



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

E. U. de Enfermería y Fisioterapia

Grado en Enfermería

TRABAJO FIN DE GRADO

Trabajo de revisión bibliográfica sistemática

Parto intervenido Vs. Parto no intervenido

Goreti Pérez López

Tutor: Jose Javier Gonzalo Martín

Salamanca, mayo 2018

ÍNDICE

LISTADO DE ABREVIATURAS

RESUMEN

| | |
|---|-------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 1-4 |
| 2. OBJETIVOS | 4-5 |
| 3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS | 5 |
| 4. SÍNTESIS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS | |
| 4.1.Objetivo 1 | 5-9 |
| 4.2.Objetivo 2 | 10-12 |
| 4.3.Objetivo 3 | 12-15 |
| 4.4.Objetivo 4 | 15-16 |
| 4.5.Objetivo 5 | 16-19 |
| 5. CONCLUSIONES | 19-20 |
| 6. BIBLIOGRAFÍA | 21-23 |

LISTADO DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud
SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
EAPN: Estrategia de Atención al Parto Normal
SNS: Sistema Nacional de Salud
FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España
IPN: Iniciativa Parto Normal
EM: Episiotomía media
EML: Episiotomía mediolateral
FCF: Frecuencia Cardíaca Fetal
MFEC: Monitorización Fetal Electrónica Continua
CTG: Cardiotocografía
AI: Auscultación Intermitente
TENS: Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea

RESUMEN:

El parto en nuestro país ha sufrido múltiples cambios a lo largo de la historia. Desde décadas atrás se está tendiendo a la realización de un parto demasiado instrumentalizado y enfocado a los beneficios del personal sanitario que atiende en vez de a los de la madre y el bebé.

Muchas de las técnicas y procedimientos realizados actualmente han sido desaconsejadas hace décadas por la OMS y por diferentes organismos públicos. Debido a ello se ha realizado esta revisión con el objetivo de analizar las diferentes técnicas y procedimientos utilizados y evidenciar si su uso es correcto o no.

Finalmente hemos podido resolver que algunas de las actuaciones realizadas actualmente respecto al parto no son las más adecuadas para la madre y/o para el bebé, por lo que lo más óptimo sería optar por un parto menos instrumentalizado y más humanizado.

Palabras clave: parto, episiotomía, postura de parto, enema, rasurado perineal, episiotomía, monitorización fetal, analgesia intraparto.

1. INTRODUCCIÓN

El parto en la antigüedad se realizaba en los hogares y fue llevado a cabo por parteras, matronas y en algunos casos médicos de cabecera. Sin embargo, la atención al parto en España cambio de forma importante de la década de los setenta con el desarrollo de la sanidad y los hospitales. Así se fue instaurando la medicalización y tecnificación de la atención al parto, y se estandarizaron los cuidados del parto y la realización de diversas intervenciones que han estado y continúan estando en discusión.

El parto normal según la Organización Mundial de la Salud (OMS) *es un parto de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño/a nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre y su bebé se encuentran en buenas condiciones.*⁽¹⁾

El parto normal según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) *es el trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37 y la 42 semana y que, tras una evolución fisiológica de dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben también evolucionar de forma fisiológica. Es el único tipo de parto susceptible de ser atendido como un parto no intervenido. Se considera parto distócico aquel que no cumpla estas condiciones.*⁽²⁾

El parto vaginal es la salida del bebé del útero pasando por la vagina, este puede ser de dos tipos:

- Eutócico: parto vaginal sin uso de instrumental.
- Distócico: parto vaginal con uso de instrumental.

Parto no intervenido (parto sin medicalizar no intervenido) según la SEGO *es el trabajo de parto que por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo. En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia, por parte del personal asistencial (matrona y auxiliar de enfermería).*⁽²⁾

Por todo lo anterior, debido a la medicalización del parto tanto la OMS como diversos organismos nacionales e internacionales comenzaron a redactar sus recomendaciones y guías a cerca del parto. Estas detallan prácticas que se consideran perjudiciales o ineficaces y prácticas de las que no existe evidencia clara y se siguen realizando actualmente, así como prácticas que existe evidencia de su utilidad y que deberían ser promovidas y que actualmente siguen sin llevarse a cabo.

En 1985 la OMS redactó un informe sobre las recomendaciones del nacimiento, específicamente sobre la aplicación de tecnologías para el parto. Además, en él señaló que la mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de esa atención, incluyendo su participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención.

Algunas de las recomendaciones redactadas en este informe fueron:

- Informar a toda la comunidad de los distintos métodos de atención al parto, para que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera.
- No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15% de mortalidad perinatal.
- No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea, sino que debe recomendarse un parto vaginal.
- No está indicado rasurar el vello pubiano ni administrar un enema antes del parto.
- No hay evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo, sino que solo debe realizarse monitorización fetal electrónica en casos de alto riesgo de mortalidad perinatal y en partos inducidos.
- La frecuencia cardíaca fetal se recomienda realizarla mediante auscultación durante la primera fase del parto y con más frecuencia durante el expulsivo.
- No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo; sino que debe recomendarse caminar durante la dilatación y el expulsivo. Además, cada mujer debe decidir libremente que posición adoptar durante el expulsivo.
- No está justificado el uso sistemático de episiotomía, sino que debe protegerse el perineo siempre que sea posible.

