

GUIA D'ASSISTÈNCIA AL PART A CASA



Guia d'assistència al part a casa
© Associació de Llevadores de Part a Casa de Catalunya

Barcelona, abril de 2025

Primera edició: 2010
Segona edició: 2018
Tercera edició: 2025

Fotografia de coberta: Mariona Martínez
Disseny i maquetació: Punts Volats (puntsvolats.cat)
Il·lustracions: Óscar Pérez Gallardo i Francesc Lara

ISBN: 978-84-09-71181-9

NOTA:

Aquesta guia no és de compliment obligat. El criteri clínic de cada professional ha de prevaldre en cada situació.

Índex

5	AUTORES
7	PRÒLEGS
11	PRESENTACIÓ
14	1. INTRODUCCIÓ
19	1.1. OBJECTIUS I PROPÒSITS DE LA GUIA
19	1.1.1. OBJECTIUS PRINCIPALS
19	1.1.2. PROPÒSITS
19	1.2. METODOLOGIA
20	1.3. JUSTIFICACIÓ
21	2. MODEL DE LLEVADORA AUTÒNOMA
21	2.1. EL MODEL D'ATENCIÓ DE LA LLEVADORA
22	2.2. LA LLEVADORA QUE ASSISTEIX EL PART DOMICILIARI
23	2.3. EXCEL·LÈNCIA PROFESSIONAL
24	2.4. COMPETÈNCIES I FORMACIÓ CONTÍNUA
24	2.5. REGISTRE I AUDITORIES
25	3. CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ
25	3.1. CRITERIS CLÍNICS BÀSICS A PARTIR DELS QUALS ES POT RECOMANAR UN PART A CASA
26	3.2. SITUACIONS EN QUÈ NO S'ACONSELLA UN PART A CASA
26	3.2.1. PROBLEMES DE SALUT O MALALTIES DE BASE
27	3.2.2. HISTÒRIA OBSTÈTRICA AMB FACTORS QUE SUGGEREIXEN UN RISC INCREMENTAT
28	3.3. SITUACIONS EN QUÈ ES PODRIA CONSIDERAR ATENDRE DE MANERA PERSONALITZADA
28	3.3.1. SITUACIONS MÈDIQUES DE BASE QUE ES PODRIEN CONSIDERAR DE MANERA PERSONALITZADA
29	3.3.2. HISTÒRIA OBSTÈTRICA AMB FACTORS QUE SUGGEREIXEN UN RISC INCREMENTAT, PERÒ QUE ES PODRIEN CONSIDERAR DE FORMA PERSONALITZADA
30	3.4. EL PART A CASA EN GESTACIONS QUE PRESENTEN ALGÚN FACTOR DE RISC
35	4. SEGUIMENT DE LA GESTACIÓ
35	4.1. RECOMANACIONS
36	4.2. OBJECTIUS
36	4.3. ACTUACIÓ I CURES
36	4.3.1. PRIMERA VISITA
38	4.3.2. VISITES DE SEGUIMENT
39	4.3.3. VISITA DE RECONeixEMENT DEL DOMICILI

41	5. ASSISTÈNCIA AL PART
41	5.1. OBJECTIU
42	5.2. RECOMANACIONS
42	5.3. ACTUACIONS I CURES
42	5.3.1. PREPART O FASE LATENT
45	5.3.2. FASE DE DILATACIÓ O FASE ACTIVA
49	5.3.3. FASE DE TRANSICIÓ
52	5.3.4. FASE D'ESPODERAMENTS I NAIXEMENT
54	5.3.5. FASE DE DESLLIURAMENT
57	5.3.6. VALORACIÓ, CURES I SUTURA PERINEAL
59	5.4. EL DOLOR EN EL PART A CASA
60	5.4.1. RECOMANACIONS GENERALS
61	5.4.2. MÈTODES DE CONFORT
63	6. POSTPART IMMEDIAT
63	6.1. ASSISTÈNCIA I ACOLLIMENT DE LA CRIATURA
63	6.1.1. OBJECTIU
63	6.1.2. RECOMANACIONS
64	6.1.3. ACTUACIÓ I CURES DE LA CRIATURA
66	6.2. ATENCIÓ A LA MARE
66	6.2.1. OBJECTIU
66	6.2.2. RECOMANACIONS
67	7. POSTPART TARDÀ
67	7.1. OBJECTIU
67	7.2. RECOMANACIONS
68	7.3. ACTUACIÓ I CURES
68	7.3.1. VALORAR LA SALUT FÍSICA MATERNA
68	7.3.2. VALORAR LA SALUT MENTAL MATERNA
69	7.3.3. VALORAR LA LACTÀNCIA MATERNA
69	7.3.4. VALORAR LA SALUT DEL NADÓ
70	7.3.5. NAIXEMENT A CASA I MICROBIOTA
71	8. MATERIAL D'ÚS PROFESSIONAL
71	8.1. OBJECTIU
71	8.2. LLISTA DE MATERIAL
73	9. TRASLLATS I COORDINACIÓ AMB ELS CENTRES SANITARIS
74	9.1. OBJECTIUS
74	9.2. RECOMANACIONS
77	9.3. SITUACIONS CLÍNiques QUE REQUEREIXEN UN TRASLLAT
79	REFERÈNCIES
97	GLOSARI ABREVIATURES
98	ANNEXOS

AUTORES

Aquesta guia és una revisió i actualització de la Guia de part a casa publicada el 2018 per ALPACC (Associació de Llevadores de Part a Casa de Catalunya) amb el suport de l'ACL, FAME i el Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya.

Les autores d'aquesta revisió (ordenades alfabèticament per cognom) són:



Laia Casadevall Castañé
llevadora autònoma, escriptora i divulgadora.



Silvia Díaz-Maroto
llevadora de l'Equip Mudra i la Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa.



Pepi Domínguez Cano
llevadora autònoma i ASSIR Esquerra (ICS).



Enrique Estévez Reinares
llevador de l'Equip Mudra i HU Josep Trueta de Girona.



Marga Franch Ferrer
llevadora autònoma de l'Equip Mudra.



Inmaculada Marcos Marcos
llevadora autònoma.



Mireia Marcos Marcos
llevadora autònoma.



Imma Sarries Zgonc
llevadora autònoma.



“El lloc més segur per parir
és aquell on una dona se sent segura”

Ina May Gaskin
Llevadora



PRÒLEGS



La **Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)** celebra la publicació d'aquesta guia actualitzada per a l'assistència al part a casa, un document que dóna suport al dret fonamental de les dones i les famílies a prendre decisions informades sobre la seva atenció durant el procés de maternitat.

Aquesta guia és crucial per a les llevadores que ofereixen atenció a la llar, proporcionant eines basades en l'evidència científica més recent per assegurar una atenció de qualitat. FAME valora la importància de l'atenció individualitzada i culturalment apropiada, respectant l'autonomia i les necessitats úniques de cada dona.

L'**Organització Mundial de la Salut (OMS)** reconeix que, és molt important que les dones i les famílies participin activament en la presa de decisions respecte a les cures que reben en el part, incloent-hi el dret a decidir el lloc on volen donar a llum.

Aquesta guia permet, a més, un consens interprofessional i poblacional en facilitar una informació clara sobre la conveniència de les candidates a l'accés al part domiciliari garantint-ne la seva salut i la dels seus fills i filles, així com els circuits d'atenció alternatius que garanteixin al màxim els resultats materns-neonats en salut i qualitat. Sabem que per visibilitzar el naixement a casa, cal una educació social que permeti incloure'l en l'atenció a la salut des d'una perspectiva segura i de confiança.

Des de la nostra Federació felicitem les autores d'aquesta guia per la seva dedicació per elevar el nivell de l'atenció al part domiciliari, contribuint així a millorar la salut i la satisfacció de les dones, els nadons i les famílies a tot Espanya.

M^a José Caravaca Berenguer

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



S'estima que l'1% dels naixements que tenen lloc a Catalunya tenen lloc al domicili familiar. És una opció que l'evidència científica reconeix tan segura o més que l'assistència a hospitals, maternitats i centres de naixement, i amb més nivell de satisfacció. Per això, cal assistència planificada, amb gestació única, a terme i presentació cefàlica, i l'atenció per la llevadora.

El domicili familiar garanteix que la llevadora desenvolupi la seva professió amb autonomia. Els millors resultats en morbiditat, mortalitat i satisfacció materna són deguts a l'excel·lència en el desenvolupament de les seves competències. A més, les llevadores generen menor consum de recursos sanitaris.

Per això, l'assistència al part a casa, tant en resultats com en gestió de recursos, ha de ser valorada pels òrgans gestors públics, ja sigui mitjançant reemborsament o prestació directa. Això ja passa a països del nord d'Europa i no ha de suposar càrrega econòmica per a les famílies ni ser discriminatòria en entorns de menys recursos.

Aquesta tercera edició de la Guia d'Assistència al Part a Casa, revisada, ampliada i actualitzada, és una eina útil per a llevadores que es dediquin a aquesta assistència i per a gestants que considerin el part domiciliari. A més, ofereix recursos per implementar progressivament una assistència de mínima intervenció, model desenvolupat en centres liderats per llevadores, representat al nostre territori per les Cases de Naixement.

Amb la publicació, l'ACL reitera el compromís amb la formació i l'excel·lència en la pràctica assistencial d'aquesta opció. Des de la Junta de l'Associació Catalana de Llevadores, agraïm a totes les professionals que fan possible un part a casa segur i accessible, així com l'esforç en l'actualització d'aquest document, que millora la qualitat de l'atenció matern infantil.

Maria Victòria Cambredó Aparicio

Presidenta de l'Associació Catalana de Llevadores (ACL)



La societat actual i les dones, en concret, cada dia tenen més consciència del seu dret de decidir sobre la seva pròpia salut, també en el context de l'atenció i acompanyament en l'embaràs, el part i el puerperi.

Com a garant de l'exercici d'aquest dret, l'**Associació de Llevadores del Part a Casa de Catalunya** (ALPACC) ha liderat l'actualització de la *Guia d'assistència al part a casa*, protocol editat en primera instància el 2018 i que va suposar un gran avenç en l'atenció d'aquests naixements i els processos assistencials que envolten la cura d'aquestes mares i nadons.

Amb la revisió de 2025, les llevadores de l'ALPACC refirmen el seu compromís amb les dones que decideixen parir a casa i, seguint els principis de qualitat, seguretat i equitat assistencials, incorporen l'última i millor evidència científica coneguda al manual.

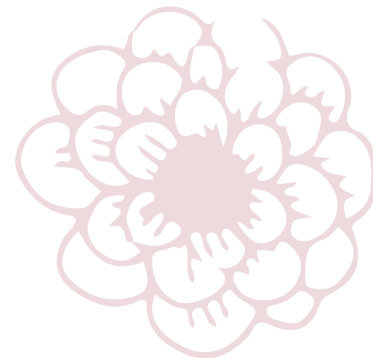
En aquest marc, la guia esdevé una eina potent –necessària i útil– que respecta i apodera les dones i les famílies, autèntiques protagonistes d'aquest moment vital transcendent, així com les llevadores i altres professionals implicats en el procés assistencial; afavorint la presa de decisions informades, segures i compartides.

Des de la **Comissió de Llevadores del Consell de Col·legis d'Infermeres i infermers de Catalunya** (CCIIC) volem agrair i posar en valor la professionalitat i inquietud constant de les llevadores que han aportat coneixement i evidència a l'edició revisada de la *Guia d'assistència al part a casa*. Un reconeixement i felicitació que fem extensius a les dones i professionals que, amb el desplegament d'aquest protocol actualitzat, en serem beneficiaris d'aquesta excel·lència que fan gala les llevadores de l'ALPACC.

Yolanda Garza Recio

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

PRESENTACIÓ



L'any 2018, l'ALPACC va publicar la Guia d'assistència al part a casa. Som conscients que la revisió d'aquesta guia era urgent per a mantenir-la actualitzada d'acord amb la darrera evidència científica.

L'ALPACC es va crear el 2013 com la primera associació de llevadores de part a casa de Catalunya que vetlla per la visibilització i la normalització del part domiciliari. Un dels objectius prioritaris que té aquesta associació és recollir dades estadístiques dels parts a casa atesos per les seves sòcies, i per a això disposa, des del 2016, d'una base de dades anònima, comuna i obligatòria per a totes les persones que hi estan associades. Analitzar aquestes dades ens permet conèixer més bé la realitat del part a casa a Catalunya, les característiques sociodemogràfiques de les dones que s'inclinen per aquesta opció, els resultats de l'atenció proporcionada, els índexs de trasllats a centres hospitalaris, les emergències ateses i els resultats, i també la publicació d'estudis científics.

El 2021 més de 400 dones van optar per planificar un part a casa atès per llevadores de l'ALPACC a Catalunya. El part a casa és una demanda social que ha anat creixent els darrers anys, alhora que ha anat disminuint el nombre de professionals que es dediquen exclusivament a l'atenció del part a casa. Malgrat això, Catalunya és la comunitat autònoma amb el nombre més elevat de parts planificats a casa i on més professionals es dediquen a aquesta atenció, amb la qual cosa esdevé referent estatal de l'atenció al part domiciliari.

En dones de risc baix i ateses per llevadores professionals, s'ha mostrat que parir a casa és una opció igual de segura que parir a l'hospital, a més de resultar més satisfactori per a les dones. Segons el Tribunal Europeu de Drets Humans, tota dona té el dret de triar les circumstàncies en què vol donar a llum i això inclou l'entorn on ho vol fer. Conseqüentment, tots els estats europeus han d'assegurar a les dones l'accés al part a casa i garantir-ne la seguretat.

Aquesta guia, adreçada a llevadores, obstetres, pediatres i famílies, és una revisió actualitzada segons els criteris d'evidència científica més recents, amb l'objectiu d'unificar la pràctica assistencial a domicili a partir d'uns paràmetres d'excel·lència clínica consensuats, per a facilitar una atenció segura i satisfactòria a les dones i les famílies que opten per parir a casa.

Sabem que la guia del 2018 va ser una referència i una eina molt útil per a moltes llevadores. Esperem que aquesta revisió els sigui encara més útil i serveixi als professionals que treballen en les institucions per conèixer més bé la tasca que fem als domicilis.

Per acabar, desitgem que aquesta guia ajudi a reflexionar i plantejar la necessitat del treball multidisciplinari integrat dins d'un sistema acordat, establert i organitzat en què les llevadores autònomes, els serveis d'emergència i els professionals dels centres hospitalaris treballin de manera coordinada amb l'objectiu comú de millorar la qualitat de l'atenció i la satisfacció de les dones, les criatures i les famílies, i també millorar els resultats perinatals de Catalunya.

1. INTRODUCCIÓ



Aquesta guia no anul·la ni substitueix la responsabilitat individual dels professionals de la salut en el moment de prendre la decisió més adequada segons les circumstàncies individuals de cada dona, juntament amb ella o altres professionals implicats en la seva atenció.

Quan parlem de «llevadora» ens referim a la llevadora professional titulada i col·legiada.

L'EMBARÀS I EL PART COM A PROCESSOS FISIOLÒGICS

L'embaràs i el part són, en general, processos fisiològics segurs per a la mare i l'infant.

El treball de part es desenvolupa de manera òptima quan la dona confia en les seves habilitats, està ben informada sobre les opcions que té i rep suport continu per part d'una llevadora durant tot el procés. Aquesta experiència transformadora per a les dones, els nadons i les famílies es facilita en un ambient tranquil, no pertorbat i positiu ([Buckley i Üvnas-Moberg, 2018](#); [Buckley, 2015](#); Crowther *et al.*, 2014).

Les llevadores hem de ser respectuoses envers la individualitat de cada dona, sensibles als factors que afecten l'embaràs i el desenvolupament únic de cada part, pacients i atentes envers cada dona durant tot el procés.

Les llevadores som expertes a donar suport al benestar de la mare i fomentar el part normal. Proporcionem atenció personalitzada durant tot el cicle fèrtil i protegim l'aferrament, que és vital per a la mare, el nadó i la família ([ICM, 2024; 2023](#)).

