obstetric Emergencies: Shoulder Dystocia and Postpartum Hemorrhage. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 44(2), p. 231–243. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2017.02.003>

Donald D. Davis, DD., Roshan, A., Varacallo, M (2023) Shoulder Dystocia. *StatPerls National Library of Medicine*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470427/>

Gaskin, IM (2003) Birth Stories. Ina May's Guide to Natural Childbirth. Vermilion, London.

Kallianidis, A. F., Smit, M., and Van Roosmalen, J. (2016). Shoulder dystocia in primary midwifery care in the Netherlands. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 95(2), p. 203–209. <https://doi.org/10.1111/aogs.12800>

Lerner, H., Durlacher, K., Smith, S., and Hamilton, E. (2011). Relationship between head-to-body delivery interval in shoulder dystocia and neonatal depression. *Obstetrics and gynecology*, 118(2 Pt 1), 318–322. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31822467e9>

McCarter, A. R., Theiler, R. N., and Rivera-Chiauzzi, E. Y. (2021). Circumferential shoulder laceration after posterior axilla sling traction: a case report of severe shoulder dystocia. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), p. 45. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03526-2>

Michelotti, F., Flatley, C. and Kumar, S. (2018) Impacto de la distocia de hombros, estratificada por tipo de maniobra, en el resultado neonatal grave y la morbilidad materna. *Austr NZJ Obstet Gynaecol.* 58:298-305 <https://doi.org/10.1111/ajo.12718>

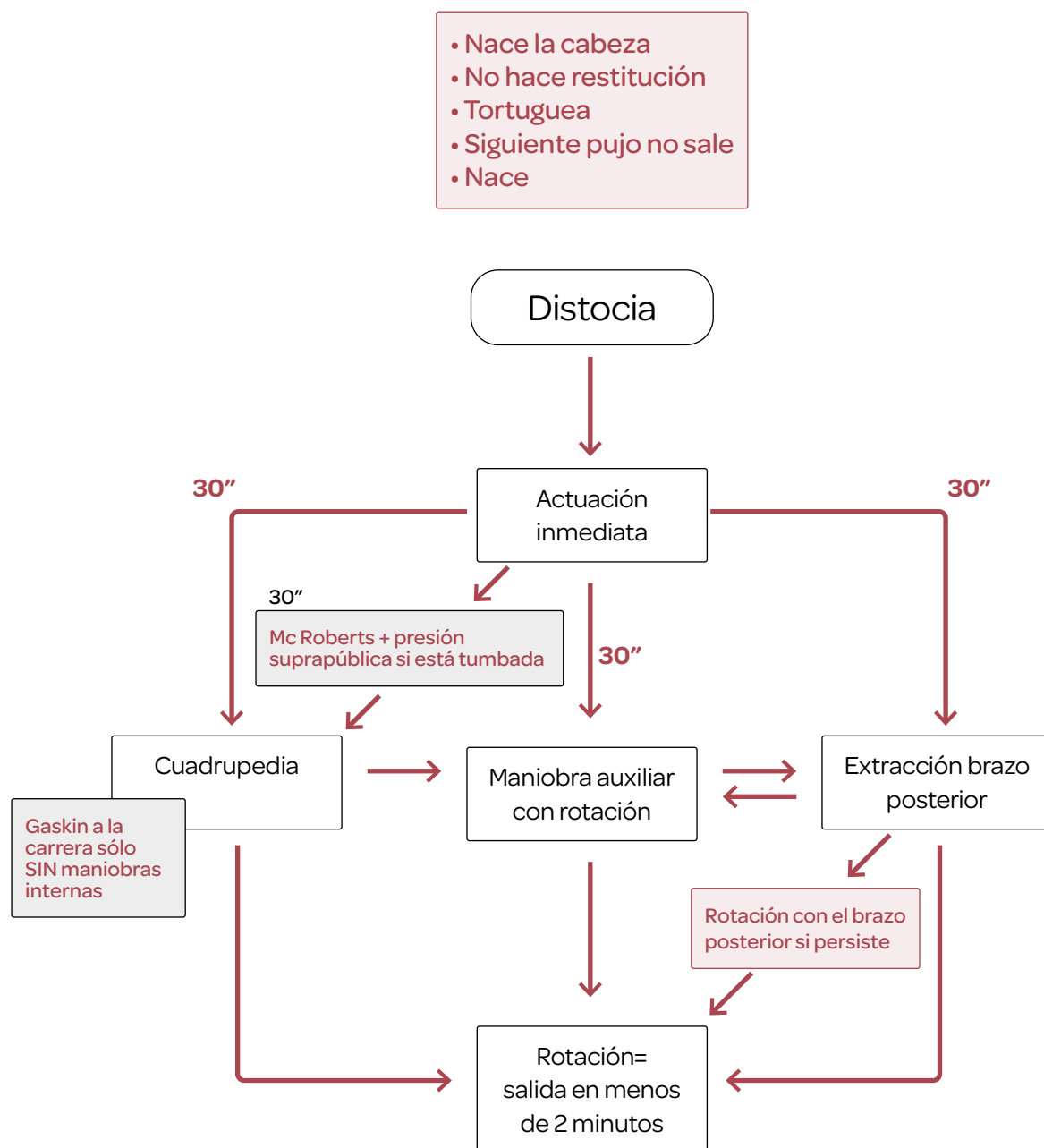
Namak, S., Beck, K., Mertz, H., and Lord, R. (2016) Axillary Digital Traction Maneuver: Shoulder Dystocia Management. *J Family Med Community Health* 3(4): p. 1086.