- La inducción al parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas y ninguna región debería tener más de un 10% de inducciones.
- Evitar la administración rutinaria de analgésico o anestésicos durante el expulsivo, salvo que se necesiten para corregir o prevenir una complicación.
- No está justificado realizar como procedimiento de rutina la rotura artificial de membranas.⁽³⁾

En 1996 la OMS creó la Guía Práctica sobre los cuidados en el Parto Normal con el objetivo de evaluar la evidencia de algunas de las prácticas más comunes en la atención al parto normal y establecer recomendaciones basándose en dicha evidencia. En ella, clasificaron las recomendaciones sobre el Parto Normal en 4 categorías:

- A. Prácticas que son claramente útiles y que deberían ser promovidas.
- B. Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces y que debieran ser eliminadas.
- C. Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que los nuevos estudios clarifiquen el tema.
- D. Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente.⁽¹⁾

En 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró la “Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) en el Sistema Nacional de Salud (SNS)”, cuyo objetivo es impulsar un cambio en el modelo de atención al parto, basado en la evidencia y atento a las necesidades de la mujer y el bebé que va a nacer. Todo esto considerando que el parto y nacimiento es un proceso fisiológico en el que solo se puede intervenir en situaciones que se desvían de la normalidad y en el cual se debe respetar la privacidad y dignidad de las mujeres, así como favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad.⁽⁴⁾

En 2007, la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) elaboró Iniciativa al Parto Normal (IPN), el cual es un documento de consenso sobre la asistencia al parto normal por las matronas basado en la evidencia.⁽⁵⁾

En 2010 se creó en España la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, en su realización por primera vez las usuarias de dicha guía formaron parte del equipo. Con ella se pretende contribuir a la transformación en el modelo de atención al parto en el SNS, para así ofrecer una atención más eficaz, segura y

personalizada. Esta guía se va actualizando periódicamente (la última actualización se realizó en 2014).⁽⁶⁾

Muchas de estas recomendaciones siguen sin realizarse hoy en día en España y la práctica de ciertos procedimientos e intervenciones sigue siendo habitual en muchos de nuestros hospitales. Lo cual hace que no se ponga a la mujer en el centro y el control del trabajo de parto y que ella tome las decisiones de lo que va a ocurrir; incluyendo su participación en la planificación, ejecución y evaluación de dicha atención. Esto anteriormente descrito es lo que se entiende por humanización del parto, que es donde se quiere llegar a través de todas las recomendaciones y guías del parto normal y que actualmente no se está consiguiendo en los hospitales españoles.

Debido a todo esto en este trabajo se va a realizar una evaluación a través de diferentes artículos científicos de las diferentes técnicas, procedimientos e intervenciones realizados durante el parto normal para así poner en evidencia si su uso es realmente beneficioso para el proceso de parto así como para la mujer.

2. OBJETIVOS

Los objetivos que nos hemos marcado para la realización del presente trabajo son:

Como objetivo principal: analizar las diferentes técnicas realizadas en el parto para evidenciar si son las correctas o no, debido a que las recomendaciones están en su contra aunque estas no se cumplan.

Para resolver lo anterior nos hemos planteado diversos objetivos secundarios, pero debido a que nos sería imposible plasmar todos en este trabajo nos hemos centrado en los que nos resultan más relevantes, los cuales describimos a continuación:

1. Evaluar los perjuicios de posición de litotomía frente a las diferentes posiciones que se pueden adoptar durante la dilatación y el expulsivo en el parto normal, así como la posibilidad de movilización durante la dilatación.
2. Analizar la efectividad del enema de limpieza y el rasurado perineal, así como de la episiotomía rutinarias en el parto normal.
3. Estudiar las diferencias de la episiotomía rutinaria respecto a su no realización o a su realización selectiva en cuanto a diferentes aspectos en el parto normal.
4. Valorar los beneficios o perjuicios de la monitorización fetal continua frente a la intermitente en el parto normal.

5. Comparar los diferentes tipos técnicas que pueden ser utilizados para el alivio del dolor en el parto normal.

3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura existente respecto a los objetivos planteados. La búsqueda de documentos se ha realizado en las siguientes bases de datos: Cuiden Plus, PubMed, Dialnet, Biblioteca Cochrane Plus y Scielo, además se ha utilizado el buscador Google Académico. También se han revisado libros y revistas de la biblioteca de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia.

Los descriptores utilizados para la búsqueda han sido: parto, posturas parto, enema, rasurado perineal, episiotomía, monitorización fetal y alivio del dolor en parto; así como sus mismos términos en inglés: childbirth, childbirth positions, enema, perineal shaving, episiotomy, fetal monitoring y pain relief in childbirth.

En la búsqueda inicial se excluyeron documentos anteriores al año 2000 (salvo un artículo de especial interés y diferentes guías), aquellos que no ofrecían el texto completo o que el mismo no era de acceso gratuito y los que no se encontraban redactados en español o inglés.

Finalmente se revisaron 86 documentos de los cuales solo fueron seleccionados 20 para la realización de la síntesis de resultados debido a que el resto no resultaban esclarecedores para los objetivos marcados. Además, también se seleccionaron guías, recomendaciones y protocolos realizados por la OMS y por diferentes organizaciones españolas.

4. SÍNTESIS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para poder resolver los objetivos marcados vamos a ir resolviendo cada uno de ellos de forma independiente, comparando lo que dicen los diferentes autores al respecto.

4.1. Objetivo 1: Perjuicios de la posición de litotomía (decúbito supino) frente a las diferentes posiciones alternativas que se pueden utilizar durante la

dilatación y el expulsivo en un parto normal, así como la libertad de movimiento.

Históricamente las mujeres adoptaban posiciones verticales durante el trabajo de parto, pero desde décadas atrás la postura materna que más habitualmente utilizada en los hospitales españoles es la de litotomía. Esto se debe a que es la más cómoda para el personal que atiende el parto y para el uso de instrumental, así como por el desconocimiento de la mujer. Sin embargo, la OMS no recomienda colocar a la embarazada en esta posición durante la dilatación y el expulsivo, sino que recomienda caminar durante la dilatación y que cada mujer decida libremente que posición adoptar durante el expulsivo.⁽³⁾

Respecto a esta controversia **Riquelme R. et al.**,⁽⁷⁾ realizaron en 2005 una revisión bibliográfica de los artículos más recientes y más novedosos encontrados entre 1993 y 2005, sobre la posición de la mujer en los periodos de dilatación y expulsivo en el parto, con el objetivo de describir la influencia de las posiciones en el parto con respecto a distintos parámetros de interés. Concluyen que la posición supina no debe ser la postura de elección en el parto y que los beneficios de la posición vertical son superiores a los riesgos; demostrando que esta última no tiene repercusiones negativas sobre el niño ni sobre la madre.