AUTONOMIA DE LA DONA

Tota dona té el dret i la responsabilitat de triar el lloc i l'atenció professional durant l'embaràs, el part i el postpart, i també el dret de prendre decisions conseqüents amb els seus coneixements, intuïció, experiències, valors i creences (Ministeri de la Presidència, Llei 41/2002).

Les llevadores sabem que les dones són capaces de cuidar de si mateixes; són les cuidadores principals del seu embaràs i els seus nadons ([ICM, 2024a, 2023a](#)).

IMPORTÀNCIA DEL LLOC

Tota dona té el dret de triar el lloc on vol parir ([ICM, 2024b; 2017](#)).

Les llevadores de part a casa som conscients que l'entorn on té lloc el part té efectes en com es desenvolupa, en com les dones el viuen i en la relació que s'estableix entre elles i els professionals que les atenen.

El part a casa facilita el respecte al ritme individual de cada dona i cada família, i assegura la continuïtat de les cures per part d'un mateix professional. Això té efectes positius en els resultats materns i perinatals, i també en els nivells de satisfacció ([Sandall et al., 2024; Gregory et al., 2023; Bohren et al., 2017](#)).

En altres països, el part a casa institucionalitzat redueix les desigualtats de salut i millora els resultats materns i neonatals en dones amb risc d'exclusió social ([Rayment-Jones et al., 2021](#)). Això ens ha de fer reflexionar sobre la situació a l'Estat espanyol i el greuge que representa per a les dones que no tenen possibilitats econòmiques per a cobrir les despeses del part a casa, ja que aquest tipus de part no és a les carteres de serveis que ofereix el sistema de salut pública.

En dones amb gestació de baix risc, el part a casa redueix el risc d'intervencions innecessàries i resultats materns desfavorables ([NICE, 2023; Homer et al., 2019; Rossi i Prefumo, 2018; Scarf et al., 2018; Bohren et al., 2017; Bolten et al., 2016; Hutton et al., 2016; Snowden et al., 2015](#)).

El part domiciliari afavoreix la comoditat, la llibertat de moviment, la capacitat de la dona per a afrontar el dolor i el seu sentiment de confiança i control ([Jouhki et al., 2017; Domanska et al., 2014](#)). Està associat amb taxes més elevades de lactància materna a causa de la poca interferència que hi ha entre la mare i el nadó en les primeres hores de vida ([Scarf et al., 2018; Oakley et al., 2018; Quigley et al., 2016](#)) i amb índexs més elevats de lactància materna als 6 mesos ([Quigley et al., 2016](#)).

A més, el part a casa representa una despesa econòmica molt menys elevada que el part hospitalari ([Anderson et al., 2021; Attanasio et al., 2020; Janssen et al., 2015](#)).

SEGURETAT DEL PART A CASA

Fins avui, no hi ha estudis aleatoris controlats que demostrin que el part hospitalari és més segur que el part a casa ([Olsen et al., 2023](#)).

El part té riscos inherents, que són percebuts de manera diferent segons cada individu ([Lee et al., 2019, 2016](#); [Healy et al., 2017](#); [Rothman, 2014](#)). Cada lloc de naixement comporta un conjunt particular de riscos i beneficis. Cada dona ha d'avaluar quin conjunt de riscos i beneficis són més acceptables per a ella i s'adiuen més amb el seu sistema de creences, valors i interessos propis i de la família ([ICM, 2024a; 2024b](#)).

No hi ha diferències estadísticament significatives entre el part hospitalari i el part a casa en termes de mortalitat materna o perinatal; malgrat tot, s'observa una morbiditat més elevada en els parts atesos en centres sanitaris ([Olsen i Clausen, 2023](#); [Reitsma et al., 2020](#); [Homer et al., 2019](#); [Hutton et al., 2016, 2019](#); [Rossi i Prefumo, 2018](#); [Scarf et al., 2018](#); [Davies-Tuck et al., 2018](#); [Wiegerinck et al., 2016](#); [Bolten et al., 2016](#)).

El part a casa a Catalunya en dones amb gestació de baix risc i ateses per llevadores és una opció segura amb resultats semblants als que ofereixen estudis publicats en altres països malgrat no estar integrat ni coordinat en el sistema de salut pública ([Alcaraz et al., 2021](#)).

És important emfatitzar que, en parts domiciliaris, hi ha més probabilitats que les dones tinguin parts fisiològics i menys risc de patir hemorràgies postpart, estrips de tercer o quart grau, i també hi ha menys probabilitats de rebre intervencions mèdiques (estimulació amb oxitocina sintètica, epidural o analgèsia raquídia, anestèsia general, episiotomia) que les dones que planifiquen un part hospitalari ([NICE, 2023](#); [Reitsma et al., 2020](#); [Homer et al., 2019](#); [Scarf et al., 2018](#)).

Pel que fa als resultats perinatals, alguns estudis ens indiquen que la probabilitat d'ingressar en la unitat de cures intensives neonatals (UCIN) després d'un part domiciliari és semblant ([Homer et al., 2019](#); [Elder et al., 2016](#); [Hutton et al., 2016](#)), i altres estudis assenyalen que és menor ([Wiegerinck et al., 2016](#); [De Jonge et al., 2015](#); [Li et al., 2015](#); [Snowden et al., 2015](#)). També s'ha mostrat que la morbiditat i la mortalitat perinatal són semblants en els dos llocs ([NICE, 2023](#); [Reitsma et al., 2020](#); [Homer et al., 2019](#); [Hutton et al., 2019](#); [Rossi i Prefumo, 2018](#); [Scarf et al., 2018](#)).

A llarg termini, cap als 7 anys de vida, és menys probable que els nens nascuts a casa tinguin asma, malalties relacionades amb processos al·lèrgics i infeccions ([Ovaskainen et al., 2021](#)).

És a dir, l'evidència científica recent i disponible conclou que no hi ha diferències pel que fa a mortalitat materna o neonatal quan es compara el part a casa amb el part hospitalari, però sí que hi ha una morbiditat materna i neonatal menor en els parts a casa. Això indica que el naixement a casa, per a dones de risc baix i ateses per llevadores especialitzades, pot ser fins i tot més segur que l'hospitalari.

RELACIÓ AMB LA LLEVADORA

Les llevadores estableixen una relació d'igualtat amb les dones, que constitueix el fonament de la seva atenció i contribueix significativament a la seguretat del part a casa ([Sandall et al., 2024](#); [Larsson et al., 2019](#); [Perriman et al., 2018](#)), a taxes més baixes d'intervenció ([Sandall et al., 2024](#); [Declercq et al., 2019](#); [Wiegerinck et al., 2019](#); [Forster et al., 2016](#)) i a més satisfacció ([Sandall et al., 2024](#); [Mortensen et al., 2019](#); [Symon et al., 2019](#)).

La llevadora facilita el procés de part de cada dona per mitjà de la comunicació oberta, l'escolta activa i el respecte per la seva cultura i els seus valors, la promoció de l'autoconeixement i la intuïció. L'atenció individualitzada ajuda a abordar els problemes de manera precoç i permet suggerir els canvis pertinents per a millorar la salut de la dona.

Emocionalment, la relació que la dona hi estableix pot ser terapèutica en si mateixa, o ho hauria de ser. Establir un vincle de confiança facilita el descobriment i el treball d'aspectes emocionals que afecten tot el procés d'embaràs, part i postpart, i també el vincle amb la criatura, la parella i la resta de la família. Per això cal explorar aspectes psicològics d'una manera metòdica durant les visites ([Fernández i Olza, 2020](#)).

PROCÉS DE DECISIÓ INFORMADA

Les dones i les seves famílies tenen el dret de prendre decisions informades amb relació a la maternitat i l'atenció del nadó, i tenen el deure d'acceptar la responsabilitat personal d'aquestes decisions ([Ministeri de la Presidència, Llei 41/2002](#)).

L'autèntica presa de decisions informades es basa en l'accés de les dones a la informació veraç, actualitzada i contrastada sobre els riscos, els beneficis i les alternatives de tots els procediments que els són oferts. Les llevadores que proporcionen assistència contínua tendeixen a oferir informació més precisa, contrastada i variada ([Sandall et al., 2024](#); [ICM, 2024](#); [Larsson et al., 2019](#); [Davison et al., 2015](#)).

La realitat és que les dones trien el lloc on volen donar a llum a partir dels seus valors, les seves creences i les seves experiències vitals ([Coxon et al., 2017](#)) i sovint la decisió de parir a casa és la conseqüència d'una experiència hospitalària prèvia no satisfactòria ([Bernhard et al., 2014](#)), per a evitar ser aquella dona de cada quatre que rep informació coercitiva durant el part, la qual cosa disminueix els nivells de satisfacció i fa augmentar el risc de depressió postpart ([Oelhafen, 2021](#)).

CONeixEMENTS DE LA LLEVADORA. PRÀCTIQUES BASADES EN L'EVIDÈNCIA

La pràctica de l'obstetrícia té les arrels en un conjunt extens de coneixements i saviesa col·lectiva sobre l'embaràs i el part, que s'han desenvolupat al llarg de generacions en totes les cultures.

El cos de coneixements continua creixent a mesura que la recerca va augmentant la comprensió de la fisiologia del part i els factors que contribueixen a la salut de les dones. En l'actualitat, afortunadament, el nombre d'investigacions publicades per llevadores està creixent.

L'excel·lència de les cures de la llevadora es nodreix i justifica amb evidència científica de bona qualitat ([ICM, 2024](#)), i també amb l'avaluació crítica d'evidència científica rellevant que té en compte les limitacions d'altres mètodes de recerca i de l'aplicació apropiada dels resultats que se'n deriven ([Spencer, 2018](#); [Wright et al., 2011](#)).

La pràctica basada en l'evidència consisteix a informar les dones sobre els resultats de les investigacions perquè cada una pugui fer servir aquesta informació a l'hora de prendre decisions sobre l'embaràs i el part, i perquè les llevadores puguem adaptar les cures a les seves necessitats ([ICM, 2024](#); [McKenzie 2021](#); [Jenkinson et al., 2018](#)).

El part a casa contribueix a preservar les habilitats, els coneixements i les fonts de coneixement en relació amb la pràctica de l'obstetrícia que es deriva de la cura personalitzada ([Sosa et al., 2018](#); [Vedam et al., 2014](#)).

CONSULTA I COL·LABORACIÓ AMB ALTRES PROFESSIONALS

L'ideal és que, en un sistema d'atenció a la maternitat, les dones que trien el part a casa i les llevadores que les atenen consultin i col·laborin amb altres professionals que també valoren la seva autonomia i presa de decisions informades.

De vegades, cal transferir l'atenció a un hospital. La col·laboració amb el personal d'obstetrícia i neonatologia és una part integral de la prestació d'una atenció sense fissures que preservi els interessos de totes les mares i nounats perquè l'assistència que reben tingui la repercussió mínima en els seus nivells de satisfacció ([Sosa et al., 2018](#); [Geerts, 2017](#)).

S'ha de poder accedir fàcilment a l'atenció mèdica i el suport tecnològic, els quals sempre han de ser respectuosos. Per a assegurar una atenció segura i eficient, les llevadores de part a casa haurien de continuar acompanyant les dones durant tot el procés i mantenir la continuïtat de l'atenció a la mare, el nadó i la família.

1.1. OBJECTIUS I PROPÒSITS DE LA GUIA

1.1.1. Objectius principals

- Establir pràctiques d'acord amb l'evidència científica i l'excel·lència clínica de les llevadores.
- Promoure la comunicació entre les dones, les famílies i les llevadores.
- Promoure el paper autònom de la llevadora d'acord amb les seves competències.
- Destacar el paper col·laboratiu dins de l'equip multidisciplinari quan hi ha desviacions de la normalitat.
- Reconèixer la llevadora com la professional referent i més adequada en tots els àmbits de la vida reproductiva de la dona sana.
- Assentar les bases per a establir protocols de trasllat i acolliment entre els professionals que atenen parts a casa, els serveis d'emergències i els centres hospitalaris.

1.1.2. Propòsits

- Donar a conèixer el part a casa i informar-ne.
- Respectar el desig de cada dona i la seva parella respecte a la tria del lloc, la companyia i la forma de parir, d'acord amb el dret d'autonomia.
- Fomentar que la dona i la seva parella prenguin les decisions que fan referència a la seva salut i la de les seves criatures de manera activa, després d'haver rebut informació objectiva, veraç i contrastada segons l'evidència científica més recent.
- Consensuar criteris d'actuació de les llevadores que assisteixen parts a casa d'acord amb l'evidència científica més recent.
- Restablir l'assistència domiciliària dins dels pressupostos públics.

1.2. METODOLOGIA

Per redactar aquesta guia s'ha fet una cerca àmplia de literatura científica i altres articles d'interès relacionats amb l'assistència al part domiciliari. S'han consultat les bases de dades Cochrane, Medline, CUIDEN, PUBMED i les guies d'obstetrícia de països amb tradició de part a casa com el Regne Unit i Holanda. La bibliografia seleccionada comprèn textos d'àmplia divulgació científica i està validada per organismes internacionals.

El període de revisió ha estat de l'any 2021 al 2025. La revisió l'ha feta un equip de llevadores especialitzades en l'atenció i la promoció del part a casa que s'han reunit periòdicament per posar en comú la seva experiència i les darreres revisions bibliogràfiques.

1.3. JUSTIFICACIÓ

L'elaboració d'aquesta guia neix d'una demanda social perquè la dona i la seva parella participin en la tria del lloc del part, i també perquè puguin accedir a la informació per a prendre decisions.

Per a les professionals que han fet aquesta guia és prioritari aconseguir una cura efectiva, sensible psicològicament i apropiada culturalment. Es busca, primer de tot, assegurar una bona qualitat d'atenció per a la dona i la seva criatura, una atenció digna i atenta que reconeix la diferència intrínseca de cada dona, la seva llibertat de decidir, la seva autonomia, unicitat i globalitat com a ésser biològic, psicològic, social i humà. I el fonament previ per iniciar una atenció d'aquestes característiques és reconèixer la voluntat i el dret de triar de la dona.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) ha tingut un paper fonamental en la crítica de l'intervencionisme excessiu al llarg del procés de l'embaràs, part i postpart. Des de l'any 1985 en la declaració de Fortaleza, i actualment en les recomanacions de l'OMS per a les cures durant el part per a una experiència de part positiva, s'afirma que les dones amb gestacions de risc baix haurien de poder donar a llum on se sentin més segures ([OMS, 2018](#)).

Convidem les autoritats i els organismes implicats en l'atenció a la salut reproductiva a ser conseqüents amb l'evidència científica i les recomanacions de l'OMS, per a prendre consciència de la importància de donar resposta a les dones i famílies que vulguin un part extrahospitalari planificat. Les institucions haurien de reconèixer la seguretat del part a casa, que està directament relacionada amb el suport del sistema hospitalari i de l'establiment de protocols i circuits de derivació i trasllat consensuats ([Alcaraz, 2021](#); [OMS, 2018](#)).

A totes les dones de risc baix se'ls hauria d'oferir la possibilitat de considerar l'opció del part domiciliari, i també donar accés a l'evidència disponible, perquè puguin prendre decisions de manera responsable i informada ([NICE, 2023](#)).



2.

MODEL DE LLEVADORA AUTÒNOMA

Una llevadora és una persona que ha completat amb èxit un programa de formació en obstetrícia reconegut pel Ministeri de Sanitat. És col·legiada i està autoritzada per a exercir com a llevadora, i demostra la seva competència en la pràctica de l'obstetrícia ([ICM, 2023](#)).