Reed, R. (2023) Shoulder Dystocia: the real story <https://midwifethinking.com/2015/05/13/shoulder-dystocia-the-real-story/>

Swift, A. (2023) A brief overview of obstetric brachial plexus palsy. *British Journal of Midwifery*, 31 (10)

Zheng, L., Li, H., and Zhang, H. (2021) Cohort study of use of the hands-and knees-position as the first approach to resolving shoulder dystocia and preventing neonatal birth trauma. *Gynecology and Obstetrics Clinical Medicine*, 1 (3) p.160-163, <https://doi.org/10.1016/j.gocm.2021.08.001>.

Manejo de la distocia de hombros en el parto en casa



3.3. PROLAPSO DE CORDÓN UMBILICAL

INTRODUCCIÓN

El prolapso de cordón umbilical (PCU) es una emergencia obstétrica muy poco frecuente que puede tener una alta morbilidad o mortalidad neonatal tanto si el parto es en el hospital como en el hogar familiar. La incidencia es entre el 0,1-0,6 %, y en casos de presentación de nalgas la incidencia aumenta a 1 %.

El resultado perinatal depende, en la mayoría de los casos, de la ubicación de la mujer en el momento que se produce el prolapso, la edad gestacional y el peso del bebé al nacer. Hay que tener en cuenta que muy pocas mujeres que planifican un parto en casa tienen embarazos que entren dentro de las categorías de riesgo.

FACTORES DE RIESGO

Obstétricos

- Multiparidad
- Presentaciones anómalas: no cefálica o no bien encajada en la pelvis
- Prematuridad
- Bajo peso
- Polihidramnios
- Gestaciones múltiples
- Placenta con inserción baja
- Ruptura prematura de membranas
- Sexo masculino
- Multiparidad
- Edad materna >35 años

Yatrogénicos: representan un 50 % de los casos

- Ruptura artificial de membranas con presentación alta
- Versión cefálica externa
- Inducción al parto
- Balón de Cook para inducción
- Inserción de transductor intrauterino
- Manipulación por vía vaginal de la cabeza con membranas rotas
- Versión podálica interna

DIAGNÓSTICO

Se diagnostica al ver o palpar el cordón umbilical prolapsado fuera o dentro de la vagina, además de la presencia de patrones no tranquilizadores de la frecuencia cardíaca fetal, especialmente después de la ruptura de membranas, y que no responde a cambios de posición materna.

MANEJO DEL PROLAPSO DE CORDÓN EN EL PARTO EN CASA

Cuando se diagnostica el PCU lo más importante es mantener el flujo del cordón y agilizar el nacimiento.

El intervalo entre el diagnóstico y el parto debería ser inferior a 30 minutos. El traslado al hospital es urgente. Si el traslado se lleva a cabo con transporte privado, se llamará a la sala de partos del hospital de referencia más cercano para avisar de que llegaremos en breve con una mujer con prolapso de cordón.

Generalmente, la cesárea será el método de elección para el nacimiento en la gran mayoría de los casos. De forma muy excepcional, si el parto vaginal es inminente en el domicilio, es vital estar preparadas para una posible reanimación del bebé.

ANTE UN PROLAPSO DE CORDÓN EN UN PARTO A DOMICILIO ES NECESARIO

- Avisar a la ambulancia y al hospital escogido a priori en el plan de traslado urgente.
- Colocar inmediatamente a la mujer en posición genupectoral.
- Descomprimir el cordón, desplazando la presentación hacia arriba con los dedos de la comadrona sin tocar el cordón. La frecuencia cardíaca fetal (FCF) se verifica abdominalmente para evitar que el cordón se colapse.
- Mantener los dedos y desplazar la presentación fetal hasta el nacimiento.



Durante el traslado, lo más importante es asegurar que se libera constantemente la compresión del cordón. Para ello, debemos:

- Asegurar la elevación de la presentación fetal con la mujer en posición genupectoral o SIMS corregida lateral izquierda (con un cojín debajo de la cadera) si la ambulancia no permite la primera posición.
- Evitar apartar o tocar el cordón para evitar que se colapse.
- Administrar salbutamol inhalado o ritodrina IM 1 ml/10 mg para frenar la dinámica uterina.
- Llenar la vejiga de la madre con 400-700 ml de suero fisiológico: solamente factible realmente si hay dos comadronas.
- Registrar todo detalladamente en la historia.



La formación anual ha demostrado mejorar los resultados, disminuyendo tiempo hasta el nacimiento de 25 minutos a 14,5 minutos y con la disminución de los casos con APGAR <7 a los 5 minutos.

REFERENCIAS DE PROLAPSO DE CORDÓN UMBILICAL

Behbehani, S., Patenaude, V., and Abenhaim, HA. (2016) Maternal risk factors and outcomes of umbilical cord prolapse: a population-based study. *J Obstet Gynaecol Can*, 38, p. 23–28

Bord, I., Gemer, O., Anteby, EY. and Shenhav, S. (2011) The value of bladder filling in addition to manual elevation of presenting fetal part in cases of cord prolapse. *Arch Gynecol Obstet*. 283, p. 989–991.

Boushra, M., Stone, A. and Rathbun, KM (2023). Umbilical cord prolapse. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542241/>

Copson, S., Calvert, K., Raman, P., Nathan, E. and Epee, M. (2017) The effect of a multidisciplinary obstetric emergency team training program, the In Time course, on diagnosis to delivery interval following umbilical cord prolapse - A retrospective cohort study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 57(3), p.327-333. doi: 10.1111/ajo.12530. Epub 2016 Sep 7. PMID: 27604839.

Fransen, AF., van de Ven, J., Meriën, AE., de Wit-Zuurendonk, LD., Houterman, S., Mol, BW. and Oei, SG. (2012) Effect of obstetric team training on team performance and medical technical skills: a randomised controlled trial. *BJOG*. 119(11), p.1387-93. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03436.x.