A continuación vamos a resumir las conclusiones a las que llegan respecto a la relación de la posición con cada parámetro:

- La posición vertical reduce el dolor intenso así como la frecuencia y el tiempo de dolor en el expulsivo.
- La posición vertical también disminuye el tiempo de expulsivo, debido a que aumenta la presión intraútero y facilita el pujo. Además, su adopción durante la dilatación y el parto reduce el número de partos instrumentalizados.
- La posición supina se relaciona con un mayor índice de episiotomías y la posición vertical con un índice menor, sin embargo en esta última hay un aumento de desgarros perineales de grado II.
- Las posiciones no supinas aumentan el riesgo de sufrir pérdidas sanguíneas de más de 500 cm³, pero en ningún caso se necesitó transfusión.

Sin embargo, también disminuyen la compresión aorto-cava, producen contracciones más fuertes y eficientes, aumentan el diámetro de la pelvis,

provocan menor riesgo de hipotensión materna y, además, le proporcionan al feto mejor acomodación y saturaciones más altas de oxígeno.

- La posición no supina reduce la experiencia dolorosa de la madre y le aporta sensación de más control.

Romero Roy M.E. et al.,⁽⁸⁾, realizaron en 2008 una revisión de la bibliografía para determinar las diferencias entre el parto vertical y el parto en decúbito supino respecto a diferentes parámetros importantes en el parto, además enumeraron recomendaciones basadas en la evidencia respecto al embarazo y el parto. En ella concluyeron que la evidencia científica demuestra las ventajas de la libertad de movimiento y posturas en el parto, por lo que se debe facilitar a la mujer la libre elección de su postura para dar a luz. Respecto a diferentes parámetros importantes en el parto determinan que:

- Las posturas verticales aumentan la frecuencia y la eficacia de las contracciones, porque al ejercerse mayor presión sobre el cuello del útero se genera un reflejo que hace que aumente la secreción de oxitocina.
- Las posiciones verticales y laterales están asociadas con una menor duración del periodo expulsivo y con menor dolor agudo o severo en esa etapa (ya que la posibilidad de que la mujer pueda decidir su posición hace que aumente el flujo de endorfinas y con ello disminuye la sensación de dolor).
- La postura vertical con flexión y abducción de caderas aportan un mayor espacio pélvico, a diferencia se la posición semiacostada o semisentada que lo reducen. Existe evidencia de que la postura de cuclillas aumenta un 28% el espacio pélvico en comparación con la posición supina.
- Las posiciones verticales o laterales están asociadas con un menor número de partos instrumentales y con una menor tasa de episiotomías, pero con un mayor número de desgarros de grado II (la postura lateral es la que proporciona mayor número de perinés intactos).
- Las posiciones verticales se asocian a mayor número de hemorragias mayores de 500 ml, aunque esto puede estar asociado a una sobreestimación de la cantidad de sangrado ya que se presenta de forma más aguda en esta postura.
- Las posiciones verticales o laterales están asociadas a menores patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal, debido a que con ella se disminuye

la compresión de la vena cava de la madre (disminuyendo así la hipotensión materna).

Molina Reyes C.Y. et al.,⁽⁹⁾ realizaron en 2008 un estudio analítico retrospectivo conformado por 1122 mujeres que dieron a luz en los años 2006 y 2007 en el Hospital General Básico de Baza. Su objetivo era valorar como influye en los resultados materno-fetales de los partos la adopción de posturas diferentes a la de litotomía durante el periodo de expulsivo.

Encontraron que un 82,07% de las mujeres adoptaron la posición de litotomía, un 9,81% estuvieron en cama, un 3,78% adoptaron posición de cuclillas y el 4,34% restante adoptaron posición sentada, de pie o manos-rodillas.

Respecto a la realización de episiotomía se vio que se realizó en el 51% de las mujeres que adoptaron la posición de litotomía, y sin embargo en el resto de posiciones solo se realizó en un 2% de los casos.

En la posición de litotomía se obtuvieron un 35,4% de perinés íntegros, mientras que en posición sentada se obtuvieron un 66,7%, en posición de pie un 76,2%, en posición manos-rodillas un 61,5% y en cuclillas un 73, 8%. Pero, sin embargo, también se determina que la producción de desgarros de tipo II es más frecuente en posiciones distintas a la de litotomía (*Tabla 1*).

| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia total | Porcentaje respecto al total |
|----------------|-------------------|-------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| Litotomía | 137 | 74,1 | 920 | 14,9 |
| Sentada | 2 | 1,1 | 15 | 13,3 |
| De pie | 4 | 2,2 | 21 | 19,1 |
| Cama | 29 | 15,7 | 110 | 26,4 |
| Manos rodillas | 5 | 2,7 | 13 | 20,4 |
| Cuclillas | 8 | 4,3 | 42 | 19,1 |
| Total | 185 | 100,0 | 1121,0 | 16,5 |

Tabla 1: Desgarros tipo II en relación con la posición materna.⁽⁹⁾

Cutilla Muñoz A.M. et al.,⁽¹⁰⁾ realizaron una revisión bibliográfica en el periodo 2005-2016 en la cual analizaron 12 artículos. En ella evidencian que la libertad de movimientos durante el parto, la adopción libre de posturas y el uso de ciertos

instrumentos, como la silla obstétrica, son relevantes para que la mujer soporte el dolor y pueda evitar el uso de analgesia epidural.

La silla obstétrica o silla de partos ha sido utilizada desde la época egipcia y mesopotámica. Este instrumento se asemeja a la tradición de parir sentada apoyada en el acompañante, la cual es típica en Persia e India.