L'article 21 de la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries, i l'article 7 del Reial decret 450/2005, de 22 d'abril, defineixen la llevadora com «[el professional sanitari que, amb una actitud científica responsable i fent servir els mitjans clínics i tecnològics adequats d'acord amb el desenvolupament de la ciència en cada moment, proporciona una atenció integral a la salut sexual, reproductiva i maternal de la dona, en les seves facetes preventiva, de promoció i d'atenció i recuperació de la salut, incloent-hi així mateix l'atenció a la mare en el diagnòstic, el control i l'assistència en l'embaràs, el part i el puerperi normal i l'atenció al fill acabat de néixer sa, fins al 28è dia de vida. L'àmbit d'actuació de les llevadores comprèn tant l'atenció primària \(que inclou centres de salut, comunitat, família i domicili\) com l'atenció especialitzada \(que inclou l'hospital o altres dispositius que en depenen\). A més, les llevadores poden exercir la professió en el sector públic, el privat, per compte aliè i per compte propi](#)» ([BOE, 2009](#)).

2.1. EL MODEL D'ATENCIÓ DE LA LLEVADORA

Mundialment, hi ha una amenaça palpable cap a la llibertat de les llevadores per a proporcionar models d'atenció professionals malgrat el reconeixement que la seva tasca millora els resultats de salut materna i neonatal ([Sandall et al., 2024](#); [Homer et al., 2017](#)) i la satisfacció de les usuàries ([Mortensen et al., 2019](#); [Symon et al., 2019](#); [Forster et al., 2016](#)).

Un model d'atenció de llevadora parteix de la base que l'embaràs, el part i el postpart són esdeveniments normals de la vida per a una mare i el seu nadó. Es centra en la dona i en la creença que és molt important la continuïtat de l'atenció pel que fa al benestar físic, psicològic, espiritual i social d'ella i la família durant tot el cicle fèrtil ([ICM, 2024; 2023a](#)).

Un model d'atenció liderat per la llevadora proporciona a la mare educació individualitzada, assessorament i atenció prenatal, i també assistència contínua durant el part, el naixement i el puerperi, i suport continu durant el període postnatal.

Les intervencions tecnològiques es redueixen al mínim i les dones que necessiten altres atencions són derivades de manera apropiada. La llevadora té un paper central en la coordinació i la vinculació amb altres professionals de la salut ([ICM, 2024](#)).

Hi ha una quantitat creixent d'evidència que demostra els beneficis de l'atenció que ofereixen les llevadores: més satisfacció per part de les dones, especialment si hi ha continuïtat en les cures ([Mortensen et al., 2019](#); [Symon et al., 2019](#)), més percepció de control i llibertat de decisió i, en general, menys intervencions mèdiques i millors resultats materns i perinatals ([Declercq et al., 2019](#); [Wiegerinck et al., 2018](#)). Hi ha una probabilitat menor de rebre analgèsia regional, de tenir un part instrumentat i de patir una episiotomia, a banda de més probabilitat de tenir un part vaginal espontani, així com de començar la lactància materna amb èxit ([Sandall et al., 2024](#); [Reitsma, 2020](#); [Forster et al., 2016](#)).

La llevadora és la professional més adequada per a tenir cura de les dones durant l'embaràs, el part i el postpart, i dels nadons abans, durant i després del naixement; per tant, hauria de ser la seva professional de referència ([Karlström et al., 2015](#)). Els models d'atenció dirigits i liderats per llevadores proporcionen atenció segura i d'alta qualitat, per la qual cosa es consideren els més adequats per a les dones en edat fèrtil. D'altra banda, és el model més rendible i sostenible ([Anderson i Gilkison, 2021](#); [ICM, 2017b](#); [Janssen et al., 2015](#)) en totes les societats.

2.2. LA LLEVADORA QUE ASSISTEIX EL PART DOMICILIARI

Les llevadores són professionals preparades i expertes per a donar suport al part fisiològic, per la qual cosa és important que els seus coneixements siguin fomentats, protegits i valorats com un bé de la societat per a promoure la salut. Per tot això, és fonamental que el sistema de salut ofereixi guies d'actuació, protocols i models de cures que es comprometin a garantir la normalitat del naixement, de manera que s'asseguri la llibertat de triar de les dones ([ICM, 2024](#); [2023](#), [2023a](#), [2017](#)).

Les llevadores autònomes de l'ALPACC valorem, mantenim i desenvolupem els nostres coneixements i habilitats en aquest model de normalitat del naixement i el part, i sabem que les dones pareixen més bé on se senten més segures.

Les cures que s'ofereixen a les embarassades i les seves famílies han de tenir en compte la individualitat cultural i social de cada dona i les seves necessitats específiques ([OMS, 2018](#)).

Des de fa anys, molts experts parlen de la importància de l'entorn en el part, de la necessitat de la dona de sentir-se segura per a parir més bé, dels seus drets de triar on vol donar a llum i la llevadora que vol que li doni suport, reconeixent el part com un ritual de pas ([Reed, 2021](#); [OMS, 2018](#)). La dona té el dret de triar quin és el lloc més adequat per al part, sigui el seu domicili, una casa de naixements o un hospital.

Les dones tenen dret de decidir de manera informada donar a llum a casa amb el suport d'una llevadora o un equip de llevadores ([NICE, 2023](#)). La llevadora que ofereix serveis professionals per a les dones a casa ho hauria de poder fer dins del sistema de salut pública amb accés a assegurances i una compensació adequada ([ICM, 2017](#)).

La Confederació Internacional de Llevadores lamenta que no tots els països tinguin els sistemes de legislació o de salut que suportin el part a casa planificat i insten els governs nacionals a revisar la literatura científica i a iniciar el procés cap a un sistema d'atenció a la maternitat que inclogui aquesta opció ([ICM, 2023a](#); [2017](#)).

2.3. EXCEL·LÈNCIA PROFESSIONAL

Per a arribar a l'excel·lència quan s'ofereix el servei de part a casa, és imprescindible que hi hagi sistemes i estructures construïdes i organitzades que donin un suport complet a aquest servei.

Seria desitjable que hi hagués equips multidisciplinaris amb protocols consensuats que reforcin el compromís amb les decisions informades de les dones i, en definitiva, el compromís amb el suport al part domiciliari. Aquests equips haurien de desenvolupar pràctiques responsables mantingudes per decisions clíniques efectives.

És essencial que la informació que reben les dones sobre els diferents llocs on es pot parir no sigui esbiaixada, de manera que hi hagi transparència sobre els avantatges i desavantatges del part a casa. Les dones haurien de poder participar de manera activa en les diferents opcions d'atenció rebuda durant l'embaràs ([ICM, 2024b](#)), per la qual cosa tenen dret de triar o canviar, en qualsevol moment de l'embaràs, on volen parir.

La planificació d'un part a casa ha de tenir en compte les necessitats individuals de cada dona i la seva família. La comunicació fluida i contínua entre els professionals de la salut, les dones i la família és essencial en el model de llevadora autònoma que ofereix una atenció contínua, independentment de l'entorn.

La llevadora ha de saber identificar els riscos, conèixer i controlar les accions que s'han de portar a terme davant d'aquests riscos, i ha de comptar amb sistemes i criteris adequats per a derivar l'atenció a un centre hospitalari, així com també amb un sistema adequat de trasllat.

Per a la majoria de dones, l'embaràs i el part són esdeveniments normals de la vida. Per això, promoure opcions d'atenció a la dona en què ella tingui control sobre l'entorn i les decisions que prengui pot tenir un efecte important en la satisfacció de la vivència de la maternitat, tant per part de la dona com per part de la família.

L'atenció d'una llevadora o equip de llevadores que ofereix assistència contínua durant l'embaràs, el part i el postpart comporta avantatges a l'hora de promoure la lactància, la reducció del consum de substàncies tòxiques, i la millora de la nutrició de la dona, a més d'incrementar la seva satisfacció ([Mortensen et al., 2019](#); [Symon et al., 2019](#); [Forster et al., 2016](#)).

2.4. COMPETÈNCIES I FORMACIÓ CONTÍNUA

Les llevadores autònomes que atenen parts a casa han de ser competents en aquest entorn i, per tant, és imprescindible que mantinguin, millorin i actualitzin els coneixements en obstetrícia.

Les autoritats s'haurien de responsabilitzar de proporcionar recursos per a adquirir noves habilitats i coneixements, i per a mantenir els que ja tenen. Tots aquests coneixements han d'estar vinculats a la facilitació i l'observació fisiològica del part i a la detecció i l'actuació davant d'emergències.

La formació contínua hauria de ser obligatòria i incloure teoria i maneig pràctic d'habilitats davant d'emergències obstètriques i reanimació neonatal, atès que ha demostrat millorar les habilitats i les actuacions davant d'aquestes situacions ([Crofts et al., 2015](#); [Fransen et al., 2012](#)). L'ALPACC recomana a les llevadores que es dediquen a l'atenció domiciliària l'actualització anual en emergències obstètriques i neonatals.

2.5. REGISTRE I AUDITORIES

Per a mantenir uns estàndards d'excel·lència en l'atenció a la dona i la família, és imprescindible fer registres actualitzats de tota l'atenció i cures que s'ofereixen i es porten a terme. Això ajuda a conservar l'objectivitat a l'hora d'oferir l'atenció a la dona, poder transferir l'atenció a altres professionals de la salut de manera més fluida, completa i clara, i és molt important per a portar a terme auditories.

Les auditories haurien d'incloure dades tant quantitatives com qualitatives. Com a mínim, s'hauria de tenir en compte els resultats del part a casa, les derivacions i les intervencions que s'han fet. També caldria afegir enquestes de satisfacció a les usuàries.



3.

CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ

Segons l'OMS, entre el 70 % i el 80 % de les gestacions haurien de ser considerades de risc baix en començar el treball de part.

Les llevadores s'han de sentir còmodes amb la incertesa inherent del part i és important tenir en compte que la percepció i la comprensió del concepte de risc poden ser molt variades tant entre els professionals de la salut com entre les dones ([Lee et al., 2019; 2016](#); [Plested, 2014](#); [Rothman, 2014](#)).

3.1. CRITERIS CLÍNICS BÀSICS A PARTIR DELS QUALS ES POT RECOMANAR UN PART A CASA

Inici del part espontani entre 37-42 setmanes de gestació.

- Presentació cefàlica.
- Hb $\geq$ 10 g/dl.
- IMC $\leq$ 30 en quedar-se embarassada.
- Embaràs no múltiple.
- Història clínica sense complicacions importants.
- Història obstètrica sense complicacions.
- Sense signes ni símptomes rellevants relacionats amb complicacions de l'embaràs.



Fotografia de Iris Muñoz

3.2. SITUACIONS EN QUÈ NO S'ACONSELLA UN PART A CASA

Les situacions en què el part a casa no està aconsellat, segons la guia NICE 2023, són les següents.

3.2.1. Problemes de salut o malalties de base

Cardiovasculars:

- Malaltia coronària.
- Hipertensió arterial (HTA) de base.

Respiratoris:

- Asma que requereix tractament hospitalari.
- Fibrosi quística.

Hematològics:

- Hemoglobinopaties: talassèmia beta major, anèmia de cèl·lules falciformes.
- Història de problemes vasculars o malalties tromboembòliques.
- Trombocitopènia púrpura o plaquetes <100.000.
- Síndrome de Von Willebrand.
- Problemes de coagulació en la mare o el fetus.
- Anticossos atípics amb risc de malaltia hemolítica per al nounat.

Risc d'infecció:

- Hepatitis B o C amb funció hepàtica alterada.
- Portadora del VIH o infectada.
- Toxoplasmosi en tractament.
- Infecció activa en el part per varicel·la/rubèola/herpes genital.
- Tuberculosi en tractament.

Autoimmune:

- Lupus eritematós sistèmic.
- Esclerodèrmia.

Endocrins:

- Hipertiroidisme.
- Diabetis insulíndependent.

Renals:

- Funció renal anormal.
- Malaltia renal que requereix revisions regulars d'un especialista.

Neurològics:

- Epilèpsia.
- Miastènia greu.
- Accident cerebrovascular previ.

Gastrointestinals:

- Malalties hepàtiques associades amb un funcionament hepàtic anormal.

Psiquiàtrics:

- Qualsevol malaltia mental que requereix tractament amb ingrés en un centre hospitalari.

3.2.2. Història obstètrica amb factors que suggereixen un risc incrementat**Complicacions prèvies:**

- Mort perinatal prèvia relacionada amb dificultats en el part.
- Nadó previ amb encefalopatia neonatal.
- Preeclàmpsia que va requerir finalitzar el part preterme.
- Despreniment de placenta amb resultats adversos.
- Eclàmpsia.
- Ruptura uterina.
- Retenció de placenta que es va haver d'extreure manualment a quiròfan.

Embaràs actual:

- Embaràs múltiple.
- Placenta prèvia.
- Preeclàmpsia o hipertensió induïda per l'embaràs.
- Part prematur o ruptura espontània de membranes (REM) preterme.
- Despreniment de placenta.
- Anèmia: Hb <8,5 g/dl al començament del part.
- Mort intrauterina confirmada.
- Part induït farmacològicament.
- Abús de substàncies.
- Alcoholisme que requereix tractament.
- Presentació de natges o transversa.
- Metrorràgia prepart recurrent.
- Creixement Intrauterí Retardat (CIR).
- Anomalies en la freqüència cardíaca fetal (FCF) / estudis Doppler.

3.3. SITUACIONS EN QUÈ ES PODRIA CONSIDERAR ATENDRE DE MANERA PERSONALITZADA

3.3.1. Situacions mèdiques de base que es podrien considerar de manera personalitzada

Cardiovascular:

- Malalties cardíques sense complicacions durant el part.

Hematologia:

- Anticossos atípics que no posin el nadó en risc de malaltia hemolítica.
- Tret falciforme.
- Tret de talassèmia.
- Anèmia: hemoglobina entre 8,5-10,5 g/dl en començar el part, excepte si hi ha simptomatologia.

Risc d'infecció:

- Hepatitis B o C amb proves de funció hepàtica normals.

Immune:

- Trastorns no específics del teixit conjuntiu.

Endocrí:

- Hipotiroïdisme no controlat que requereix un ajust constant de medicació.
- Hipotiroïdisme.

Esquelètic/neuronal:

- Fractures de pelvis (segons la valoració ginecològica).
- Deficiències neurològiques.

Gastrointestinals:

- Malaltia hepàtica sense funció hepàtica alterada actualment.
- Malaltia de Crohn.
- Colitis ulcerosa.

3.3.2. Història obstètrica amb factors que suggereixen un risc incrementat, però que es podrien considerar de forma personalitzada

Història ginecològica prèvia:

- Miomectomia.
- Histerotomia.
- Conització.

Complicacions en gestacions anteriors:

- Mort fetal o neonatal amb una causa coneguda no recurrent.
- Preeclàmpsia a terme.
- Despreniment de placenta amb resultats bons.
- Antecedent de nadó previ de >4.500 g.
- Hemoràgia postpart anterior.
- Retenció de placenta que va requerir extracció manual.
- Distòcia d'espatlles.
- Cesària.
- Estrip extens vaginal, cervical o perineal de tercer o quart grau.
- Nadó preterme amb icterícia que va requerir exsanguinotransfusió.

Embaràs actual:

- Un sol episodi de sagnat després de les 24 setmanes de gestació, d'origen desconegut, si s'exclou placenta prèvia i despreniment de placenta.
- IMC al començament de l'embaràs superior a 30.
- Tensió arterial (TA) 140 mmHg / 90 mmHg o més, dues vegades.
- Clínica o eco amb sospita de macrosomia (> 4.500 g).
- Multiparitat de més de quatre parts.
- Ús de drogues recreatives.
- Seguiment de cures psiquiàtriques al CAP.
- Edat >40 al començament de l'embaràs.
- Diabetis gestacional no insulíndependent.
- Petit per a l'edat gestacional (PEG).
- Oligohidramni o polihidramni moderat o lleu.
- Anomalies fetals.

3.4. EL PART A CASA EN GESTACIONS QUE PRESENTEN ALGÚN FACTOR DE RISC

Segons totes les guies internacionals i l'evidència científica més recent, el part a casa en dones amb embaràs de baix risc és una opció molt segura. De vegades, trobem alguna dona amb algun factor de risc en l'embaràs que vol triar el part domiciliari com a primera opció.