Gibbons, C., O'Herlihy, C. and Murphy, JF. (2014) Umbilical cord prolapse--changing patterns and improved outcomes: a retrospective cohort study. *BJOG*. 121(13), p.1705-8. doi: 10.1111/1471-0528.12890. Epub 2014 Jun 16. Erratum in: *BJOG*. 2015 Mar;122(4):599. PMID: 24931454.

Hasegawa, J., Ikeda, T., Sekizawa, A., Ishiwata, I. and Kinoshita, K.(2016) Japan Association of Obstetricians and Gynecologists, Tokyo, Japan. Obstetric risk factors for umbilical cord prolapse: a nationwide population-based study in Japan. *Arch Gynecol Obstet*. 2016 Sep;294(3):467-72. doi: 10.1007/s00404-015-3996-3.

Royal College of Obstetricians and Gynecologists (2014) . *Umbilical Cord Prolapse: Green-top Guideline No. 50*. London, UK: RCOG.

Sayed Ahmed, WA. and Hamdy, MA. (2018) Optimal management of umbilical cord prolapse. *Int J Womens Health*. 10, p.459-465. doi:10.2147/IJWH.S130879

Siassakos, D., Hasafa, Z., Sibanda, T., Fox, R., Donald, F., Winter, C. and Draycott, T. (2009) Retrospective cohort study of diagnosis-delivery interval with umbilical cord prolapse: the effect of team training. *BJOG*. 116(8), p.1089-96. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02179.x.

The Royal women's hospital (2020) *Cord prolapse guideline*. Victoria, Australia.

Wong, L., Wan Kwan, AH., Ling Lau, S., Sin, WTA, and Leung,TY. (2021) Umbilical cord prolapse: revisiting its definition and management. *Americal Journal of Obstetrics and Gynecology*. 225 (4), p. 357-366 <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.06.077>

3.4. PARTO DE NALGAS INESPERADO

Aproximadamente un 3 % de los bebés se presentan de nalgas al final de la gestación. En nuestro contexto, al realizar una ecografía sistemática durante el tercer trimestre, las presentaciones inesperadas son poco frecuentes. Un estudio reciente ha mostrado que la ecografía rutinaria del último trimestre se asocia a una reducción significativa de los bebés de nalgas no diagnosticados ([Knights et al., 2023](#)).

Aun así, las matronas españolas han de saber asistir el parto de nalgas y atenderlo en situaciones de urgencia según la Orden SAS 1349/2009 ([Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009](#)).

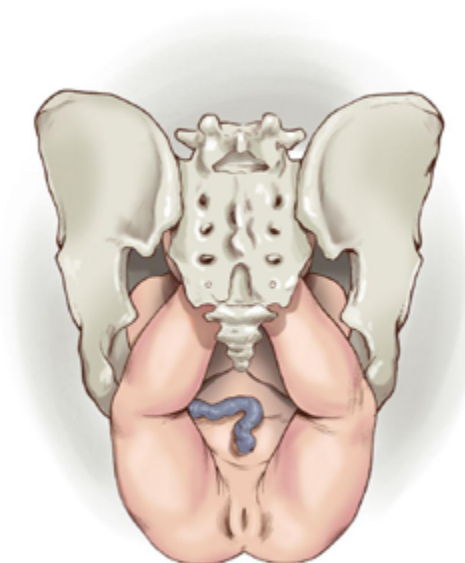
RECOMENDACIONES SEGÚN EL PROGRAMA OPTI BREECH 2023, ACREDITADO POR EL RCOG

Si durante la fase de trabajo de parto activo se detecta una presentación de nalgas inesperada, debemos valorar si es posible el traslado seguro:

- Si la mujer está en fase de dilatación temprana, trasladarla a un centro sanitario, a poder ser, especialista en este tipo de partos.
- Si el nacimiento se prevé inminente NO trasladar, pues implica mayor riesgo que atender la urgencia en casa.

Una vez que se ha asumido que el parto se atiende en casa:

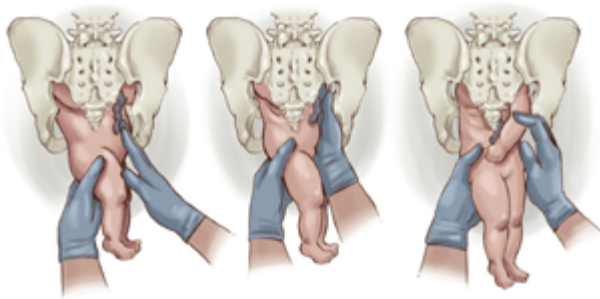
- Recomendar a la mujer que salga de la piscina si estaba dentro.
- Sugerir posiciones verticales para favorecer el descenso de la criatura, en concreto, recomendar la postura de cuadrupedia para facilitar la realización de maniobras, en caso de necesidad, durante la salida del bebé.
- Respetar los tiempos de la mujer hasta que no apreciemos coronación de las nalgas.
- Una vez que se observa la presentación en el periné, aplicar un manejo activo de pujos. Disponemos de 7 minutos para que nazca la cabeza a partir de este momento.
- Cuando haya nacido la pelvis, se recomienda que la criatura no tarde más de 5 minutos en nacer.
- Las piernas nacen simultáneamente. Si presentan dificultad, podemos ayudar aplicando presión poplítea suave.



- Una vez que ha nacido el ombligo, evitaremos tocar el cordón umbilical y tendremos presente que tenemos un máximo de 3 minutos para el nacimiento completo.
- Habitualmente, la mujer tiene sensación de pujo espontáneo; en caso de no tener ganas de empujar, la animaremos a hacerlo de forma activa y constante a pesar de no tener contracciones. Es importante entender que dentro del útero no hay bebé y un periodo largo en esta fase puede desencadenar el desprendimiento precoz de la placenta.
- A partir de este momento, si el parto se desarrolla correctamente, veremos al bebé posicionado «barriga del bebé con glúteos de la madre». Es decir, podemos dibujar una línea recta entre el ano de la madre y el ombligo de la criatura, indicando una presentación anterior en la que se espera un nacimiento espontáneo sin dificultades.
- Si, por el contrario, observamos una rotación incompleta o inexistente, sospecharemos de distocia de brazos y debemos prepararnos para aplicar maniobras específicas.