Esta silla ayuda a que la mujer adopte una posición muy similar a la de cuclillas, la cual junto a las posiciones verticales o laterales determinan estos autores que favorecen el acortamiento del expulsivo (debido a que amplían el diámetro de la pelvis y por la acción de la gravedad), disminuyen el dolor y la necesidad de analgesia y están asociadas con menores tasas de episiotomías y menor dolor agudo durante el expulsivo. Además estas posiciones aportan un menor porcentaje de casos de alteración de la frecuencia cardiaca fetal, debido a que con ellas disminuye el riesgo de compresión de aorta-cava y con ello mejora la oxigenación fetal. Pero estos autores asocian también estas posiciones con ciertas desventajas, las cuales son un aumento del sangrado (mayor a 500 ml) y un mayor porcentaje de desgarros de grado II.

Lawrence A. et al.,⁽¹¹⁾ realizaron una revisión de 25 ensayos (5218 mujeres) aleatorios (desde 1963 hasta 2012) que comparaban a mujeres asignadas al azar a posiciones verticales y deambulación frente a posiciones en decúbito durante el periodo de dilatación. Teniendo en cuenta que la mayoría de las mujeres tenían un embarazo sin riesgo.

Los resultados que obtuvieron fueron que con la posición vertical el periodo de dilatación fue más corto, la probabilidad de parto vaginal espontáneo era mayor, se realizaron menos cesáreas, se administraron menos epidurales (debido a que su sensación de dolor era menor) y los recién nacidos eran menos propensos a ser ingresados en unidades de cuidados intensivos.

Debido a todo esto recomiendan que las matronas estimulen y apoyen a las madres para que adopten posiciones verticales durante el periodo de dilatación, siempre que no esté contraindicado.

4.2.Objetivo 2: Efectividad del enema de limpieza y el rasurado perineal rutinarios en el parto normal.

El enema de limpieza y el rasurado perineal son dos prácticas realizadas actualmente en los hospitales españoles en un elevado número de partos. La justificación de su realización se basa, en caso del enema, en que con el disminuye el riesgo de infección para la madre y el RN al disminuir la contaminación fecal del periné y, además, disminuye la duración del trabajo de parto al proporcionar más espacio para el feto y estimular la dinámica uterina⁽⁶⁾. Respecto al rasurado se basa en que disminuye el riesgo de infección y que facilita la sutura de la episiotomía (si esta se realiza)⁽⁶⁾.

Sin embargo, la OMS en 1985 ya determino que no está indicado rasurar el vello pubiano ni administrar enema de limpieza antes del parto⁽³⁾.

Debido a esta controversia vamos a analizar lo que dicen los diferentes autores al respecto.

Basevi V. y Lavender T,⁽¹²⁾ realizaron una revisión de dos ensayos controlados que comparan los efectos del rasurado perineal sistémico frente a no realizar ningún rasurado perineal. Estos ensayos fueron: el **ensayo de Johnston** 1922 que incluye a 389 mujeres y el **ensayo de Kantor** 1965 que incluye a 150 mujeres.

Respecto a la infección materna no se encontró diferencia significativa, en ambos ensayos, entre las mujeres que habían recibido rasurado perineal y las que no. En el ensayo de Kantor se hayo que las mujeres rasuradas tuvieron mayor incidencia de colonización de bacterias gramnegativas; sin embargo, no hubo diferencia en la colonización de grampositivas entre ambos grupos, ni en la pirexia materna, ni en la morbilidad febril materna.

Además, en el ensayo de Kantor incluye los efectos secundarios ocasionados en mujeres que fueron rasuradas, estos son: irritación, enrojecimiento, rasguños superficiales múltiples y ardor y prurito vulvar.

Debido a lo anterior, estos autores no apoyan el rasurado perineal sistemático antes del parto.

Onandia Garate M. et al.,⁽¹³⁾ realizaron en 2016 una revisión bibliográfica con el objetivo de resolver a las gestantes sus dudas sobre el rasurado perineal en el parto, destacando sus riesgos y beneficios.

Destacan que esta práctica es molesta e incómoda para las mujeres ya que produce prurito y malestar cuando crece el vello. Además, ocasiona erosiones en la piel que pueden llevar a la colonización de microorganismos.

Debido a lo anterior determinan que si es necesario eliminar el vello, en caso de ser necesario para realizar una sutura, es preferible llevara a cabo el corte del vello de la zona a suturar.

Finalmente concluyen que el rasurado perineal sistemático es injustificado e innecesario para el parto.

Reivez L. et al.,⁽¹⁴⁾ realizaron una revisión Cochrane de 3 estudios, con 1765 mujeres, para evaluar los efectos del enema administrado durante la fase de dilatación del parto. En la revisión incluyeron 4 ensayos controlados aleatorios, que incluían a 1917 mujeres, en los que se comparaba el uso del enema con no usar el mismo.

Respecto a los resultados obtenidos destaca que no se encuentran diferencias significativas respecto a las tasas de infección neonatal en mujeres en las que se había empleado enema respecto a las que no. Además, tampoco se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos respecto a la duración del trabajo de parto y a las tasas de infección de las mujeres en el puerperio.

Debido a lo anterior estos autores concluyen que no se debe recomendar el uso del enema de manera sistemática.

Romney M.L. y Gordon H.,⁽¹⁵⁾ realizaron en 1981 un estudio aleatorizado en el que incluyeron a 274 mujeres, 149 de las cuales recibieron enema antes del parto y 125 no; su objetivo era estudiar los efectos del enema sobre la duración del trabajo de parto, la contaminación fecal y la incidencia de infección en la madre y el recién nacido (RN).