Alguns estudis fets a Austràlia han indagat en les possibles explicacions de per què algunes dones amb factors de risc busquen un part a casa. Els resultats d'aquests estudis mostren que aquestes dones consideren que donar a llum és un esdeveniment de la vida que pot comportar riscos en si mateix, que l'hospital no és el lloc més segur per a parir i que les intervencions i interrupcions del procés del part que es donen als hospitals impliquen un increment del risc ([Jackson et al., 2020](#)). Altres estudis avalen aquests resultats ([Black et al., 2016](#); [Keedle et al., 2015](#); [Maznin i Creedy, 2012](#)).

En l'experiència i la pràctica clínica de les llevadores que es dediquen al part a casa s'observa que hi ha un nombre significatiu de dones que decideixen parir al domicili després d'haver patit experiències traumàtiques anteriors relacionades amb el procés de maternitat en centres hospitalaris ([Holten et al., 2016](#)).

El concepte de risc és molt subjectiu. Pot variar i tenir dimensions diferents. Sovint, molts dels factors catalogats de risc estan basats en un consens, no en evidència científica. Cal assenyalar que hi ha poca evidència científica referent al part a casa en embarassos de risc alt.

Les guies aconsellen que aquestes dones donin a llum en unitats obstètriques. Malgrat això, hi ha menys intervencions obstètriques en els parts a casa en comparació amb els parts hospitalaris, també en embarassos de risc alt ([Li et al., 2015](#)).

Els nadons de dones amb embaràs de risc alt nascuts a l'hospital tenen més possibilitats de ser ingressats en unitats neonatals que els nadons que neixen a casa les mares dels quals estaven catalogades de gestació d'alt risc ([Li et al., 2015](#)).

A pesar d'aquests resultats, encara no es poden fer canvis en les guies, però sí que cal més recerca sobre aquest tema. Per tant, sabem que el part a casa en dones catalogades de gestació d'alt risc no és l'opció ideal, però pot ser una opció per considerar. És important, doncs, tenir en compte dos aspectes fonamentals: el desig de la mare i la seva tria versus el dilema professional i ètic de la llevadora.

En països on el part a casa està institucionalitzat, hi ha la figura de la llevadora supervisora, la qual ofereix mecanismes de suport i guia per a totes les llevadores amb l'objectiu de protegir les dones i els nadons. A més, la llevadora supervisora fa de mediadora entre la dona i les llevadores en els casos en què hi ha dilemes ètics, defensant tant els drets de la dona com els de les llevadores ([Parliamentary and Health Service Ombudsman, 2013](#)).

La dona està emparada per la Llei de l'autonomia del pacient ([Ministeri de la Presidència, 2002](#)). El Tribunal Superior dels Drets Humans reconeix, en el cas *Ternovszky contra Hongria*, que «el dret del

respecte per la vida privada inclou el dret de triar les circumstàncies del part» ([European Court of Human Rights, 2010](#)).

D'altra banda, la llevadora es pot negar a atendre si no se sent segura d'acord amb el codi ètic d'infermeria ([Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, 2013](#)). Si la llevadora té competències i experiència, pot atendre la dona amb la informació prèvia sobre els riscos i els beneficis que pot comportar la decisió de parir a casa. La informació proporcionada ha d'estar basada en evidència científica actual, ser objectiva i explicada de manera comprensible per a poder capacitar la dona per a prendre una decisió informada i responsable d'acord amb les seves necessitats i vetllant pel benestar de la seva salut i la del seu nadó. Finalment, totes dues parts (professional i dona/parella) han de signar un consentiment informat amb tots els riscos per escrit, tal com indica la legislació vigent.

Per acabar, el fet que les dones puguin ser ateses a casa per professionals qualificades té una importància vital. Si tenen la voluntat ferma de donar llum a casa, independentment de les seves circumstàncies de risc, i se'ls nega l'atenció professional, estem fomentant indirectament els parts no assistits o parts assistits per persones no qualificades i, per tant, posant en risc més elevat aquestes dones i nadons, a més d'incentivar l'intrusisme en la nostra professió.



CRITERIS D'INCLUSIÓ PEL PART A CASA (DURANT L'EMBARÀS)

MALALTIES DE BASE

ES POT PARIR A CASA

- Hipotiroidisme controlat amb medicació

CONSIDERAR INDIVIDUALMENT SI CAL DERIVACIÓ A L'HOSPITAL

Cardiovascular:

- Malalties cardiaques que no impliquen risc intrapart.

Hematologia:

- Anticossos atípics que no posin al bebè en risc de malaltia hemolítica.
- Tret falciforme.
- Tret de talasemia.
- Anèmia: hemoglobina entre 8,5-10,5 g/dl a l'inici del part, excepte si hi ha simptomatologia.

Risc d'infecció:

- Hepatitis B o C amb proves de funció hepàtica normals.

Immune:

- Trastorns no específics del teixit conjuntiu.

Endocrí:

- Hipotiroidisme no controlat que requereix constant ajust de la medicació.
- Hipertiroidisme controlat

Esqueletic/neuronal:

- Fractures de pelvis (segons valoració ginecològica).
- Deficiències neurològiques.

Gastrointestinals:

- Malaltia hepàtica sense funció hepàtica alterada a l'actualitat.
- Malaltia de Crohn.
- Colitis ulcerosa.

Ginecologia:

- Miomectomia
- Histerotomia
- Conització

CAL DERIVACIÓ O TRASLLAT A L'HOSPITAL

Cardiovasculars:

- Malaltia coronària.
- Hipertensió arterial (HTA) de base.

Respiratoris:

- Asma que requereix tractament hospitalari.
- Fibrosi quística.

Hematològics:

- Hemoglobinopaties: betatalasemia major, anèmia falciforme.
- Malaltia tromboembòlica
- Trombocitopenia púrpura o plaquetes <100 000.
- Síndrome de Von Willebrand.
- Problemes de coagulació en la mare o el fetus..
- Anticossos atípics amb risc de malaltia hemolítica pel recent nascut.

Infecciosos:

- Hepatitis B o C amb funcions hepàtiques alterades.
- Portadora o infectada pel VIH.
- Toxoplasmosi en tractament.
- Infecció activa al part per varicela/ rubeola/herpes genital.
- Tuberculosi en tractament.

Autoimmune:

- Lupus eritematos sistèmic.
- Esclerodermia.

Endocrins:

- Hipertiroidisme no controlat.
- Diabetis insulíndependent.

Renals:

- Funció renal anormal.
- Malaltia renal que requereix revisions regulars d'especialista.

Neurològics:

- Epilepsia.
- Miastènia gravis.
- Accident cerebrovascular previ..

Gastrointestinals:

- Malalties hepàtiques associades amb funcionament hepàtic anormal.

Psiquiàtrics:

- Qualsevol malaltia mental durant la gestació que requereix ingrés hospitalari.

CRITERIS D'INCLUSIÓ PEL PART A CASA (DURANT L'EMBARÀS)**HISTORIA OBSTÈTRICA**

ES POT PARIR A CASA	CONSIDERAR INDIVIDUALMENT SI CAL DERIVACIÓ A L'HOSPITAL	CAL DERIVACIÓ O TRASLLAT A L'HOSPITAL
	• Mort fetal o neonatal • Preeclampsia • Despreniment de placenta amb bons resultats. • Antecedent de bebé previ de >4500 g. • Estrip extens vaginal, cervical o perineal de tercer o quart grau. • Bebé previ a terme amb icterícia que va requerir exanguinotransfusió. • HPP anterior • Retenció de placenta que va requerir extracció manual • Distòcia d'espatlles • Cesària	• Mort perinatal prèvia relacionada amb dificultats al part. • Bebé previ amb encefalopatia neonatal • Despreniment de placenta amb resultats adversos • Ruptura uterina

CRITERIS D'INCLUSIÓ PEL PART A CASA (DURANT L'EMBARÀS)**EMBARÀS ACTUAL**

ES POT PARIR A CASA	CONSIDERAR INDIVIDUALMENT SI CAL DERIVACIÓ A L'HOSPITAL	CAL DERIVACIÓ O TRASLLAT A L'HOSPITAL
• Inici del part espontani entre 37-42 setmanes de gestació • Presentació cefàlica • Hb $\geq$ 10 gr/dl • MC $\leq$ 30 Kg/m² al començar l'embaràs. • Embaràs no múltiple • Història clínica sense complicacions rellevants • Història obstètrica sense complicacions • Sense signes ni símptomes rellevants relacionats amb complicacions de l'embaràs • Estreptococ B positiu	• Un sol episodi de sagnat després de les 24 setmanes de gestació d'origen desconegut, si s'exclueix placenta prèvia i despreniment de placenta • IMC a l'inici de l'embaràs de 30-35 kg/m² • TA 140 mmHg / 90 mmHg en dos ocasions • Clínica o eco amb sospita de macrosomia (>4.500gr) • Multiparitat més de 4 parts • Patologia psiquiàtrica controlada • Edat >40 a l'inici de l'embaràs • Embaràs post terme amb controls de benestar fetal normals.	• Embaràs múltiple. • Placenta prèvia. • Preeclampsia o hipertensió induïda per l'embaràs. • Part prematur o trencament espontani de membranes preterme. • Despreniment de placenta. • Anèmia: Hb <8,5 g/dl al inici del parto. • Part induït farmacològicament. • Abús de drogues recreatives. • Alcoholisme que requereix tractament. • Presentació de natges o transversa. • Metrorragia prepart recurrent. • CIR • Estudi Doppler alterat. • Ologohidramnis o polihidramnis sever.

CRITERIS DE TRASLLAT INTRAPART

FACTORS MATERNES

ES POT PARIR A CASA	CONSIDERAR INDIVIDUALMENT SI CAL DERIVACIÓ A L'HOSPITAL	CAL DERIVACIÓ O TRASLLAT A L'HOSPITAL
- Hb $\geq$ 10 gr/dl - Constants vitals normals - IMC $\leq$ 30 Kg/m² a l'inici de l'embaràs - Embaràs no múltiple - Història clínica sense complicacions rellevants - Història obstètrica sense complicacions	- Diabetis Gestacional ben controlada - Embaràs post terme amb controls de benestar fetal normals.	- Febre - Pols >120pm en dos ocasions en interval de 30 min. - TA elevada $> 140/90$mmHg, sigui la sistòlica o la diastòlica, a 2 lectures consecutives en interval de 30min. - TA elevada a una sola lectura de $\geq / > 160/110$mmHg 2+ de proteïna a la orina amb TA elevada $> 140/90$mmHg, sigui sistòlica o diastòlica - Placenta prèvia - Hipertensió o sospita de preeclàmpsia - Preeclàmpsia confirmada - Presència de dolor anormal - Pèrdua sanguínia anormal - Petició materna d'epidural - Petició materna de trasllat - Retenció urinària postpart

FACTORS FETALS

ES POT PARIR A CASA	CONSIDERAR INDIVIDUALMENT SI CAL DERIVACIÓ A L'HOSPITAL	CAL DERIVACIÓ O TRASLLAT A L'HOSPITAL
- Presentació cefàlica - MMFF normals - Palpació abdominal normal - FCF normal en auscultació intermitent - FCF diferenciable del pols matern		- Prematuritat: menys de 37 sg - Embaràs múltiple - Malpresentació. - Necessitat de CTG: FCF anormal en auscultació intermitent - Moviments fetals reduïts o inexistents - Meconi tipo III o II, o meconi que no s'aclareix. - APGAR <7 a los 5', o reanimació perllongada

FACTORS DEL PART

ES POT PARIR A CASA	CONSIDERAR INDIVIDUALMENT SI CAL DERIVACIÓ A L'HOSPITAL	CAL DERIVACIÓ O TRASLLAT A L'HOSPITAL
- Inici del part espontani entre 37-42 semanas de gestació - REM $<$de 72h a l'inici del part actiu amb maneig expectant correcte, atès per llevadora - Presència de meconi tipus I que s'aclareix amb el temps i en absència d'altres factors de risc	Meconi Tipus II que s'aclareix amb el temps en absència d'altres factors de risc	- Parts estacionats en qualsevol fase - Emergència obstètrica: hemorràgia ante-part, prolapse de cordó, hemorràgia pospart, colapso matern, retenció de placenta - Estrip de 3r o 4t grau o qualsevol trauma perineal complicat que no pugui ser reparat al domicili

4.

SEGUIMENT DE LA GESTACIÓ



L'acompanyament i l'assistència contínua per part de les llevadores del procés de gestació, part i postpart s'associa a uns nivells de satisfacció més elevats, un índex menor d'intervencions i resultats semblants pel que fa a morbiditat-mortalitat neonatal i materna ([Sandall et al., 2024](#); [Floris et al., 2018](#)).

La llevadora veu l'embaràs com un procés fisiològic normal que forma part de la vida sexual, reproductiva i afectiva de la dona. Aquesta ha de ser informada de manera adequada sobre els beneficis, els riscos i les contraindicacions de qualsevol valoració, intervenció o procediment que se li ofereixi per a poder prendre una decisió basada en la informació que hagi rebut. I té el dret de refusar qualsevol intervenció que se li ofereixi ([NICE, 2021, 2021a](#)).

4.1. OBJECTIUS

- Conèixer les condicions biopsicosocials de la dona.
- Detectar la desviació de la normalitat en el procés de gestació per a corregir-la o transferir-la l'assistència si cal.
- Atendre i acollir els desitjos de la dona i la seva parella i ajudar-los a generar expectatives assolibles.
- Atendre la dona des d'un enfocament holístic.
- Afavorir un ambient de confiança i intimitat per a la dona, la seva parella i acompanyants, on puguin expressar les seves emocions, temors i desitjos.

4.2. RECOMANACIONS

- Aportar informació completa, veraç i no esbiaixada sobre les cures, les atencions i els controls de la gestació quan aquesta gestació és única i està catalogada de risc baix.
- La bona comunicació entre els professionals sanitaris i les dones és essencial i hauria d'estar basada en informació escrita i apropiada culturalment.
- Establir el diàleg necessari perquè les dones puguin prendre decisions informades i basades en els seus desitjos, necessitats i circumstàncies biopsicosocials amb relació a les seves cures. Aquest

diàleg ha de permetre discutir qualsevol aspecte sobre la seva assistència amb els professionals de la salut que hi estiguin implicats.

- Tractar sempre les dones, les seves parelles i famílies amb amabilitat, respecte i dignitat. Les opinions, creences i valors de la dona, la seva parella i família que estan relacionats amb la cura de la mare i el seu nadó s'han de tenir en compte i han de ser respectats en tot moment ([Ministeri de la Presidència, 2002](#)).
- Facilitar a les dones, les seves parelles i altres membres de la família el suport emocional que necessitin.
- Promoure una vivència tan satisfactòria com sigui possible.

4.3. ACTUACIÓ I CURES

Es recomana mantenir un seguiment per mitjà de visites periòdiques durant tot l'embaràs ([NICE, 2021a](#); [Dowswell et al., 2015](#)).

És aconsellable fer les visites necessàries per a construir un vincle entre la llevadora i la dona i la seva família amb la finalitat d'establir una relació de confiança mútua que ens permeti avaluar aspectes biopsicosocials, les seves necessitats, desitjos, pors i expectatives, així com el suport o rebuig de l'entorn proper sobre l'opció que han pres de parir a casa.

L'avaluació dels criteris de normalitat ha de ser contínua en totes les visites ([FAME, 2022](#)) i durant el part ([NICE, 2023](#)).

Primera visita

- Planificar el nombre de visites que es faran durant el seguiment de la gestació i adequar-les a les necessitats particulars de cada gestant i la seva parella. En general, es fa una visita mensual des de la primera visita, sigui a consulta o a casa de la família. A partir de la setmana 37 s'augmenta la freqüència de l'atenció per part de les llevadores.
- Fer l'anamnesi i la història clínica de la gestant.
- Facilitar la documentació necessària per a iniciar l'assistència (llista de material, consentiment informat, contracte, història clínica, document de protecció de dades, pla de naixement, etc.).
- Valorar l'estat de salut maternofetal:
 - ✓ Mesures antropomètriques: talla i pes, IMC ([NICE, 2021a](#)).
 - ✓ Tensió arterial (TA).
 - ✓ Exploració d'extremitats: varius, edemes, etc.
 - ✓ Estàtica fetal, freqüència cardíaca fetal (FCF), moviment fetal (MF) i creixement uterí.