✓ Distocia de pelvis media:

- Se observa una rotación parcial hacia el diámetro oblicuo, lo que indica que el brazo del pubis está atrapado en la espina isquiática.
- Maniobra: el brazo atrapado sobre la espina isquiática debe barrerse por delante del pecho del bebé y rotar a la criatura para que se posicione «barriga con glúteos».

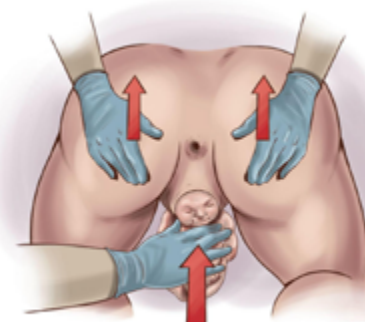


✓ Distocia de pelvis superior:

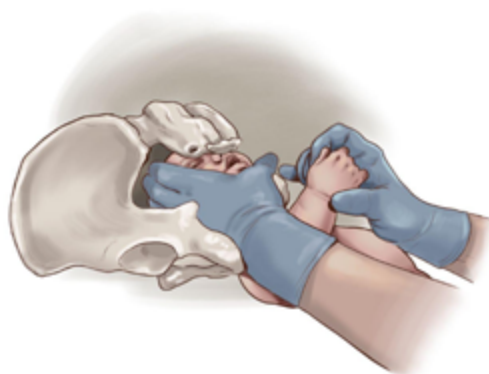
- No se observa rotación, hombros en el diámetro anteroposterior, lo que indica que el brazo (o brazos) del bebé están atrapados en el diámetro superior de la pelvis.
- Maniobra: utilizando manos de plegaria (siempre escondiendo los pulgares), rotar al bebé hacia posterior para desbloquear el brazo atrapado en el pubis. Después, rotar de nuevo al bebé hacia posición anterior, dejándolo «barriga con glúteos».



- Una vez que han nacido los brazos, utilizaremos la maniobra de presión subclavicular, la más común y efectiva, para ayudar a nacer la cabeza del bebé. Podemos ayudarnos también de la maniobra de elevación de glúteos.
- Si hay dificultad para el nacimiento de la cabeza, podemos sospechar deflexión o cabeza alta. Debemos valorar introduciendo un dedo. Si entra el dedo entero, significa que la cabeza está por encima del diámetro superior de la pelvis. Recomendaremos a la mujer ponerse en posición de Walchers sobre sus rodillas.
- Si aún así el nacimiento no ocurre espontáneamente, se recomienda aplicar las siguientes maniobras:



- ✓ Manos de plegaria hasta tocar la barbilla del bebé.
- ✓ Ascender la cabeza hacia el diámetro superior de la pelvis.
- ✓ Rotar a diámetro transverso de la pelvis superior, descender y volver a rotar a diámetro anteroposterior.
- ✓ Presión supra claviclar.



- ✓ Fórceps manuales con una mano si no funciona lo anterior.
- Una vez que nace la cabeza de la criatura, piel con piel inmediato y pinzamiento óptimo del cordón umbilical.
- En caso de precisar ayuda neonatal a la transición extrauterina, aplicar el protocolo (véase el apartado 4.5 de este anexo 4, «Reanimación neonatal y soporte a la transición de los bebés al nacer»).
- Si el APGAR es óptimo, seguir los cuidados habituales de posparto en domicilio.