La duración del trabajo de parto fue semejante en los dos grupos (*Tabla 2*), así como tampoco hubo diferencia significativa respecto a la incidencia de infección (en ambos grupos se presenció infección neonatal en 7 de los RN). La contaminación fecal también fue similar en ambos grupos, pero después de la administración de enema esta contaminación es difícil de controlar debido a que las heces son más fluidas y, por lo tanto, más difíciles de limpiar.

| | | Duration of labour (hours) | | | | | | Total |
|--------------|----|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | | ≤4 | - 6 | - 8 | - 10 | - 12 | >12 | |
| | | <i>No enema</i> | | | | | | |
| Primiparae | .. | 14 | 12 | 7 | 9 | 5 | 6 | 53 |
| Multiparae | .. | 36 | 11 | 7 | 15 | 2 | 1 | 72 |
| Total | | 50 | 23 | 14 | 24 | 7 | 7 | 125 |
| | | <i>Enema</i> | | | | | | |
| Primiparae | .. | 14 | 8 | 11 | 12 | 6 | 10 | 61 |
| Multiparae | .. | 40 | 20 | 14 | 8 | 4 | 2 | 88 |
| Total | | 54 | 28 | 25 | 20 | 10 | 12 | 149 |

Tabla 2: Duración del trabajo de parto en el grupo con enema y el grupo sin enema.⁽¹⁵⁾

Debido a lo anterior, concluyen que no hay evidencia para la administración de enema rutinario debido a que no reduce la incidencia de contaminación fecal y de infección y no disminuye el tiempo de trabajo de parto, pero sin embargo si causa angustia e incomodidad a las pacientes a las que se les administra.

Además, señalan que la única indicación del enema es en aquellas mujeres que lleven más de 24 horas sin defecar.

4.3.Objetivo 3: Diferencias de la realización de episiotomía rutinaria respecto a no realizarla o hacerlo selectivamente en cuanto a diferentes aspectos en el parto normal.

La episiotomía consiste en la realización de una incisión quirúrgica en el perineo (seguido de su sutura, llamada episiorrafia), esta puede ser de dos tipos: episiotomía media (EM) y episiotomía mediolateral (EML).

Dicha técnica se realiza con la justificación de que reduce el riesgo de los desgarros perineales (o traumatismos perineales) durante el parto, además de que reduce la disfunción del suelo pélvico y la incontinencia urinaria y fecal.⁽⁶⁾ Sin embargo, ya en 1985 la OMS expuso que no está justificado su uso sistemático, debido a que siempre que sea posible se debe proteger el periné.⁽³⁾

Esto último se debe a que el traumatismo perineal puede llevar consigo problemas a corto o largo plazo para la madre, como son: aumento de la perdida hemática, dolor, infección o dehiscencia de sutura, dispareunia (dolor durante el coito), fistula urinaria, incontinencia urinaria, fistula rectal e incontinencia fecal (por el desgarro del esfínter anal) entre otras.

Por todo esto vamos a analizar lo que la bibliografía nos aclara respecto al uso de la episiotomía de forma rutinaria.

Romero Martínez J. y de Prado Amián M.,⁽¹⁶⁾ llevaron a cabo una revisión bibliográfica de artículos seleccionados entre los años 1990-2001 con el objetivo de conocer ventajas e inconvenientes del uso de la episiotomía.

Estos autores citan a Lee y Pomeroy quien en 1920 instauraron el uso rutinario de la episiotomía. La cual según diferentes estudios revisados se realiza en España en una cifra muy superior al 30% de la recomendada por la OMS. Siendo la más utilizada la EML.

Respecto a la relación de la episiotomía con la reducción de desgarros tipo III y IV (los cuales afectan al esfínter y a la mucosa anal, respectivamente) estos autores citan el estudio descriptivo de **Borja A. et al. (2001)** en el cual se determina que hubo un 50,85% de integridad de periné en los partos que no se realizó episiotomía, y en ninguno de ellos hubo desgarros de grado III-IV. Además, otros estudios mencionados llegan a la conclusión que con la episiotomía hay un mayor riesgo de desgarro de grados III-IV así como de mayores complicaciones; excluyendo tan solo un autor (**De Leeuw JW, 2001**) que determina que la EML es un factor protector frente a desgarros de grado III y IV. Con lo cual se descarta la justificación de la realización de episiotomía para evitar desgarros.

Respecto al dolor post parto, los diferentes autores citados en esta revisión llegan a la conclusión de que el más leve lo presentan mujeres con el perineo intacto y el más grave aquellas que sufrieron EML o desgarros de grado III-IV. Además, las mujeres que padecieron estas dos últimas también se llega a la conclusión de que sufrieron con mayor frecuencia dispareunia que aquellas que obtuvieron un perineo intacto.

Al contrario de ellos, **Correa Junior M.D. y Passini Junior R.,**⁽¹⁷⁾ defendieron en 2016 en su revisión descriptiva que la episiotomía (específicamente la EML) realizada con una técnica correcta protege frente los desgarros perineales severos (grados III-IV) y por tanto frente a las complicaciones importante como la incontinencia fecal.

Concluyendo que igual que no es beneficioso realizar episiotomías rutinarias en todos los pacientes tampoco es beneficioso no realizarla en aquellos que si está indicado; defendiendo por tanto la realización de la episiotomía selectiva.

Siendo el peso fetal mayor de 4 Kg, un expulsivo prolongado y la distocia de hombros algunas de las indicaciones que estos autores aportan para la episiotomía selectiva.

Jiang H. et al.,⁽¹⁸⁾ realizaron en 2016 una revisión Cochrane de 12 estudios controlados aleatorios (compuestos por un total de 6177 mujeres) para comprobar los efectos de la episiotomía selectiva comparada con la sistemática sobre la madre y el RN. 11 de estos estudios se componen de mujeres en las que se planifico un parto vaginal no asistido y 1 se compone de mujeres a las que se les planifico un parto vaginal asistido.

El hallazgo más importante de estos autores fue que en los casos en los que se planifico un parto vaginal no asistido se obtuvo un 30% menos de pacientes con traumatismo perineal grave, respecto al parto vaginal asistido, debido a la adopción del plan de episiotomía selectiva. Esto hace llegar a la conclusión de que no está justificada la realización sistemática de episiotomía para reducir el traumatismo perineal.