- Informar sobre les proves habituals del control de la gestació i establir un diàleg que permeti decidir si són pertinents o no.
- Valorar les proves fetes fins cada moment, principalment analítiques i ecografies.
- Oferir educació sanitària: consells de l'estil de vida (nutrició i dieta, exercici físic, suplementació, entre d'altres).
- Fomentar la participació en les sessions de preparació del part i grups de suport a la lactància materna.
- Impulsar la confiança de la dona en el seu propi potencial, facilitant recursos sense crear falses expectatives.
- Mantenir el centre d'atenció i el protagonisme en la dona, la criatura i la seva parella en tot moment.
- Promoure la decisió informada, facilitant informació basada en evidència objectiva, veraç i contrastada.
- Fer una valoració de l'estat psicològic i emocional de la gestant. En el context d'una relació professional significativa, l'entrevista resulta ser la manera més convenient per a la valoració, ja que permet construir un vincle o relació de confiança i seguretat. Pot ser útil fer el següent:
 - ✓ Fer servir preguntes obertes i l'escolta activa amb l'objectiu de facilitar el relat espontani i confidencial.
 - ✓ Explorar els antecedents personals i familiars referents a la salut mental.
 - ✓ Explorar el propi naixement. Valorar el context psicosocial, la satisfacció en la relació de parella si n'hi ha, les càrregues familiars, la presència o antecedents de violència en les relacions...
 - ✓ Valorar si hi ha suport de l'entorn proper.
 - ✓ Preguntar si hi ha agents estressors (dols no resolts de familiars i animals de companyia, avortaments, malalties, pors, entre d'altres...).
 - ✓ Valorar l'estat psíquic actual: indagar sobre la conducta alimentària, el son, l'abús de substàncies tòxiques o psicofàrmacs.

Visites de seguiment

- Actualitzar la història clínica.
- Valorar els paràmetres físics de salut maternofetal:
 - ✓ Tensió arterial (TA).
 - ✓ Exploració extremitats, edemes, varius...
 - ✓ Estàtica fetal, freqüència cardíaca fetal (FCF), moviment fetal (MF) i creixement uterí.
- Fer un seguiment de les analítiques i ecografies fetes.
- Elaborar de manera consensuada el pla de part.
- Promoure la decisió informada, oferint informació basada en evidència objectiva, veraç i contrastada.
- Fer una valoració psicològica:
 - ✓ Valorar l'adaptació a l'embaràs.
 - ✓ Analitzar la relació amb el seu propi cos i la seva imatge.
 - ✓ Estudiar la relació amb els progenitors per a acompanyar en l'elaboració del paper matern i el vincle materno-filial.
 - ✓ Explorar la història i, si apareixen abusos o experiències traumàtiques, suggerir ajuda psicològica professional.
 - ✓ Valorar les representacions maternals. El paper com a mare de la criatura que espera.
 - ✓ Revalorar l'estat psíquic.



Visita de reconeixement del domicili

La visita al domicili es fa aproximadament un mes abans de la data probable de part per a facilitar-ne la ubicació. S'aconsella que en aquesta visita hi siguin presents tots els acompanyants que la família hagi escollit.

Inclou els aspectes següents:

- Valoració de les condicions d'higiene, temperatura i accés.
- Comprovació de la presència i la ubicació del material necessari per al part.
- Revisió del pla de part.
- Coneixement dels acompanyants que la gestant hagi escollit.
- Definició dels papers que la gestant espera de cadascun dels acompanyants, sobretot pel que fa a l'adjudicació de tasques, ajudes i suports.
- Obtenció de la signatura de consentiment informat per a l'atenció al part a casa si no s'ha obtingut abans.
- Explicació de quan i com es pot contactar amb la llevadora.
- Establiment del temps estimat d'arribada de la llevadora i lloc on es deixarà el material.
- Fixar les cures i l'atenció al nadó que es volen en el naixement i el postpart immediat (vitamina K, pell amb pell ...).
- Informació a la dona i a la parella sobre els signes i els símptomes que indiquen que comença el treball de part i signes d'alarma.
- Establiment d'un pla de trasllat.
- Comprovació que tots els informes clínics, documents i objectes personals i de la criatura estan preparats per si cal un trasllat a l'hospital.
- Actualització de la història clínica.
- Valoració dels paràmetres físics de salut maternofetal:
 - ✓ Tensió arterial (TA).
 - ✓ Exploració de malalties: edemes, varius...
 - ✓ Estàtica fetal, freqüència cardíaca fetal (FCF), moviment fetal (MF) i creixement uterí.
- Valoració del seguiment i control analític i ecogràfic.

- Valoració psicològica:
 - ✓ Facilitar l'expressió de les expectatives, les pors i els desitjos per a ajudar a una visió realista del procés.
 - ✓ Anticipar-nos a la frustració, parlar de la possibilitat d'un trasllat.
 - ✓ Valorar la necessitat d'elaborar un pla de part i cesària.
 - ✓ Avaluar el coneixement sobre les complicacions més habituals i explicar les línies d'actuació en cas que apareguin.
 - ✓ Afavorir la reflexió sobre la possibilitat d'un problema greu amb conseqüències de dany permanent o mort.



5.

ASSISTÈNCIA AL PART



El naixement d'una criatura és un procés transcendental per a la família. El part, a més de ser un acte fisiològic, és un procés que té un impacte emocional important ([FAME, 2022](#)).

Les adaptacions fisiològiques i psicològiques que faciliten i optimitzen el resultat del part per a la mare i la criatura promouen la salut i el benestar de tots dos a llarg termini, perquè estimulen la interacció i el vincle ([Olza et al., 2020](#)).

Els mecanismes oxitocinèrgics que controlen la fisiologia del procés de naixement també contribueixen a les experiències psicològiques subjectives del part ([Olza et al., 2020](#)). L'oxitocina endògena influeix en la conducta i les emocions de la mare (proporciona benestar i sentiments de seguretat, disminució del dolor, la por i l'estrès) i estimula les conductes d'interacció social. L'experiència positiva durant el part promou una transició òptima cap a la maternitat. L'OMS defineix una experiència de part positiva com «una que compleix o supera les creences i expectatives personals i socioculturals prèvies de la dona i inclou donar a llum a una criatura sana en un entorn clínic i psicològicament segur amb continuïtat d'atenció i suport emocional» ([OMS, 2018](#)).

El sistema d'oxitocina i el sistema d'estrès actuen de manera independent i antagonista durant el treball de part ([Uvnäs-Moberg et al., 2019](#)).

El suport emocional i l'estimulació tàctil activen l'alliberament d'oxitocina, amb la qual cosa disminueixen els nivells d'estrès. Quan aquests nivells són massa elevats, la capacitat amortidora de l'oxitocina pot ser insuficient ([Uvnäs-Moberg i Petersson, 2022](#)).

5.1. OBJECTIU

L'objectiu és fomentar que el part i el naixement siguin una experiència saludable, segura i satisfactòria per a la mare, el nadó i la família.

5.2. RECOMANACIONS

- Assistir les dones i les seves criatures amb respecte, assegurant-nos que les mares prenen les seves pròpies decisions i estan involucrades en el que passa. La manera com es té cura de la dona és clau perquè això sigui possible.
- Construir una relació de confiança mútua amb la dona: conèixer els seus desitjos i expectatives pel part, ser capaços d'adaptar-nos a necessitats canviants i explicar amb claredat i en detall el paper de la llevadora durant les diferents fases del part, i també en cas d'actuacions o emergències.
- Tenir cura del llenguatge corporal i les paraules que es fan servir, per la influència que poden tenir en la percepció de normalitat i seguretat del procés.
- Recordar que les llevadores som convidades a casa de l'embarassada i per això hem de mantenir sempre un paper secundari, de gran discreció, per a promoure i preservar la intimitat de la dona i la seva família, i el bon desenvolupament fisiològic, basat en un equilibri òptim hormonal, que es pot alterar fàcilment.
- Sempre demanar permís i obtenir el consentiment de la dona abans de portar a terme qualsevol procediment o exploració. Idealment, abans del part s'hauria d'haver explicat, perquè aquell dia l'ús del llenguatge es limiti al mínim i la dona no hagi d'estar alerta ni se sorprengui per cap activitat de la llevadora.
- Cal afavorir que la dona rebi el suport físic, emocional i logístic que necessita de l'acompanyant que triï.

5.3. ACTUACIONS I CURES

5.3.1. Prepart o fase latent

La manera com la dona viu aquesta fase pot tenir un impacte important en la durada del part. Sovint, les expectatives difereixen de l'experiència real d'aquesta etapa, la qual cosa demostra que és important individualitzar les cures ([Grylka-Baeschlin i Mueller, 2023](#)). Les seves vivències poden diferir del que ha llegit i escoltat de familiars i amigues, i a classes de preparació del part ([Edmonds et al., 2018](#)).

Un diagnòstic precoç del treball de part pot derivar en un esgotament tant matern com de les llevadores i en un augment dels estats d'inquietud i ansietat, que incrementen la percepció del dolor. Això, pot deixar les dones desmoralitzades, exhaustes, amb una percepció més negativa de l'experiència del part ([Ängeby et al., 2019](#)). Una situació així pot concloure fàcilment amb un trasllat hospitalari, la qual cosa incrementa les possibilitats d'intervencions mèdiques innecessàries ([Seravalli et al., 2022](#); [NICE, 2023](#); [Rota et al., 2018](#); [Ängeby et al., 2019](#)).

Durant la fase latent (especialment si aquesta és llarga), les dones necessiten, més suport psicològic i físic, sigui telefònic o presencial ([Ängeby et al., 2015](#)).

Segons la guia [NICE del 2023](#), la fase latent és un període que pot ser discontinu, en el qual:

- Hi ha contraccions doloroses.
- Hi ha algun canvi cervical, incloent-hi l'esborrament i la dilatació fins a 4 cm.

Si apareix cap signe o simptomatologia d'inici de part, la dona o qui l'acompanyi s'ha de posar en contacte amb la llevadora per telèfon, tal com s'ha acordat prèviament.

Després de fer l'assessorament i l'acolliment telefònic inicial, i d'acord amb la informació que s'hagi rebut, la llevadora proposa el moment adequat per a desplaçar-se al domicili.

Un cop allà, la llevadora fa la valoració inicial.

Les actuacions que redueixen la por i l'angoixa d'una dona li permeten estalviar energia, que serà molt necessària per al part ([NICE, 2019](#)).

Cal escoltar la dona i tenir en compte les seves preferències i necessitats emocionals i psicològiques ([FAME, 2022](#)), i suggerir la interacció social, la cura i preparació de l'entorn ([Olza et al., 2018](#)).

A més, cal recomanar que continuïn amb les rutines habituals, prioritzant el descans, i reconèixer l'alegria i l'emoció que senten per l'inici del procés.

Valoració inicial

- Revisió de les dades clíniques.
- Comprovació del material del part i del trasllat.
- Descripció de les circumstàncies de l'inici del part: si hi ha inici de les contraccions, durada i intensitat, hi ha ruptura de bossa o no, etc.
- Valoració de l'estat integral de la dona.
- Anàlisi de l'entorn de la dona i si aquest coincideix amb els seus desitjos i les seves necessitats, tant fisiològiques com emocionals.
- Revisar el pla de part, que s'hauria d'haver comentat durant l'embaràs, i també si hi ha factors específics o inesperats que puguin preocupar la dona.
- Exploració física:
 - ✓ Presa sistemàtica de les constants vitals (tensió arterial, pols i temperatura)
 - ✓ Valoració del nadó intrauterí:
 - Preguntar sobre moviment fetal (MF) en las darreres 24 h.
 - Palpar l'abdomen: altura uterina, estàtica fetal, situació, posició, presentació i grau d'encaixament.
 - Registrar la durada, la freqüència i la intensitat de les contraccions.

- Sempre s'ha de començar l'auscultació intermitent en el primer contacte amb la dona, i cada vegada que es valori si ha començat el treball de part ([NICE, 2023](#)).
 - Valorar la línia base de la freqüència cardíaca fetal (FCF), auscultant com a mínim durant un minut entre contraccions, amb el nadó en repòs. Cal fer un registre d'una sola xifra.
 - Auscultar durant un període de moviment fetal per a confirmar que hi ha acceleracions en la FCF.
 - Auscultar immediatament després d'una contracció per a excloure desacceleracions ([NICE, 2022](#); [Maude et al., 2016, 2014](#); [ACNM, 2015](#)).
 - Sempre prendre el pols matern si sospitem que hi ha anomalies en la FCF per a distingir-les ([NICE, 2022](#); [Maude et al., 2016, 2014](#); [ACNM, 2015](#)).
- ✓ Fer una exploració vaginal, amb el consentiment previ de la dona, si la llevadora ho considera necessari o davant de la petició materna. Si es fa, és important tenir cura al màxim de les mesures d'higiene, i s'ha de fer de la manera més suau, afable i menys pertorbadora possible. Si hi ha ruptura de membranes, s'han de fer servir guants estèrils.

RECOMANACIONS PER A LA FASE LATENT

- Aconsellar a la mare que continuï la vida normal, que es nodreixi, s'hidrati i descansi, especialment de nit. L'hem d'informar que el part es produeix espontàniament i que és important aconseguir la millor cura de si mateixa per a tenir els nivells energètics necessaris perquè el part es desencadeni (descans, nutrició i hidratació), i també de la conveniència de deixar fluir els seus sentiments i el seu cos.
- Informar que és una fase preparatòria, per la qual cosa és millor no esgotar l'energia física i emocional que caldrà per al treball de part.
- Suggestir mesures per a alleujar les molèsties: deambular, balancejar la pelvis a la pilota de pilates, aplicar escalfor local a la zona lumbar, fer un bany calent o una dutxa que l'ajudin a acomodar-se a les seves sensacions. Animar la parella que li faci massatges amb olis.
- Procurar un entorn i un ambient tranquils que permetin a la mare relaxar-se i concentrar-se en el seu procés, sense excés de persones o estímuls al voltant.

Amb la valoració inicial, la llevadora fa el diagnòstic del part. Si es confirma que ha començat, la llevadora es quedarà al domicili per a fer el control, l'assistència i l'acompanyament del part a casa. En cas que no es confirmi, si la gestant està en fase latent, se li donaran les recomanacions necessàries i es mantindrà el contacte telefònic fins a fer una altra valoració.

5.3.2. Fase de dilatació o fase activa

Hi ha una gran variabilitat en la durada dels parts. Algunes dones necessiten molt de temps per a dilatar i parir, i d'altres molt poc. Un part llarg no és patològic ([He et al., 2023](#); [Souza et al., 2018](#)).

Durant aquesta fase es produeix l'obertura completa del coll uterí fins a la dilatació màxima. Es considera l'inici del part a partir dels 4 cm de dilatació, que és quan el procés adquireix més intensitat i regularitat. Acaba amb la dilatació completa (a 10 cm) i l'inici dels espoderaments. Al mateix temps, es produeix el descens, la rotació i l'encaixament fetal. L'objectiu de cura en aquesta fase és mantenir el benestar maternofetal i proporcionar les cures de salut adequades, el suport emocional i la informació necessària.

Les dones que reben un suport continu tenen nivells més baixos de cortisol durant la primera i la segona fase del part. Aquest fet es relaciona amb un treball de part actiu més curt i amb menys cesàries ([Stjernholm et al., 2021](#)).

La manera com les llevadores es relacionen amb les embarassades en treball de part influeix enormement en l'experiència de les dones. Elles parlen de cura, consideració, comprensió, confiança, empatia, tendresa, amabilitat, tranquil·litat i paciència per a descriure tant la llevadora com els sentiments implicats en una experiència positiva de part ([NICE, 2023](#)).