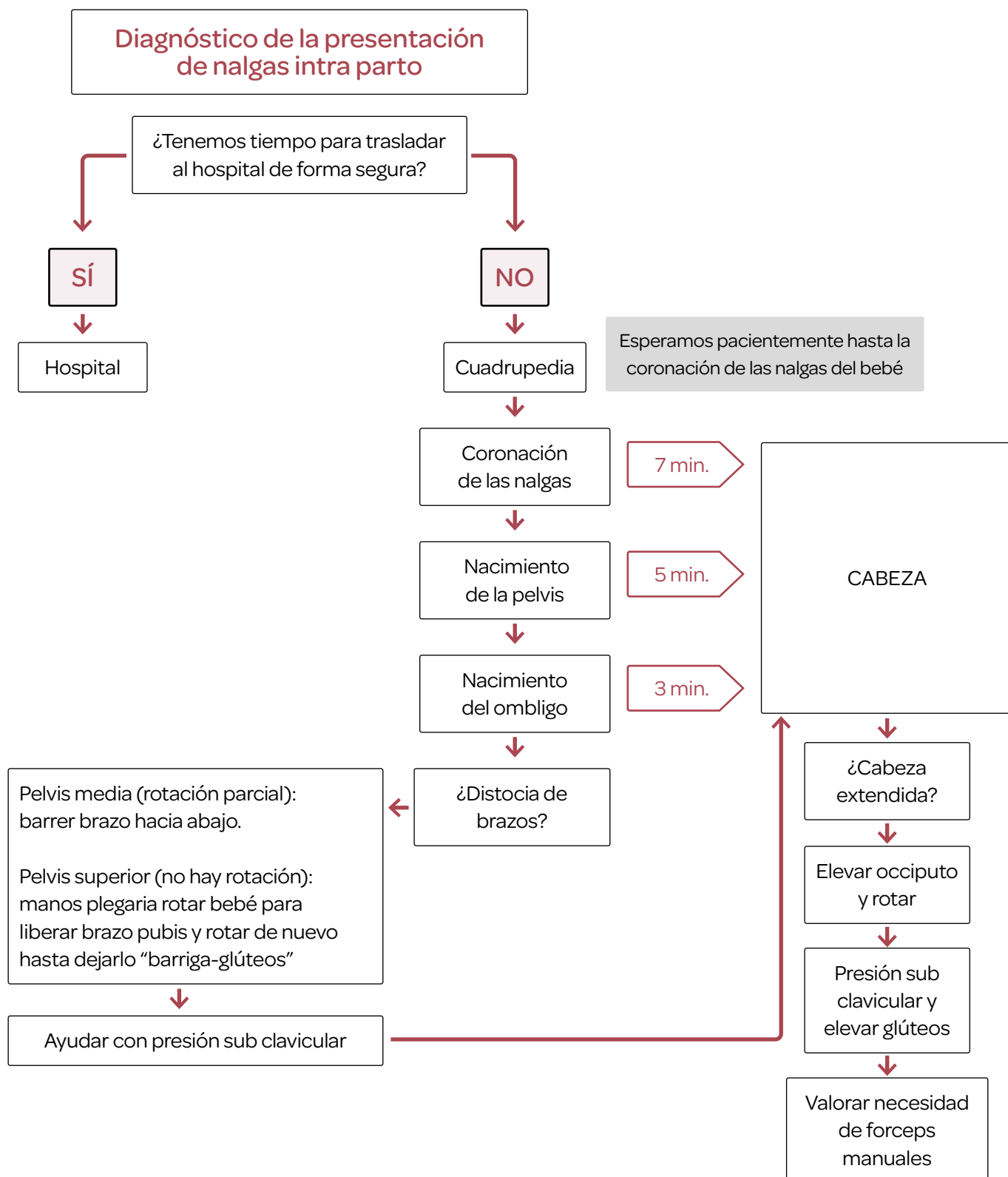
REFERENCIAS PARTO DE NALGAS INESPERADO

Knights S, Prasad S, Kalafat E, Dadali A, Sizer P, Harlow F, and Khalil A. (2023) Impact of point-of-care ultrasound and routine third trimester ultrasound on undiagnosed breech presentation and perinatal outcomes: An observational multicentre cohort study. *PLoS Med.* 6;20(4):e1004192. doi: 10.1371/journal.pmed.1004192. PMID: 37023211; PMCID: PMC10079042.

Ministerio de la presidencia, Gobierno de España (2009). *Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)*. Boletín Oficial del Estado nº129, 28-05.2009, p. 44697-44729

OPTI BREECH Partofisiológico de Nalgas 2022 (2023) *Breech birth Network Training*. <https://optibreechacademy.getlearnworlds.com/courses>

Parto de nalgas inesperado



3.5. REANIMACIÓN NEONATAL Y SOPORTE A LA TRANSICIÓN DEL RECIÉN NACIDO

A partir de American Heart Association, 2020, European Resuscitation Council, 2021 y Resuscitation Council UK guidelines, 2021

3.5.1. Reconocer la emergencia

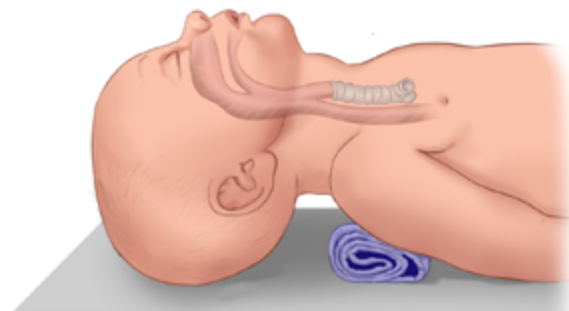
- Secar al recién nacido, observando APGAR sobre su madre, cambiar la toalla cuando esté demasiado húmeda por una previamente calentada con calentador o radiador o botella de agua caliente.
- No pinzar NUNCA el cordón umbilical, ya que es una forma de oxigenación directa de los tejidos y órganos esenciales del recién nacido.
- Estimular si es necesario.
- Si reacciona en el primer minuto y empieza a respirar por él mismo, solamente es preciso asegurar que no pierda calor (piel con piel + calor directo con calefactor de aire caliente y asegurando correcta colocación de la cabeza, dando instrucción a los padres de estar alerta y observar color y actividad del recién nacido),
- Iniciar ayuda a la transición del recién nacido al minuto de vida si el Apgar es igual o menor a 7.

Es preciso recordar que la temperatura adecuada es entre 36,5 °C y 37,5 °C.

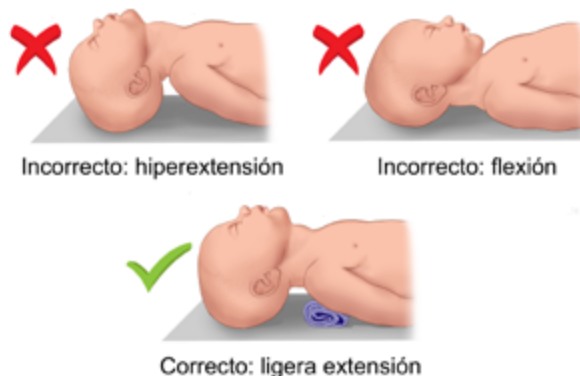
- El frío está asociado a hipoxia y acidosis (lo cual inhibe la producción de surfactante) y puede derivar en distrés respiratorio.
- El uso de glucosa de reserva para aumentar la temperatura corporal significa menos glucosa para el corazón y para las funciones metabólicas celulares.

3.5.2. Si no ha iniciado la respiración espontánea

- **Posición neutral de la cabeza:** si es preciso, poner una toalla enrollada debajo los hombros. Se puede mantener al recién nacido sobre el cuerpo de la madre para mantener calor y contar con la madre para animarlo a respirar, pero ante todo debemos asegurar una buena obertura de la vía aérea, lo cual es difícil en un bebé atónico.