Además, entre la episiotomía selectiva y la sistemática estos autores no encontraron diferencias significativas en cuanto a la perdida sanguínea en el parto, la infección perineal y los efectos sobre el RN (ambas tienen poco o ningún efecto). Respecto al dolor, determinaron que se desconoce si hay diferencias en cuanto al dolor perineal moderado o grave, además, tampoco señalan la existencia de diferencias respecto a la dispareunia a largo plazo ni la incontinencia urinaria a largo plazo. Por todo esto podemos concluir también que la episiotomía sistemática no aporta ningún beneficio reconocido para la madre tras el parto.

Luque Carro R. et al.,⁽¹⁹⁾ determinaron en su estudio experimental prospectivo, controlado y aleatorizado, en el cual entrevistaron a 365 mujeres (185 pertenecientes al grupo de episiotomía rutinaria y 180 del de selectiva), que la episiotomía selectiva no protege frente a diferentes problemas postparto.

Lo que buscaban en su estudio era comparar los resultados de la episiotomía rutinaria frente a la restrictiva a los 3 años del parto (siendo todas EML).

Concluyeron que a los 3 años del parto no hay diferencias entre los grupos episiotomía rutinaria y episiotomía selectiva en cuanto al dolor perineal residual, el dolor con la micción, la deposición o el coito, la incontinencia urinaria y la satisfacción en las relaciones sexuales.

Por tanto, si la episiotomía de rutina no se evidencia que proteja frente a estos problemas no se debe recomendar su utilización, sino que debe ser realizada de forma selectiva cuando este indicada.

4.4.Objetivo 4: Beneficios o perjuicios de la monitorización fetal continua frente a la intermitente en el parto normal.

Durante el periodo de parto se debe controlar la frecuencia cardiaca fetal (FCF) para valorar la oxigenación fetal y así evitar la hipoxia fetal. Esto se puede realizar de forma continua o de forma intermitente mediante diversos medios^(4, 6), pero el uso de una sobre la otra está en discusión por los diferentes beneficios y contraindicaciones de ambas.

Según la OMS en 1985 la monitorización fetal continua no tiene efecto positivo sobre el parto, sino que solo se debería realizar en casos de alto riesgo de mortalidad perinatal y en partos inducidos. Además, recomiendan controlar la FCF por auscultación durante la dilatación y con más frecuencia en el expulsivo.⁽³⁾

A continuación vamos a analizar la bibliografía encontrada sobre la monitorización continua y la monitorización intermitente y sus diferentes modalidades.

Alfirevic Z. et al.,⁽²⁰⁾ valoraron en 2017, mediante la revisión sistemática de 13 ensayos, la efectividad de la cardiotocografía (CTG) continua o monitorización fetal electrónica continua (MFEC) para valorar el bienestar fetal durante el parto. La CTG consiste en monitorizar la FCF y las contracciones uterinas de forma continua a través de un transductor de ultrasonidos Doppler colocado en el abdomen de la embarazada, quedando registradas en una tira de papel e impidiendo los movimientos de la madre (ya que tienen que colocarse en posición de litotomía). Sin embargo, la auscultación intermitente (AI) consiste

en monitorizar intermitentemente la FCF escuchándola a través del estetoscopio de Pinard o de un ultrasonido Doppler manual.

Estos autores determinaron que no hubo diferencias entre las madres sometidas a CTG continua y las sometidas a AI respecto a la mortalidad perinatal, la incidencia de parálisis cerebral, ni la incidencia de acidosis en la sangre del cordón umbilical. Además, en las mujeres sometidas a CTG continua se observó una reducción del riesgo de convulsiones a la mitad, pero también se observó con un aumento significativo de las tasas de cesáreas y de la probabilidad de tener un parto vaginal instrumentalizado.

Jimenez M. y Pérez A.,⁽²¹⁾ señalan a través de una revisión bibliográfica realizada en 2008 que la MEFC se asocia a un aumento de la tasa de cesáreas y de partos instrumentalizados, así como no mejora la morbilidad perinatal y neonatal en embarazadas de bajo riesgo. Por ello, determinan que la AI debe ser la de elección en este grupo de embarazadas.

Estos autores también señalan la ventaja de libertad de movimientos y de adopción de diferentes posiciones que aporta la realización de una monitorización intermitente, con las consecuentes ventajas que ello aporta (como hemos podido ver en el apartado 4.1. de este trabajo).

Además, determinan que la AI debe realizarse con un estetoscopio de Pinard o con un eco Doppler manual, siendo este último el de elección. Dicha AI se debe realizar cada 15 minutos en el periodo de dilatación y cada 5 en el expulsivo, siempre refiriéndonos a embarazos de bajo riesgo.

Concluyen asegurando que en partos de riesgo si debe ser utilizada la MEFC.

4.5.Objetivo 5: Diferentes tipos de técnicas para el alivio del dolor que pueden ser usados en el parto normal.

Desde hace décadas en las salas de parto se calma el dolor en la mujer con métodos farmacológicos, en los últimos años sobre todo con analgesia epidural, sin embargo su utilización está en discusión ya que hay diversas técnicas no farmacológicas que pueden ser más beneficiosas para el alivio del mismo y la satisfacción materna.

Ya en 1985 la OMS decreto que la administración sistemática de analgésicos o anestésicos durante la fase expulsiva debe evitarse, salvo que sea necesario para la prevención o corrección de complicaciones.⁽³⁾

Algunos de los métodos no farmacológicos para el alivio del dolor en el parto son: la inmersión en agua caliente en la dilatación, el masaje por la persona que acompaña a la mujer, la utilización de pelotas de parto, la utilización de técnicas de relajación, la inyección de agua estéril y la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) entre otros.

Debido a la controversia creada para el alivio del dolor durante el parto vamos a ver lo que dicen los diferentes autores al respecto.