Les gestants es volen sentir segures, còmodes i volen poder ser elles mateixes, per la qual cosa cal tractar totes les dones en treball de part amb respecte, procurant que sentin que tenen el control i estan involucrades en el que passa, i per això és necessari establir una relació amb cadascuna, conèixer els seus desitjos i expectatives, i ser conscients de la importància del to, el llenguatge i la conducta del professional que acompanya. Les dones aprecien la comunicació i una actitud positiva que els porti tranquil·litat per a alleujar l'angoixa ([FAME, 2022](#)).

En aquesta fase, la major part de les dones disminueix la interacció amb l'exterior per a enfocar-se en el seu món interior, i creix la necessitat de suport. Les llevadores han de facilitar que expressin les seves necessitats i preferències, i respondre a les preguntes que facin.

Moltes embarassades valoren molt positivament el contacte relaxant, com ara donar-los la mà, el massatge i la pressió ([Bohren et al., 2017](#)).

Tenint en compte que el part forma part de la sexualitat femenina, és important afavorir un entorn íntim. La llevadora hi és present. No es tracta de fer, sinó d'estar ([De Jonge et al., 2021](#)).

Valoració inicial

Es considera que s'ha iniciat el part actiu quan hi ha activitat uterina regular, intensa i dolorosa amb 2 contraccions o més en 10 minuts i, a més, hi ha dilatació cervical progressiva a partir de 4 cm ([NICE, 2023](#)).

Si després de la valoració inicial la llevadora confirma el diagnòstic de part actiu, s'ha de quedar al domicili i començar les cures i l'assistència al part.

Cal portar a terme una avaluació de riscos. La mare ha de saber que aquesta avaluació forma part d'un procés continu ([NICE, 2023](#); [2022](#)).

- Valoració materna:
 - ✓ Registrar la durada, la freqüència i la intensitat de les contraccions.
 - ✓ Observar com gestiona les contraccions i quines estratègies de confort fa servir.
 - ✓ Anotar les constants vitals, la presència de sang, tap mucós o líquid amniòtic (LA): quantitat i color.
- Valoració del nadó intrauterí:
 - ✓ Preguntar sobre moviment fetal (MF) en les darreres 24 hores.
 - ✓ Palpar l'abdomen: altura uterina, estàtica fetal, situació, posició, presentació i grau d'encaixament.
 - ✓ Registrar la durada, la freqüència i la intensitat de les contraccions.
 - ✓ Iniciar una auscultació intermitent sempre quan hi hagi el primer contacte amb la dona i cada vegada que es valori si ha començat el treball de part ([NICE, 2023](#); [2022](#)).
 - ✓ Valorar la línia base de la freqüència cardíaca fetal (FCF), auscultant com a mínim durant 1 minut entre contraccions, amb el nadó en repòs. Fer l'anotació en una sola xifra.
 - ✓ Auscultar durant un període de moviment fetal per a confirmar la presència d'acceleracions en la FCF.
 - ✓ Auscultar immediatament després d'una contracció per a excloure desacceleracions ([NICE, 2022](#); [Maude et al., 2016, 2014](#); [ACNM, 2015](#)).
 - ✓ Prendre el pols matern si sospitem que hi ha anomalies en la FCF per a diferenciar-les ([NICE, 2022](#); [Maude et al., 2016, 2014](#); [ACNM, 2015](#)).

✓ RECOMANACIONS EN LA FASE ACTIVA DE TREBALL DE PART

Pot ser que, durant el procés de part actiu, la dinàmica uterina disminueixi o desaparegui. Es tracta de pauses fisiològiques que poden ser de durada variable (Weckend *et al.*, 2024; 2022).

- Mantenir un entorn adequat per a la dona i preservar les mesures d'higiene:
 - ✓ L'habitació ha d'estar neta, ben ventilada i amb una temperatura adequada. El material ha d'estar accessible. Cal tenir aliments i begudes per a satisfer les necessitats de la mare.
 - ✓ Evitar distraccions i estímuls externs. Explicar als acompanyants la importància de mantenir un ambient agradable i tranquil i respectar la intimitat de la dona.
- Controlar el benestar fetal amb l'auscultació intermitent per mitjà d'un Doppler fetal o un estetoscopi de Pinard (NICE, 2022; OMS, 2018).
 - ✓ Iniciar l'auscultació intermitent sempre en el primer contacte que es tingui amb la dona i cada vegada que es valori si ha començat el treball de part (NICE, 2022).
 - ✓ Observar i anotar com és la dinàmica uterina (DU) cada 30 minuts.
 - ✓ Quan comença, valorar la línia base de la freqüència cardíaca fetal (FCF), auscultant com a mínim durant 1 minut entre contraccions, amb el nadó en repòs. Anotar-ho amb una sola xifra.
 - ✓ Quan comença, auscultar durant un període de moviment fetal per a confirmar que hi ha acceleracions en la FCF.
 - ✓ Quan comença, auscultar immediatament després d'una contracció per a excloure que hi ha desacceleracions (NICE, 2022; Maude *et al.*, 2016, 2014; ACNM, 2015).
 - ✓ L'auscultació intermitent, una vegada que la dona està en treball de part, es fa cada 15 minuts. S'ausculta immediatament després d'una contracció per a excloure que hi ha desacceleracions (NICE, 2022; OMS, 2018; Maude *et al.*, 2016, 2014; ACNM, 2015).
 - ✓ Prendre el pols matern cada hora (NICE, 2022) i sempre que sospitem anomalies en la FCF per a diferenciar-les (NICE, 2022; ACNM, 2015).
 - ✓ Augmentar la freqüència d'auscultació quan es considera necessari (NICE, 2022).

- ✓ Auscultar la FCF:
 - En el primer contacte amb la dona.
 - Després de la ruptura espontània de membranes (REM).
 - Abans i després del tacte vaginal.
 - Davant d'hipertonia uterina.
 - Davant d'un trasllat.
- En tot moment, la llevadora ha de mantenir una actitud expectant i de respecte envers el procés fisiològic i no ha de fer cap tipus d'intervenció innecessària, com ara l'amniorrèxi artificial, l'estimulació amb oxitocina o prostaglandines. Si algun d'aquests procediments fos necessari perquè el part no evoluciona, s'ha de valorar si és necessari el trasllat al centre hospitalari.
- Durant tot el procés, la llevadora ha de mantenir registres detallats, objectius i contemporanis de tot el que passi. Recomanem com a mínim registrar els aspectes següents:
 - ✓ Línia base de FCF: cada 15 min.
 - ✓ Presència o absència d'acceleracions, variabilitat, desacceleracions.
 - ✓ Canvis significatius en la freqüència o la intensitat de les contraccions.
 - ✓ Activitat uterina: dinàmica, intensitat i durada cada 30 minuts.
 - ✓ Aparició de nous factors de risc.
 - ✓ Pols matern cada hora i davant d'alguna anomalia en la FCF.
 - ✓ Accions i intervencions davant d'anomalies.
 - ✓ Respostes fetals i materns davant d'accions i intervencions.
 - ✓ Altres observacions materns: tensió arterial (TA) i temperatura (t) cada 4 hores, estat físic, emocional i necessitats.
 - ✓ Necessitat d'un registre cardiotocogràfic (CTG) per anomalies en la FCF o altres factors de risc (NICE, 2022).
- No hi ha prou evidència per a recomanar de manera habitual l'ús del partograma (Lavender i Bernitz, 2020; OMS, 2018), encara que pot ser molt útil per a tenir una idea clara, visual i ràpida de l'estat de la mare i el nadó durant el treball de part.

5.3.3. Fase de transició

Quan s'observa les dones en parts fisiològics, s'evidencia que el part pot ser un procés discontinu (amb possibles pauses fisiològiques de durada variable) en què l'embarassada transita per diferents etapes que es van encavalcant: fase latent, dilatació, transició, naixement i deslliurament.

On se situa

La fase de transició no es reconeix com a tal en les guies de pràctica clínica.

Precedeix els espoderaments i es manifesta de formes diverses. La dona sol tenir sentiments d'incertesa, temor, desesperació o por, amb un augment de l'adrenalina i la noradrenalina. O bé s'observa un període de pausa o calma abans del naixement.

Quin objectiu té aquesta fase

L'objectiu d'aquesta fase és passar d'un cert estat de relaxació provocat per les endorfines, en què hi pot haver poques contraccions o cap, a la fase d'espoderaments o descens i rotació, que és una fase més activa que l'anterior.

El període de transició demana una certa pèrdua de control per part de la dona, d'abandonament i d'acceptació de les sensacions i emocions que va percebent. En aquesta fase, el caparró del nadó sol exercir pressió sobre la part superior del recte, el sacre i la paret vaginal. Aquesta pressió pot provocar el reflex d'espoderament abans d'arribar a la dilatació completa ([Reed, 2015](#)).

L'espoderament espontani facilita la rotació del nadó i augmenta la pressió del cap sobre la cèrvix. La durada d'aquesta fase varia molt d'una dona a una altra. En general, és més llarga en dones primíparaes i en parts en què el nadó és en posicions occipitoposteriors ([Reed, 2015](#)).



Com es reconeix

La dona està en un estat alterat de consciència. La percepció del temps i l'espai canvia i pot experimentar emocions intenses, manifestacions físiques i emocionals que es poden identificar en la majoria de les dones.

- Manifestacions físiques:
 - ✓ Alternança calor-fred, suor.
 - ✓ Tremolor.
 - ✓ Nàusea, vòmits, eructes.
 - ✓ Canvi en el patró respiratori. Respiració més accelerada; hi pot haver hiperventilació.
 - ✓ Sortida involuntària d'orina o femtes, per la pressió que fa el cap.
 - ✓ Sensació d'esgotament.
- Manifestacions emocionals:
 - ✓ Inquietud, confusió.
 - ✓ Irritabilitat.
 - ✓ Sentir-se al límit.
 - ✓ Desànim. La dona pregunta quan s'acabarà, pot verbalitzar que no sent que avança.
 - ✓ Dubtes, temors. Preguntes i afirmacions com ara «podrà passar el nadó?», «estarà bé?», «no sé si tindrè forces»...
 - ✓ Desesperació. Expressions verbals limitadores: «no puc més», «no vull seguir», «no seré capaç d'aguantar», «em moriré»...
 - ✓ Pànic.
 - ✓ Pensaments d'incapacitat no expressats.

SINESTÈSIA

- La fase de transició és un dels moments en la vida d'una dona en què pot experimentar sinestèsia. Es tracta d'un fenomen neurofisiològic durant el qual un sentit pot ser interpretat pel cervell com un altre. Una carícia es pot viure com si fos una música bonica o una visió de colors. És possible que s'accentuï la percepció dels sons, dels colors i els gustos. Això és resultat de l'alt nivell d'endorfines i és semblant a la sinestèsia que s'experimenta quan es consumeix un opiàci (Simkin i Ancheta, 2011).

Consideracions finals

Tots els qui acompanyen una dona de part han de tenir en compte la fase de transició. No hi ha una manera ideal de fer-ho, perquè cada dona és única i les seves necessitats han de ser considerades de manera individual. Les experiències de dolor i de força física durant el part donen significat a la transició cap a la maternitat ([Van der Gucht i Lewis, 2015](#)).

El part es pot considerar un ritus de pas i la llevadora, la professional més adequada per acompanyar aquest trànsit (Reed, 2021; [2013](#)).

RECOMANACIONS

L'actitud i les paraules de confiança de la llevadora envers la capacitat de la dona poden ser clau en aquesta fase.

Per a això podem:

- Acompanyar el plor o altres expressions emocionals.
- Valorar elements distractors que poden interferir en el procés.
- Oferir contacte físic i suport emocional.
- Animar, ajudar la dona a abandonar-se al procés.



Fotografia de Marta Ribes

5.3.4. Fase d'espoderaments i naixement

La fase d'espoderaments i descens es caracteritza per l'aparició del reflex d'ejecció fetal, que consisteix en una sensació materna urgent i inevitable d'empènyer.

Malgrat que hi hagi dilatació completa i davant l'absència del reflex, la llevadora ha d'esperar que la dona senti la necessitat d'empènyer i no dirigir els espoderaments.

Amb les ganes d'empènyer, les dones embarassades se solen sentir més despertes i actives. Una vegada que neix el nadó, els envaeix l'alegria, l'orgull, i solen experimentar la necessitat d'explorar en detall la seva criatura. Aquests sentiments influeixen positivament en la seva confiança per a convertir-se en mares ([Olza et al., 2018](#)).

RECOMANACIONS

- Evitar els espoderaments dirigits i en apnea perquè poden resultar en disfuncions futures del sòl pelvià. A més, els espoderaments espontanis s'associen a menys risc de cesària i episiotomia, sense afectar els resultats neonatals ([Yao et al., 2023](#)).
- Fomentar que la gestant adopti la posició en què se senti més còmoda.
- Observar i registrar cada mitja hora la freqüència de les contraccions, la temperatura, el pols i la tensió arterial materna cada 4 hores, i anotar la freqüència de miccions ([NICE, 2023](#)).
- Fer una auscultació intermitent de la freqüència cardíaca fetal immediatament després d'una contracció durant com a mínim 1 minut, almenys cada 5 minuts o després de cada contracció ([NICE, 2023](#); [2022](#); [OMS, 2018](#)).
- Prendre el pols matern sempre si sospitem que hi ha anomalies en la freqüència cardíaca fetal (FCF) per diferenciar-les ([NICE, 2023](#); [2022](#)).
- Animar la dona a vocalitzar si ho necessita, perquè l'ajudarà a mantenir la gola oberta i la mandíbula i les espatlles relaxades.
- En tot moment tenir cura de l'ambient i el seu entorn, atendre les seves necessitats físiques, psicològiques i emocionals, mantenir l'habitació ventilada, sense estímuls externs forts de llums i sorolls. Afavorir que es relaxi i es concentri en el procés, i també preservar la seva intimitat.
- Informar la dona en tot moment del que passa.
- Acompanyar la sortida del nadó amb suavitat, pactar amb la mare abans qui el recollirà, donant-li l'opció que sigui ella mateixa que el rebi, o bé la parella o bé la llevadora. Permetre la rotació externa espontània de la criatura. La força de la contracció següent empenyerà el cos del nadó i la llevadora acompanyarà la sortida amb suavitat. Estirar la criatura pot produir lesions del plexe braquial o subluxacions o fractures de clavícula i augmenta el risc d'estrip perineal matern.

L'evidència científica encara no ha consensuat un temps màxim de durada de la fase d'espode-raments ([ACOG, 2014, 2014a](#)). Hi ha factors que han demostrat afectar la durada d'aquesta fase, però mentre el progrés continuï i la mare i el nadó intrauterí mostrin signes de benestar, és apropiat tractar-la de manera individualitzada.



5.3.5. Fase de deslliurament

La fase de deslliurament és l'etapa que té lloc entre el naixement de la criatura i l'expulsió de la placenta.

Una vegada que ha nascut el nadó, el part no ha acabat i és important mantenir el mateix clima de respecte, privacitat i poca il·luminació, estímuls verbals escassos, calor ambiental, i també la no intervenció ni entrada de gent al lloc del naixement, i evitar trucades telefòniques en aquest moment. L'estimulació del sistema simpàtic bloqueja l'alliberament d'oxitocina. Aquesta resposta psicobiològica es dona durant els primers minuts després del part i està relacionada amb l'entorn, l'actitud de la llevadora i els pensaments o sentiments de la dona ([Reed, 2021](#); [Edwards i Wickham, 2018](#)).

- El nadó sobre la seva mare i la interacció entre ells estimula la secreció d'oxitocina i la resposta de l'úter. La mare l'ensuma, el toca, l'escolta i les sensacions intenses que l'aclaparen estimularan la producció d'un pic fort d'oxitocina necessari per a un deslliurament segur ([Saxton et al., 2016](#)).
- Sabem que la placenta s'ha després quan apareixen signes com els següents:
- La mare experimenta més contraccions.
- Apareix sagnat de despreniment placentari.
- El cordó s'allarga.