- ✓ Recordar que la vía aérea del bebé es de aproximadamente 3-4 mm de diámetro.
- ✓ Evitar hiperextensión, pues la espalda puede presionar la cricoides.
- ✓ Evitar hiperflexión, debida a un occipital prominente y a falta de tono muscular.
- ✓ Considerar la tracción mandibular, ya que puede ayudar a abrir la vía respiratoria, evitando obstrucción estructural y apartando la lengua y, si es preciso, sujetar la cabeza o la mandíbula del bebé con una mano.



Si no respira, **iniciar 5 insuflaciones 2-3 segundos con ambú.**

3.5.3. Si hay respuesta

Tener en cuenta:

- Movimiento del pecho.
- Incremento de la frecuencia cardíaca (FC) >100 lpm.

En ambos casos querrá decir que estamos insuflando con éxito.



Debemos recordar que durante las dos o tres primeras insuflaciones puede NO haber movimiento del pecho porque se está remplazando el fluido en los alvéolos por aire. El volumen del pecho empezará a ser visible en la cuarta y la quinta insuflación eficaz.

3.5.4. Si no hay respuesta

- Es preciso reposicionar la cabeza y hacer tracción mandibular.
- Repetir 5 insuflaciones de 2-3 segundos con ambú.

Debemos descartar que no hay otras obstrucciones: meconio, sangre materna, mocos densos. En estos casos, se recomienda visualización directa (con el uso de laringoscopio) y succión orofaríngea con sonda, sin llegar nunca a tráquea.

3.5.5. Si hay respuesta: movimiento del pecho y la FC <100 lpm

- Hacer ventilaciones a 30-40 respiraciones/min.
- Reevaluar cada 30 segundos.

3.5.6. Si FC <60 lpm o no se detecta

- Compresiones cardíacas 3:1 a 120 lpm.
- Coordinar con ventilación.
- Reevaluar cada 30 segundos.
- Pedir ayuda de ambulancia neonatal medicalizada.

3.5.7. Si FC incrementa

- Parar compresiones cardíacas.
- Hacer ventilaciones a 30-40 respiraciones/min.



3.5.8. Si FC no incrementa

- Traslado hospitalario inmediato por necesidad de soporte avanzado.



3.5.9. Continuidad de cuidados

- Valorar la necesidad de trasladar a aquellos recién nacidos cuyo test de Apgar haya sido igual o menor a 7 a los 5 minutos.

Una vez que el bebé está estable:

- Hacer una evaluación constante: enseñar a los padres la correcta colocación de la cabeza, estar alerta y observar el color y la actividad del recién nacido.
- Asegurar buena temperatura: muy bien tapado con ropa seca, calefactor...
- Iniciar la lactancia.
- Informar detalladamente a los padres de lo sucedido.
- Recomendar que hagan turnos para dormir en las primeras 24-48 horas.
- La comadrona no debe abandonar el domicilio en las siguientes 4 horas como mínimo.
- Ofrecer visita rutinaria en las siguientes 12 horas.
- Registrar en la historia clínica todo lo sucedido de forma detallada y objetiva, así como toda la atención y los cuidados ofrecidos.

EN CASO DE MUERTE NEONATAL

La incidencia de muerte perinatal en el parto en casa en Cataluña es de 1,3 por 1000 (en los hospitales catalanes es de 4,91 por 1000).

Ante esta situación la comadrona debe:

- Llamar al servicio de emergencias.
- Cuidar de la relación con los padres con respeto y ofrecer disponibilidad en todo momento.
- Llevar a cabo una comunicación transparente con los profesionales del hospital.
- Ofrecer cuidar del posparto de la madre.
- Dar apoyo a la familia, si así lo desean. Puede ser que la relación pase por distintas fases que se deben respetar. A pesar de la dificultad, es importante mostrar disponibilidad, comunicación y transparencia.
- Ofrecer recursos a la familia: contactos de asociaciones de muerte perinatal, apoyo de psicólogas y psiquiatras perinatales...
- Cuidar del propio duelo, buscando ayuda psicológica y apoyo en otras compañeras comadronas.

REFERENCIAS DE REANIMACIÓN NEONATAL Y SOPORTE A LA TRANSICIÓN DEL RECIEN NACIDO

Alcaraz-Vidal, L., Escuriet, R., Sàrries Zgonc, I., Robleda, G. (2021). Planned homebirth in Catalonia (Spain): A descriptive study. *Midwifery*, 98:102977. doi: 10.1016/j.midw.2021.102977. Epub 2021 Mar 10. PMID: 33751929.

Andersson, O., Rana, N., Ewald, U., Malgqvist, M., Strippe, G., Basnet, O., Subedi, K. and Kc, A. (2019) Intact cord resuscitation versus early cord clamping in the treatment of depressed newborn infants during the first 10 minutes of birth (Nepcord III) – a randomized clinical trial. *BMC Maternal Health, Neonatology and Perinatology* 5(15) p.1-11. doi.org/10.1186/s40748-019-0110-z

Aziz, K., Lee, H C., Escobedo, MB., Hoover, AV., Kamath-Rayne, BD., Kapadia, VS, Magid DJ., Nirmeyer, S., Schmölzer, GM., Szyld, E., Weiner, GM., Wyckoff, MH., Yamada, NK. And Zaichkin, J. (2020) Neonatal Resuscitation: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care [on line]. *Circulation*. Consultado en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000902> [Consultado 03/09/2023].

B, SA., Mendu, SB., Pandala, P., Kotha, R., and Yerraguntla VN. (2023) Outcomes of Neonatal Resuscitation With and Without an Intact Umbilical Cord: A Meta-Analysis. *Cureus*. 2023 Aug 31;15(8):e44449. doi: 10.7759/cureus.44449.