Anim-Somuah M. et al.,⁽²²⁾ realizaron en 2005 una revisión de 21 estudios (con un total de 6664 mujeres) de la cual sacaron la conclusión de que la analgesia epidural es efectiva para aliviar el dolor en el parto (más que otros métodos farmacológicos), pero su utilización implica un mayor riesgo de parto vaginal instrumentalizado. Sin embargo no encontraron relación de la misma con un aumento del riesgo de cesárea, lumbalgia a largo plazo o puntuaciones de Apgar neonatales bajas.

Además, también determinan que la analgesia epidural está relacionada con una mayor duración del expulsivo, un riesgo más elevado de uso de oxitocina, un aumento del riesgo de cesárea por sufrimiento fetal, un aumento del riesgo de hipotensión materna y un mayor riesgo de fiebre materna.

Fernández García N. et al.,⁽²³⁾ realizaron entre 2010 y 2013 un estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital General de La Palma (Canarias), en el que compararon mujeres que utilizaron la epidural (grupo con) y mujeres que no la utilizaron (grupo sin).

Estos autores pusieron en evidencia que en el grupo con epidural el tiempo medio del periodo de dilatación y del periodo de expulsivo fue más largo que en el grupo sin epidural. Además, en los partos con epidural hubo un menor porcentaje de partos eutócicos respecto al grupo sin, así como un mayor porcentaje de partos instrumentales y de cesáreas (*Tabla 3*).

También concluyeron que la epidural no influye en el Test de Apgar y que la misma tiene más predisposición a ser utilizada por nulíparas que por multíparas.

| | Cesárea | Instrumental | Parto Eutócio |
|------------------|----------------|---------------------|----------------------|
| Grupo CON | 19.5% | 22.5% | 58% |
| Grupo SIN | 9.5% | 5% | 80.5% |

Tabla 3: Tasas totales del tipo de parto en los grupos de parto con epidural (grupo CON) y parto sin epidural (grupo SIN).⁽²³⁾

Valdés del Val J. et al.,⁽²⁴⁾ describen y comparan en su revisión bibliográfica diferentes métodos no farmacológicos que pueden ser utilizados para el alivio del dolor en el parto.

Determinan que la analgesia epidural es el método más efectivo y que las técnicas no farmacológicas suelen emplearse de forma complementaria a las farmacológicas. Aunque, los baños en agua caliente, los cambios de posición y libertad de movimientos, la acupuntura, el masaje, los TENS, la relajación y la inyección de agua subcutánea aunque se usen de forma complementaria si resultan positivos en cuanto al alivio del dolor durante el parto.

Berrocal Gil A.B. et al.,⁽²⁵⁾ describieron en su artículo diferentes técnicas para el alivio del dolor en el parto, clasificándolas según su eficacia.

El apoyo psicológico durante el parto es el único método no farmacológico que consideran de eficacia demostrada.

Consideran métodos no farmacológicos de eficacia variable a la inyección dérmica de agua destilada en el rombo de Michaelis y la inmersión en agua. La inyección de agua destilada produce analgesia del dolor lumbar en las primeras fases del parto pero no tiene efecto sobre el dolor abdominal ni perineal. A diferencia de la inmersión en agua, que aporta a la mujer la relajación necesaria para poder aumentar la sensación de control del dolor, reduciendo así la necesidad de otro tipo de analgesia. Esta también reduce la ansiedad, mejora la perfusión uterina y disminuye el periodo de dilatación.

Describen también otros métodos no farmacológicos de eficacia poco documentada que son: psicoprofilaxis (para disminuir la ansiedad y aumentar el umbral del dolor), hipnosis y acupuntura y acupresión.

Además clasifican la TENS como un método de ineficacia demostrada, la función de esta sería bloquear la transmisión de los impulsos dolorosos de las contracciones del útero a la medula espinal.

Mellén Pérez L. et al.,⁽²⁶⁾ realizaron en 2015 una revisión bibliográfica de 30 documentos con el objetivo de evidenciar los beneficios y complicaciones de la inmersión en agua durante el parto.

Analizaron diferentes parámetros maternos y neonatales en relación con la realización de esta práctica, concluyendo que se puede relacionar con una disminución del dolor (sobre todo en la fase de dilatación), una disminución del uso de analgesia y una mayor satisfacción de la mujer durante el parto. También pusieron en relevancia que existe controversia en cuanto a si reduce el tiempo de las diferentes fases del parto y si favorece los partos eutócicos.

Además, también concluyen que disminuye el riesgo de episiotomía y de desgarros de grado III y IV, pero sin embargo aumenta el riesgo de desgarro de grado I y II.

Respecto a las puntuaciones del Test de Apgar no evidencian diferencias en cuanto a los recién nacidos en el agua y los que lo hacen fuera de ella, pero en lo que sí que existe controversia es en la morbilidad neonatal (sobre todo debido a las complicaciones por aspiración de agua o rotura del cordón).

Concluyen determinando que existe efectividad y seguridad respecto a la inmersión del agua en la fase de dilatación, pero no para el periodo expulsivo.

5. CONCLUSIONES

Las conclusiones obtenidas en relación con los objetivos marcados en el presente trabajo son las siguientes:

1. Durante el parto se debe recomendar a la mujer la adopción libre de posturas diferentes a la de litotomía, ya que con ellas disminuye el dolor y por tanto las tasas de analgesia, los periodos de parto serían más cortos y disminuyen las episiotomías y los partos instrumentalizados, además de ser beneficiosas por diferentes motivos para la madre y el bebé. Las únicas desventajas encontradas sobre las posiciones no supinas es que aumentan los desgarros de grado II y el riesgo de pérdidas sanguíneas.