RECOMANACIONS EN LA FASE DE DESLLIURAMENT

- La preferència ha de ser el deslliurament fisiològic:
 - ✓ No fer servir uterotònics de manera rutinària en dones amb part fisiològic, perquè el maneig actiu d'aquesta fase s'ha associat amb més hemorràgia postpart i un retard de més de 30 minuts en la sortida de la placenta (Erickson et al., 2018).
 - ✓ No pinçar el cordó umbilical fins que no estigui completament blanc (no tocar-lo, per a evitar que es col·lapsi, i permetre que tota la sang arribi al nadó) o fins després de la sortida de la placenta, o no tallar-lo si els pares volen un naixement lotus.
 - ✓ Per a comprovar que la placenta s'ha després, hem de fer una compressió suprapúbica. Si observem que el cordó puja i es reintrodueix en part a la vagina, és que encara no està despresada del tot. Si el cordó no es mou i abans s'ha allargat, és que està despresada.
 - ✓ La mare ha de sentir novament sensació d'ocupació a la vagina i aquesta s'alliberarà de manera espontània, o s'ha d'animar la mare a empènyer la placenta amb els seus propis esforços.
 - ✓ No s'ha de traccionar el cordó sense haver administrat abans uterotònics (NICE, 2023).
- Aquesta fase sol durar entre 15 i 60 minuts després del naixement. Si no hi ha signes de sagnat i l'úter està ben contret, la nostra actitud ha de ser expectant, sense intervenir ni accelerar el procés mentre les constants vitals es mantinguin dins de la normalitat (NICE, 2023).
- L'evidència científica actual recomana el pinçament òptim del cordó umbilical (Brouwer et al., 2022; Bhatt et al., 2015; Boere et al., 2015), atès que s'ha demostrat que es milloren les reserves de ferro i els nivells d'hemoglobina en els nounats i que es presenta més pes en néixer (Ofojebe et al., 2021; Mercer et al., 2018), nivells més bons de saturació d'oxigen a la sang i més facilitat per a iniciar la respiració espontània en els casos que han necessitat reanimació (KC et al., 2021, 2019; Andersson et al., 2019; Mukherjee et al., 2019; Badursdeen et al., 2019).
- El pinçament òptim no augmenta el risc d'hemorràgia postpart (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 durada del deslliurament (De Paco et al., 2016).
- Per a ajudar que la placenta es desprengui, la mare pot miccionar, a més d'adoptar postures verticals. Si no ho aconsegueix, es pot considerar un sondatge vesical.
- Animar la mare a alletar el nadó. Això allibera oxitocina endògena. L'OMS i la UNICEF (2020) recomanen l'inici de la lactància materna durant la primera hora de vida per a reduir el risc d'infeccions neonatals.
- Després del despreniment placentari, s'ha de revisar de manera minuciosa la integritat de la placenta i les membranes, i cal registrar les característiques macroscòpiques de la placenta, com també les del cordó umbilical, la seva inserció i pèrdua hemàtica.

Hem de considerar el maneig actiu del deslliurament de la placenta en els casos següents:

- En cas que la mare presenti factors de risc per a una hemorràgia postpart, com ara fase d'espoderaments prolongada, hemorràgia postpart anterior, hipodinàmia en la darrera fase o decisió materna.
- Si, passada una hora del naixement del nadó la placenta no s'ha després, s'ha de considerar administrar medicació uterotònica i, per tant, iniciar un maneig actiu del deslliurament per mitjà de la tracció controlada del cordó.
- Per a fer una tracció controlada del cordó, prèviament cal haver administrat oxitòcics, i tenir la certesa de que la placenta s'ha després del tot.
- Si, malgrat haver començat el maneig actiu de la placenta no s'ha deslliurat, s'ha de valorar col·locar un accés venós de manera profilàctica i un possible trasllat al centre hospitalari.
- Si, malgrat les actuacions no es desprèn la placenta i ha passat més d'una hora i mitja del naixement, s'ha de considerar el trasllat hospitalari per retenció de placenta. De totes maneres, si la mare expressa el desig d'esperar, no hi ha sagnat i els signes vitals de la dona són correctes, es pot esperar, establint un límit de temps raonable.
- Després que es produeix el despreniment placentari, s'ha de revisar minuciosament la integritat de la placenta i les membranes, i cal registrar-ne les característiques macroscòpiques, com també les del cordó umbilical, la seva inserció i la pèrdua hemàtica estimada.
- La pèrdua sanguínia es considera normal fins a 500 ml.

5.3.6. Valoració, cures i sutura perineal

Les probabilitats de patir un trauma sever perineal són més baixes en el part a casa en comparació amb el part hospitalari ([Reitsma et al., 2020](#)).

OBJECTIU

Restablir la integritat del perineu i els teixits adjacents, prevenir una hemorràgia i reduir el risc d'infecció.

RECOMANACIONS

- La revisió del perineu i la vagina no ha d'interferir en el vincle mare-nadó, si no és que la dona necessita una atenció urgent. En aquest cas, s'ha de fer amb una delicadesa extrema i el consentiment previ ([NICE, 2023](#)).
- Fer un tacte rectal si hi ha sospita d'estrip que pot afectar l'esfínter o la mucosa anal ([NICE, 2023](#)).
- Si es troba un dany perineal, després d'informar-ne la mare, s'ha de valorar la necessitat de la sutura consensuant amb la mare el risc o el benefici de la sutura o d'una conducta conservadora.
- Fins que no es disposi de més evidència, les decisions dels professionals davant la possibilitat de suturar o no un esquinçament de primer o segon grau es poden basar en el judici clínic i la preferència de la dona després d'informar-la sobre la falta de resultats a llarg termini i el possible risc d'un procés lent de cicatrització de la ferida, però possiblement amb una millora total del benestar matern si es deixa sense suturar ([ACOG, 2018](#)).
- Assegurar-se que l'anestèsia local és efectiva. Valorar la possibilitat d'infiltrar l'anestèsic abans o durant l'exploració perquè la dona pateixi tan poc dolor com sigui possible i fer una bona valoració.
- Estrip de primer grau: es recomana no suturar si no és que hi ha sagnat o que els marges no estan ben aproximats.
- Estrip de segon grau: es recomana una sutura de forma contínua. Una vegada suturat el múscul, si els marges de la pell estan ben aproximats, no cal fer-hi cap sutura. En cas que la pell necessiti una sutura, cal seguir la tècnica de sutura intradèrmica. La sutura contínua s'associa amb menys dolor perineal, millor cicatrització, menys necessitat d'analgèsia i menys malestar gràcies al menor ús de material ([Faal Siahkal et al., 2023](#)).
- Estrips de tercer i quart grau: s'han de derivar a l'hospital.
- Després d'acabar la sutura, cal fer un tacte rectal per a comprovar la integritat de les mucoses i que no hi ha punts de sutura al recte.

- Els factors controlables que poden disminuir la incidència del trauma perineal són els següents:
 - ✓ El massatge perineal fet durant l'embaràs està associat a una disminució petita de laceracions perineals ([Da Silva et al., 2023](#)).
- La llibertat de moviments o posicions:
 - ✓ La posició lateral amb una cama elevada redueix la pressió i la tensió al perineu, per la qual cosa s'aconsella en parts precipitats i per a disminuir el risc d'estrips.
 - ✓ La posició quadrúpeda de Gaskin és aconsellable amb mares amb nadons de mida gran i és indicada en la distòcia d'espatlles.
 - ✓ La mobilització sacra i les posicions verticals durant el part s'han relacionat de manera significativa amb menys lesions perineals, en comparació amb la litotomia ([Martín-Vázquez et al., 2024](#)).
- Espoderaments espontanis: diversos estudis han demostrat un increment dels estrips amb els espoderaments dirigits, especialment de lesions de l'esfínter anal ([Queensland Health, 2023](#); [Da Silva et al., 2023](#)).
- Compreses d'aigua calenta. Per a prevenir els estrips i el trauma perineal es pot oferir a la mare aplicar gases calentes al perineu ([Aasheim et al., 2017](#)), les quals estimulen la circulació sanguínia a la zona i, per tant, n'estimulen l'oxigenació, la qual cosa afavoreix la relaxació i ofereix confort i alleujament davant de la sensació de màxima distensió del perineu. S'ha d'aconsellar a la mare que relaxi tota la zona perineal i se li ha d'oferir suport perquè la sortida del cap del nadó no sigui brusca ([Moreno Sánchez et al., 2020](#); [Magoga et al., 2019](#); [Aasheim et al., 2017](#); [Ferreira Couto, 2017](#); [Mariana et al., 2013](#)).
- Immersió en aigua calenta. El part en aigua és beneficiós per a evitar els estrips del primer i segon grau ([Burns et al., 2022](#)).
- El naixement lent del cap del nadó redueix la possibilitat d'esquinçament. Això permet que els teixits es puguin estirar suaument al mateix temps que el cap de la criatura es mou cap endavant amb cada contracció i després es retrau. Les sensacions intenses que s'experimenten quan el cap del nadó corona fan que, en general, la dona en freni la sortida, fins i tot tancant les cames o portant les mans a la vulva, però l'úter continua empenyent el nadó de manera lenta i suau ([Reed, 2023](#); [2015](#)).
- La tècnica hands poised (de mans preparades) sembla que causa un trauma menor perineal i redueix l'ús d'episiotomia ([Petrocnik i Marshall, 2015](#)).
- No hi ha diferències entre fer hands off (sense tocar) i hands on (protecció activa amb les mans) en la incidència d'estrips de primer, segon i quart grau, però la tècnica de hands on augmenta el risc d'estrip de tercer grau ([Pierce Williams et al., 2021](#)).
- La tècnica hands on resulta en un augment del dolor perineal després del part i amb taxes més altes d'hemorràgia ([Pierce Williams et al., 2021](#); [Petrocnik i Marshall, 2015](#)).

5.4. EL DOLOR EN EL PART A CASA

L'experiència de dolor que experimenten les dones durant el procés del part és individual, i, per tant, hem de personalitzar les cures tenint en compte que el dolor té aspectes físics, emocionals i culturals.

Les llevadores de part a casa estableixen un vincle estret amb les dones a les quals acompanyen durant l'embaràs, el part i el postpart. Sovint, durant la gestació han estat treballant de manera conjunta les preocupacions i els factors que podrien influir en tot el procés, incloent-hi la vivència del dolor.

El suport i l'acompanyament continu d'una mateixa llevadora durant l'embaràs i el part (one to one care) és un dels factors clau que han demostrat reduir la necessitat d'analgèsia epidural i el nombre d'intervencions mèdiques durant el naixement, a més d'augmentar de manera significativa la satisfacció materna ([Guzewicz i Sierakowska, 2022](#)).

La por augmenta el dolor en el part, però conèixer la llevadora i estar en l'entorn triat disminueix la por i, per tant, la sensació de dolor ([Junge et al., 2018](#)).

A més, les classes de preparació a la maternitat, el control de l'entorn, l'escolta activa, l'empatia de la llevadora, proporcionar informació sobre el procés o procediments que es portaran a terme, i també sentir que es controla la situació, són components que també han demostrat reduir la necessitat d'analgèsia farmacològica ([NICE 2023](#); [RCM 2020](#)).



5.4.1. Recomanacions generals

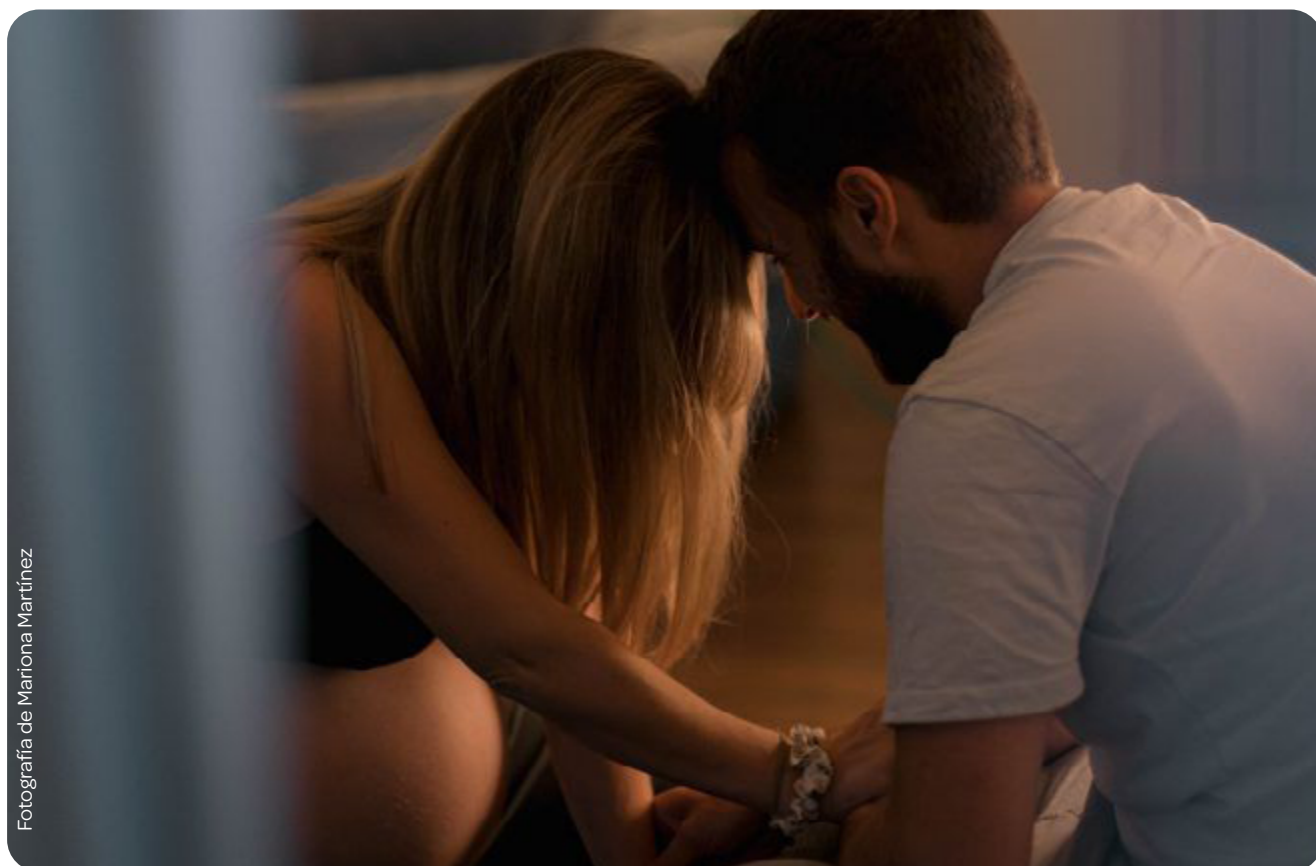
Una part important del paper de la llevadora és ajudar la dona a portar el dolor per mitjà de mètodes no farmacològics.

Expectatives enfront d'experiència:

- Les dones se solen sorprendre de la intensitat del dolor o n'esperaven molt menys. Sovint, les expectatives difereixen de l'experiència que viuen finalment ([Sutton et al., 2023](#)).
- L'acompanyament de la llevadora és clau per a connectar amb les sensacions físiques de manera positiva i acceptar la realitat del part en cada moment. Quan una dona sap que el dolor té un propòsit i interpreta aquesta sensació tan intensa com a productiva, es redueix la necessitat d'intervencions per a alleujar el dolor ([Whitburn et al., 2019](#)).
- La preparació psicoemocional durant l'embaràs pot millorar l'experiència del dolor en el part ([Heim i Makuch, 2024](#); [Levett et al., 2016](#)).

Les gestants que pareixen a casa assenyalen que l'acompanyament de la seva llevadora les ajuda que el dolor que senten, malgrat que sigui molt intens, sigui perfectament manejable ([Thies-Lagergren et al., 2021](#)).

L'ús de mètodes no farmacològics en un entorn hospitalari pot reduir el risc de cesària en un 78 % ([Rodrigues et al., 2022](#)). Podem assumir que, de la mateixa manera, el part a casa afavoreix el part eutòcic.