Badursdeen, S., Roberts, C., Blank, D., Miller, S., Stojanovska, V., Davis, P., Hooper, S. and Polgla, G. (2019) Haemodynamic Instability and Brain Injury in Neonates Exposed to Hypoxia-Ischaemia. *Brain Sciences*, 9(3), p. 49. DOI:10.3390/brainsci9030049

Bhatt, S., Polglase, GR., Wallace, EM., te Pas, AB. and Hooper, SB. (2014) Ventilation before umbilical cord clamping improves the physiological transition at birth. *Frontiers in Pediatrics*. 2(113), p.1-8. doi: 10.3389/fped.2014.00113

De Paco, C., Florido, J., Garrido, MC., Prados, S. and Navarrete, L. (2011) Umbilical cord blood acid-base and gas analysis after early versus delayed cord clamping in neonates at term. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 283, p.1011-1014

Fawke, J., Wyllie, J., Madar, J., Ainsworth, S., Tinnion, R., Chittick, R., Wenlock, N., Cusack, J., Monnelly, V., Lockey, A. and Hampshire, S. (2021) Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth Guidelines. *Resuscitation Council UK*. Consultado en: <https://www.resus.org.uk/library/2021-resuscitation-guidelines> [Consultado 03/09/2023].

Kc, A., Budhathoki, SS., Thapa, J., Niermeyer, S., Gurung, R. and Singhal, N. (2021) Impact of stimulation among non-crying neonates with intact cord versus clamped cord on birth outcomes: observation study. *BMJ Paediatrics Open* 2021;5:e001207. doi: 10.1136/bmjpo-2021-001207

KC, A., Singhal, N., Gautam, J., Rana, N. and Andersson, O. (2019) Effect of early versus delayed cord clamping in neonate on heart rate, breathing and oxygen saturation during first 10 minutes of birth – randomized clinical trial. *Maternal Health, Neonatology, and Perinatology* 5(7), p. 1-7. doi. org/10.1186/s40748-019-0103-y

Kc, A., Rana, N., Målqvist, M., Jarawka Ranneberg, L., Subedi, K., and Andersson, O. (2017) Effects of Delayed Umbilical Cord Clamping vs Early Clamping on Anemia in Infants at 8 and 12 Months. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatrics*. 171(3), p. 264-270. doi: 10.1001/jamapediatrics.2016.3971

Madar, J., Roehr, CC., Ainsworth, S., Ersdal, H., Morley, C., Rüdiger, M., Skåre, C., Szczapa, T, Te Pas, A., Trevisanuto, D., Urlesberger, B., Wilkinson, D. and Wyllie, JP. (2021) European Resuscitation Council Guidelines 2021: Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. *Resuscitation* 161, p. 291-326. doi: 10.1016/j.resuscitation.2021.02.014. Epub 2021 Mar 24. PMID: 33773829.

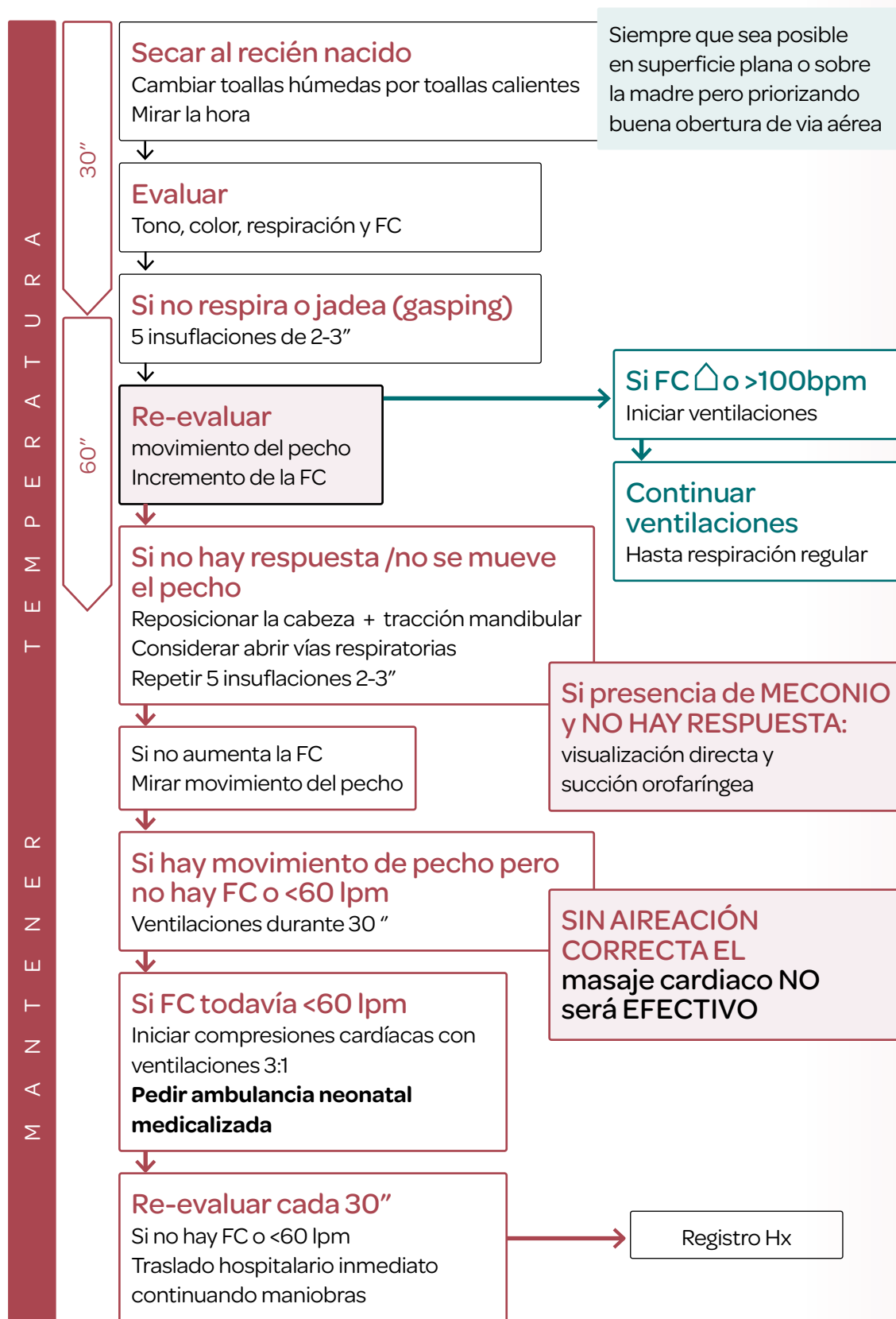
Mukherjee, S., Bulsara, JS., Das, MK., Waratakar, Y., Saha, AK., Dubey, S., Mehta, P., Gupta, B. and Singh, AK. for Indian Delayed Cord Clamp Study Group (2019) Is Delaying Cord Clamping until Placenta Delivery Beneficial? Oxygen Saturation and Heart Rate Transition during the Initial 5 Minutes after Delivery in Indian Healthy Newborns. *American Journal of Perinatology*, 7. DOI: 10.1055/s-0039-1688982