2. El enema de limpieza y el rasurado perineal no resultan más efectivos que su no realización en el parto, ya que se ha visto durante este trabajo que las razones por las que se justifica su utilización no son ciertas, ya que con su no realización se obtienen los mismos objetivos que realizándolas. Sin embargo, si resultan angustiosas e incómodas para la madre, además de conllevarlas a sufrir ciertos efectos secundarios.
3. La episiotomía sistemática frente a la selectiva no aporta mayores beneficios a la mujer en cuanto a la mejora de las complicaciones, por ello la episiotomía solo se debe realizar selectivamente en aquellos casos en los que este indicada. Algunas de las indicaciones observadas son: peso fetal mayor de 4 Kg, expulsivo prolongado y distocia de hombros.
Además, podemos determinar que su no realización en los casos en que este indicada puede llevar a sufrir desgarros grado III-IV (los cuales conllevan posteriormente a sufrir complicaciones).
4. La monitorización fetal en el parto normal debe realizarse de forma intermitente y no de forma continua, debido a que esta última no mejora ciertos aspectos del parto (como la mortalidad perinatal) pero sin embargo si supone un aumento de la tasa de cesáreas y de partos instrumentalizados. Además, la monitorización intermitente permite a la mujer la libertad de movimientos, con sus consecutivas ventajas.
Sin embargo, la monitorización continua sí debe ser de elección en partos de riesgo.
5. La epidural es la técnica considerada más efectiva para el alivio del dolor en el parto, sin embargo aumenta el tiempo de dilatación y expulsivo y el riesgo de partos instrumentalizados; por lo que no se debe realizar de forma sistematizada. Uno de los artículos revisados considera el apoyo psicológico el único método no farmacológico eficaz.
Además también hemos podido comprobar la eficacia y seguridad de la inmersión en agua durante dilatación (teniendo además efectos beneficiosos como la disminución de episiotomías), aunque no así durante el expulsivo debido a la controversia de su relación con la morbilidad neonatal.
Respecto al TENS ha sido tachado de ineficaz por uno de nuestros artículos revisados.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS; 1996.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*. Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2008.
3. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza. *Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento*. Lancet. 1985; 2:436-7
4. Ministerio de Sanidad y Consumo; Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
5. Federación de Asociaciones de Matronas de España. *Iniciativa Parto Normal [Internet]*. Documento de Consenso; 2007. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>. Consultado el 31/02/2018.
6. Ministerio de Sanidad y Política Social (ES). *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
7. Riquelme R, Gutiérrez MM, Lagares FM, Lorite C, Moore T, Ruiz C. *Influencia de las posiciones de la mujer sobre distintos parámetros en el proceso del parto*. Matronas Prof. 2005; 6(4): 9-12.
8. Romero Roy ME, Carrizosa Moreno A, Francisco Jimeno J. *Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones*. Medicina Naturista. 2014; 8(1):23-30.
9. Molina Reyes CY, Ortiz Albarín MD, Huete Morales MD. *Hacia una atención del parto más humanizada: Posición materna*. Rev Paraninfo digital. 2008; 2(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n4/o008.php>. Consultado el 18/02/18.
10. Cutilla Muñoz AM, Rodríguez Villa S, Cadenas Rojas M. *Utilidad de la posición vertical y la silla obstétrica en el parto de baja intervención*. Rev Paraninfo Digital. 2016; 10(25): 1-7. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/238.php>. Consultado el 18/02/18.

11. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. *Maternal positions and mobility during first stage labour*. En: Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013, Issue 10. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>. Consultado el 18/02/18.
12. Basevi V, Lavender T. *Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos (Revisión Cochrane Traducida)*. La Biblioteca Cochrane Plus. 2008; 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008, 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Consultado el 24/02/18.
13. Onandia Garate M, Luces Lago AM, Mosquera Pan L, Tizon Bouza E. *Estoy de parto, ¿es necesario que me rasure el periné?*. Evidentia. 2016; abr-jun; 13(54).
14. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. *Enemas during labour (Review)*. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008; 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>. Consultado el 24/02/2018.
15. Romney ML, Gordon H. *Is your enema really necessary?*. British Medical Journal (BMJ). 1981; 282(6272): 1269-71.
16. Romero Martinez J, de Prado Amián M. *Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso*. Matronas Profesion. 2002; 3(8): 33-9.
17. Correa Junior MD, Passini Junior R. *Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations*. Rev Bras Ginecol Obstet. 2016; 38 (6): 301-7.
18. Jiang H, Quian X, Carroli G, Garner P. *Uso de la episiotomía selectiva versus sistemática para el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida)*. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2017; 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2017, 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Consultado el 15/03/18.
19. Luque Carro R, Subirón Valera AB, Sabater Adán B, Sanz de Miguel E, Juste Pina A, Cruz Guerreiro E. *Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008)*. Matronas Prof. 2011; 12(2): 41-8.
20. Alfircvic Z, Devane D, Gyte GML, Cuthbert A. *Continuous cardiotocography as a form of electronic fetal monitoring for fetal assessment during labour (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017, 2. Art. No.: CD006066. DOI: 10.1002/14651858.CD006066.pub3.

21. Jiménez M, Pérez A. *El uso de la monitorización fetal durante el parto en gestantes de bajo riesgo*. *Matronas Prof.* 2008; 9(2): 5-11.
22. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. *Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida)*. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008; 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008; 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Consultado el: 31/03/18.
23. Fernández García N, Martín Martín M, Orellana Reyes M, Ávalos Giménez S. *Epidural para el parto. Ayudando a la embarazada a tomar decisiones informadas*. *Rev Paraninfo Digital*. 2013; 7(19). Disponible en: www.index-f.com/para/n19/pdf/298d.pdf. Consultado el 31/03/18.
24. Valdés del Val J, Pérez Rivera FJ, González Fuente J. *Métodos no farmacológicos para aliviar el dolor en el parto*. *Rev Paraninfo digital*. 2014; 8(20). Disponible en: www.index-f.com/para/n20/pdf/330.pdf. Consultado el 31/03/18.
25. Berrocal Gil AB, Martín de la Leona DG, Parreño Sanchez RM, Mateo Jurado I. *Analgesia en el trabajo de parto*. *Enfermería Integral*. 2013; 1(101): 25-9.
26. Mallén Pérez L, Terré Rull C, Palacio Riera M. *Inmersión en agua durante el parto: revisión bibliográfica*. *Matronas Prof.* 2015; 16(3): 108-13.