Niermeyer, S. and Velaphi, S. (2013) Promoting physiologic transition at birth: Re-examining resuscitation and the timing of cord clamping. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 18 (6), p. 385-392. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.siny.2013.08.008>

Strange, K. (2021) Integrative Resuscitation of the new born. <https://resuscitation-of-the-newborn.teachable.com/p/irn>

Vali, P., Mathew, B. and Lakashminrusimha, S. (2015) Neonatal resucitation: evolving strategies. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*. 1(4), p. 1-14. DOI 10.1186/s40748-014-0003-0

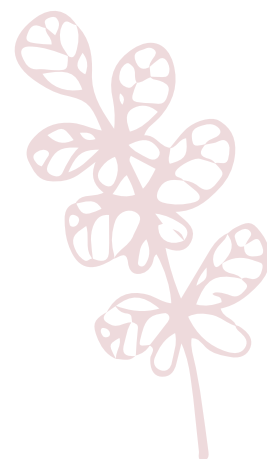
Reanimación Neonatal y soporte a la transición del recién nacido



EN TODO MOMENTO PENSAR ¿NECESITO AYUDA?

4.

DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA DEL PARTO EN CASA



ALPAC
Asistencia al Parto en Casa

Documento de traslado de parto domiciliario

Comedrone que ha atendido el parto en casa:
Nº de colegiada: _____ E-mail: _____
Teléfono: _____ Hora contacto con centro hospitalario: _____ Hora contacto con ambulancia: _____
Nombre y apellidos usuario: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Grupo sanguíneo y Rh: _____ Alergias: _____
TBA: _____
Sistema gestacional: FUR: FPR: _____
Sirepiococo: _____

Evolución trabajo de parto

Inicio espontáneo: fecha y hora _____
Hora REM: _____ LA: _____
Últimas constantes vitales a las _____ h. _____
TA: _____ Pulso: _____ Respiración: _____
Hora: FCF: DU: Dilatación Cx: Posición / plano del bebé: _____

Fecha y hora del nacimiento Fecha: _____ hora: _____
Maltas de cordón: ☐ Sí ☐ No Hornos nacidos con dificultad: ☐ Sí ☐ No
Presentación: OA ☐ OT ☐ OX: _____
APGAR 1: _____ 5: _____ Hora inicio Lactancia Materna: _____
Presencia de Meconio en el parto: ☐ Sí ☐ No
Respiración espontánea al minuto: ☐ Sí ☐ No
Reanimación respiratoria: ☐ Sí ☐ No Secado y estimulación
Pulso súbito respiratorio: 5 respiraciones 2-3 seg Aspiración meconio mucosidades
<60 bpm, masaje cardíaco 31 ventilación Clorosis: ventilaciones 40 rpm

Hora alumbramiento placenta Fecha: _____ hora: _____
Placenta: ☐ Completa ☐ Incompleta Membranas: ☐ Completa ☐ Incompleta
Sondaje Vesical: ☐ Sí ☐ No Pérdida estimada de sangre: _____ ml
Medicación administrada: _____
☐ Syntocinon 10UI IM IV ☐ Ergometrina 200mcg IM IV ☐ Misoprostol 1000mcg pr
Suero IV administrado: ☐ Suero fisiológico 1000ml ☐ Ringier Lactat 1000ml ☐ Galafudina 500ml

TRASLADO

[Descargar documento](#)

ALPAC
Asistencia al Parto en Casa

Solicitud de la placenta

Yo, _____, mayor de edad, con DNI/NIE _____ y con domicilio en la calle _____, número _____ de la localidad _____ y la provincia de _____

SOLICITO

- Que se me entregue mi placenta una vez finalizado el parto para poder hacer el uso que considere con ella.

HE ESTADO INFORMADA Y ACEPTO

- Que la placenta no me será entregada en caso de riesgo de infección o contagio.
- Que es un residuo orgánico y que asumo la responsabilidad de tratarla como tal y por lo tanto me comprometo a no eliminar como residuo urbano el material.
- Que una vez entregada me comprometo a conservarla adecuadamente en la nevera o congelador.
- Que eximo de responsabilidades al equipo o matrona que ha atendido mi parto una vez me haya sido entregada la placenta.

Nombre completo, firma y DNI de la mujer: _____
Nombre completo, firma y número de colegiada de la profesional: _____

PLACENTA

[Descargar documento](#)