Fotografia de Mariona Martínez

5.4.2. Mètodes de confort

Les llevadores de part a casa disposen de diferents mètodes per a ajudar les dones a gestionar el dolor.

Aquests mètodes considerats no farmacològics es divideixen en els dos grups següents.

Mètodes autònoms: aplicats per la dona o la parella.

- La llibertat de moviments durant el part és essencial. Les posicions verticals redueixen la durada del part, la necessitat d'analgèsia, el nombre de cesàries, parts instrumentats i el nombre de nadons ingressats a l'UCIN ([Karaman i Yildiz, 2022](#)).
- Les tècniques de respiració i relaxació poden ajudar a reduir el dolor durant el part, a més d'augmentar la satisfacció materna i reduir els parts instrumentats ([Amru et al., 2021](#)).
- L'escalfor local és efectiva per a disminuir la intensitat del dolor del part i escurçar la durada del part en la dilatació; es pot fer servir com un mètode de gestió del dolor de part ([Goswami et al., 2022](#)).
- El massatge pot tenir un paper important en el maneig del dolor, a més d'augmentar la satisfacció materna ([Pawale i Salunkhe, 2020](#)).
- La immersió en aigua calenta durant el part redueix la necessitat d'analgèsia epidural i escurça la fase de dilatació sense augmentar els efectes adversos per a la mare o el nadó ([Hautala et al., 2022](#)).
- L'ús del TENS durant la dilatació escurça aquesta fase i, a més, augmenta la sensació de control i satisfacció ([Waller-Wise, 2022](#); [Njogu et al., 2021](#)). És un mètode molt senzill de fer servir i compatible amb tota la resta, excepte amb l'aigua. Pot ajudar perquè la dona senti que no necessita un trasllat per a alleujar el dolor i afavoreix que aconseguixi parir sense intervencions ([Santana et al., 2016](#)).
- Hipnobirthing: algunes dones que durant l'embaràs han fet un entrenament amb el mètode hipnobirthing se senten empoderades i podria ser que les ajudi a tenir una experiència positiva del maneig del dolor en el part ([Uldal et al., 2023](#)).

Mètodes terapèutics només poden ser aplicats per llevadores que en poden acreditar el coneixement i la formació específica.

- L'aromateràpia, amb alguns olis essencials aplicats durant el part, redueix l'ansietat, la por i el dolor. A més, l'aromateràpia combinada amb massatge redueix la necessitat d'analgèsia o anestèsia farmacològica durant el part ([Tabatabaeichehr i Mortazavi, 2020](#); [Chen et al., 2019](#)).
- La hipnosi durant el part pot reduir la intensitat del dolor, la durada del part i l'ingrés hospitalari ([Madden et al., 2016](#)).
- La reflexologia podal disminueix la sensació de dolor i d'ansietat en primigràvides, millora la satisfacció materna i els resultats del part ([Mohan i Varghese, 2021](#); [Akköz Çevik i Incedal, 2020](#)).
- L'acupuntura o la digitopuntura redueixen la necessitat d'analgèsia farmacològica i augmenten la satisfacció materna ([Smith et al., 2020](#)).

Si la dona, malgrat que ha rebut la combinació de diversos d'aquests mètodes per a gestionar el dolor de part, sol·licita analgèsia o anestèsia farmacològica, s'ha de valorar el trasllat hospitalari.



6.

POSTPART IMMEDIAT



6.1. ASSISTÈNCIA I ACOLLIMENT DE LA CRIATURA

El contacte estret entre la mare i el nounat és la norma biològica de l'espècie humana. Durant la major part de la història de la humanitat, la relació mare-lactant ha aportat protecció, escalfor, estimulació social i nutrició a la criatura.

S'ha de promoure sistemàticament el contacte immediat mare-criatura, ja que les primeres hores després del part són crucials per a instaurar el vincle entre els dos, i també per a instaurar la lactància materna. Tots dos fets influeixen de manera determinant en l'estat de salut de la criatura i en el seu desenvolupament emocional ([Moore et al., 2016](#)), a més de reduir el risc de depressió postpart.

Las guies actuals de cures neonatals recomanen que el contacte precoç pell amb pell ininterromput es prolongui com a mínim fins a 120 minuts de vida o fins que acabi la primera presa de lactància materna i, per descomptat, fins que la mare ho desitgi ([Secretaria de Salut Pública de Catalunya, 2020](#)).

6.1.1. Objectiu

Aconseguir una adaptació òptima de la criatura a la vida extrauterina.

6.1.2. Recomanacions

- Eixugar el nadó i donar-li escalfor amb l'ajuda d'una tovallola preescalfada.
- Mantenir la temperatura corporal del nounat, tenint cura que la temperatura de l'habitació sigui adequada (23-24 °C) i mantenint el contacte pell amb pell amb la mare. Si cal, se li ha de proporcionar una font d'escalfor suau (saquets de llavors, bossa d'aigua calenta o tovalloles calentes).
- El contacte pell amb pell constant disminueix el plor del nadó, regula la temperatura, el ritme respiratori i els nivells de glucosa, a més d'augmentar l'èxit de la lactància ([Brimdyr et al., 2023](#)).
- Afavorir l'agafada espontània en posició de nutrició biològica perquè el nadó desenvolupi els reflexos neonatals primitius.

- Valorar l'estat general del nounat amb el test d'Apgar.
- Pinçar el cordó després del deslliurament de la placenta o quan el cordó estigui blanc i exsangüe. Respectar els desitjos de la família respecte de com i qui ha de tallar el cordó, si és que el volen tallar.
- Col·locar un cordonet, una goma o una pinça umbilicals estèrils per a assegurar que es tanca el cordó.
- Si la mare té un grup sanguini amb Rh negatiu, s'ha de recomanar analitzar el grup i l'Rh del nounat i l'administració posterior de gammaglobulina anti D a la mare en cas que l'Rh neonatal sigui positiu.
- Informar la família que les llevadores tenen competències per a valorar i fer el seguiment del nounat sa durant el primer mes de vida, i que a partir de llavors la competència passa a ser de l'equip de pediatria
- Emplenar el carnet de salut del nounat i el certificat de naixement per al Registre Civil.

6.1.3. Actuació i cures de la criatura

- Qualsevol procediment i exploració que fem a la criatura s'ha de fer amb la màxima suavitat i cura possibles, evitant la separació de la mare i sempre sol·licitant-li permís.
- S'ha de fer una primera exploració física i s'han de comprovar les mesures antropomètriques. S'ha de pesar la criatura en les primeres hores del naixement, mentre que la talla i el perímetre cranial es poden mesurar en la visita de les 24 hores, dades que han de quedar anotades tant en l'informe del part com en el carnet de salut del nounat.
- Es recomana explorar el nounat en les primeres 24 hores de vida, tal com es defineix dins de les competències de la llevadora ([WHO, 2022](#)).
- Després d'assegurar-nos que la temperatura ambiental és adequada, es porta a terme una exploració completa sistemàtica:
 - ✓ Avaluar l'aspecte global: to muscular, reflexos de Moro, de cerca, de la marxa, de prensió i de succió.
 - ✓ Avaluar la pell per a descartar icterícia i cianosi, valorar exanemes, taques o angiomes.
 - ✓ Avaluar el cap i comprovar el bon estat del crani, les dues fontanel·les, els ulls, els pavellons auriculars, la boca i el nas.
 - ✓ Explorar el coll: la integritat de les clavícules descartant que hi ha tensions o torticoli.
 - ✓ Avaluar el tòrax: valorar la respiració per a descartar que hi ha retraccions, o un moviment anòmal del tòrax o estridors. Auscultar el cor per a descartar bufs, arrítmies o extrasístoles.
 - ✓ Explorar la normalitat a l'abdomen i el melic.

- ✓ Avaluar els genitals: en el nen, descartar hipospàdies o epispàdies, i comprovar que els testicles han descendit i són dins de l'escrot. En la nena, descartar que l'himen és imperforat, i comprovar en tots dos la permeabilitat anal si 48 h després del naixement encara no han defecat.
- ✓ Explorar l'aparell locomotor, comprovar el to i el moviment normal de tots dos braços i cames, i avaluar l'estabilitat dels malucs amb les maniobres Barlow i Ortolani. Així mateix, comprovar la integritat de la columna vertebral i descartar signes d'espina bífida oculta, com ara l'asimetria dels glutis, o lesions cutànies per sobre del plec gluti, com ara una fosa sacra.
- Oferir profilaxi de la malaltia hemorràgica en el nounat amb l'administració de la vitamina K IM dosi única o oral en tres dosis (el dia del naixement, al cap d'una setmana de vida i al cap d'un mes de vida) ([NICE, 2023](#); [Morales i Pallás, 2022](#); [Ardell et al., 2018](#)).



6.2. ATENCIÓ A LA MARE

6.2.1. Objectiu

Mantenir el benestar físic, emocional i social de la mare.

6.2.2. Recomanacions

- La mare ha de ser observada meticulosament durant les primeres dues hores. Les observacions més importants inclouen les següents:
 - ✓ Les constants vitals.
 - ✓ La quantitat de pèrdua sanguínia.
 - ✓ L'altura i el to uterí.
- Afavorir la primera micció espontània per a assegurar-se que hi ha una contractilitat uterina correcta.
- Evitar que tant la mare com el nou-nat quedin sense acompanyants en cap moment. Si la dona es vol aixecar o vol anar al lavabo, sempre se l'ha d'acompanyar.
- Procurar una estada suficient de les llevadores al domicili (com a mínim tres hores) i valorar individualment les necessitats de cada dona i el seu nadó.
- Recomanar als acompanyants que tinguin cura del benestar matern, cobrint la necessitat d'ingesta de líquids i aliments adequats que facilitin la recuperació de la mare i l'ajudin a tenir una bona higiene personal.
- Prestar atenció a la higiene de l'habitació, la roba i el llit.
- Recomanar l'administració de la immunoglobulina anti D a totes les dones Rh(D) negatiu, el nadó de les quals sigui Rh positiu, dins de les 72 hores següents del part.
- La primera visita de control s'ha de fer entorn de les 24 hores del naixement.
- Fer els informes pertinents per a documentar tot el procés.
- Informar sobre les cures bàsiques de la mare i el nadó i dels signes d'alarma davant dels quals cal avisar la llevadora.
- Alertar sobre mesures de seguretat per a la criatura: collit segur, apnees del plor, icterícia precoç, ergonomia respiratòria del nadó, etc.
- Recordar a la família que poden contactar amb la llevadora per telèfon davant de qualsevol dubte o cosa que pugui passar.

7.

POSTPART TARDÀ



7.1. OBJECTIU

Mantenir el benestar físic, emocional i social de la mare, la criatura i la parella durant el període de criança.

7.2. RECOMANACIONS

- S'han de fer les visites postpart que calguin segons l'evolució i les necessitats de la mare i el nadó.
- És aconsellable fer les visites del postpart precoç (entre les 24 hores i el desè dia) al domicili. D'aquesta manera, la llevadora pot valorar millor la família dins el seu entorn i apreciar si la mare compta amb un bon suport en aquest període de gran sensibilitat i vulnerabilitat física i emocional.
- Les visites s'han d'espaiar a mesura que la dona va adquirint autonomia i segons les necessitats de la família:
- Primera visita al voltant de les primeres 24 hores al domicili.
- Es recomana un mínim de 3 visites al domicili durant la primera setmana de vida.
- S'ha d'oferir a la dona informació rellevant i oportuna perquè pugui promoure la seva pròpia salut i el benestar del seu nadó i per a reconèixer i respondre als problemes que puguin sorgir. L'objectiu és fer-la autònoma en la seva cura i la de la seva criatura.
- Un model d'atenció liderat per llevadores que prestin cures a les dones i estableixen el contacte amb altres professionals quan cal ha mostrat més beneficis per a les mares i els nadons, sense esdeveniments adversos ([Sandall et al., 2024](#); [Homer et al., 2017](#)).

7.3. ACTUACIÓ I CURES

7.3.1. Valorar la salut física materna

- Pèrdues sanguínies.
- Altura uterina.
- Signes d'infecció.
- Constants vitals les primeres 48 hores.
- Estat de les mames i observació de la lactància materna.
- Signe de tromboembòlia.
- Restrenyiment.
- Hemorroides.
- Incontinència fecal o urinària.
- Dolor.

7.3.2. Valorar la salut mental materna

- Valorar l'estat emocional en cada visita.
- Avaluar el suport familiar i social de què disposa la mare i com s'organitzen en el dia a dia.
- Informar la dona i el seu entorn de la cura del seu estat d'ànim amb exercici suau, temps de descans, hores de son, ajuda domèstica, llibertat per a poder expressar les seves emocions i sentir-se escoltada i compresa.
- Recomana assistir a grups de suport a la lactància o criança, ja que el suport entre mares és una gran ajuda ([WHO 2021](#)).
- Animar les dones i les seves famílies a transmetre'ns canvis inusuals d'humor, emocions o comportaments.
- Preguntar sobre els aspectes següents:
 - ✓ L'adaptació dels germans grans.
 - ✓ La parella.
 - ✓ La seva recuperació física.
 - ✓ La lactància.
 - ✓ La vivència del part.

- Valorar si es culpa innecessàriament quan no s'han complert les expectatives, si té por o pànic o si se sent ansiosa o preocupada sense tenir una bona raó.
- Si després de 15 dies del part la simptomatologia persisteix, com ara el plor recurrent, sentiments ambigus, ansietat o estat d'ànim baix, cal considerar la derivació a una psicòloga perinatal ([NICE, 2021b](#)).

7.3.3. Valorar la lactància materna

Donar suport a la mare perquè pugui confiar en la seva pròpia capacitat i assenyalar-li indicadors de bona tècnica.

Si apareixen problemes com ara dolor o fissures als mugrons, ingurgitació mamària o mastitis, caldrà avaluar una presa i assegurar que hi ha una agafada profunda i asimètrica.

Valorar possibles limitacions de la mobilitat de la llengua del nadó si es produeix una lactància amb dificultats o dolorosa.

Parar atenció al nivell d'alerta del nounat i a la freqüència i durada de les preses.

Si cal suplementació, prioritzar que es faci amb llet de la mateixa mare i facilitar tota la informació sobre aquest tema.

Promoure el collit segur, perquè augmenta el nombre de vegades que el nadó mama, i també la satisfacció materna. La lactància materna és un factor important de protecció contra la mort sobtada del lactant ([Bartick et al., 2022](#); [Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, 2017](#)).

Avaluar el grau de suport i el nivell d'implicació logística en la lactància materna de la parella i la família.

7.3.4. Valorar la salut del nadó

En cada visita postpart s'observen els aspectes següents: coloració, control de temperatura, freqüència cardíaca i respiratòria en les primeres 48 hores, i també observació i vigilància d'una possible icterícia, quantitat i color de les miccions i deposicions, grau d'alerta, irritabilitat o somnolència, i valoració de les regurgitacions o vòmits.

Hem de portar a terme les accions següents:

- Afavorir el vincle entre la mare i la criatura.
- Informar sobre el plor del nadó.
- Assessorar sobre la higiene del nadó i la cura del cordó umbilical. Cal mantenir-lo sec i net, i evitar fer servir alcohol o altres antisèptics ([Leante et al., 2019](#)).

- Oferir, a partir de les 48 hores de vida, fer el test de cribratge de metabolopaties. La prova es fa mentre el nadó mama, ja que fer-ho d'aquesta manera disminueix la sensació dolorosa ([Harrison et al., 2016](#)).
- Oferir el cribratge de cardiopaties. Es recomana fer aquesta prova en la primera visita domiciliària 24 hores després del part. És important que el nadó estigui tranquil o mamant i tingui les extremitats calentes o pletòriques per aconseguir un resultat òptim. Es porta a terme per mitjà d'un pulsioxímetre, el sensor del qual l'hem de posar a la mà dreta i en qualsevol dels dos peus del nadó. Es considera normal quan els valors de saturació d'oxigen són iguals o superiors al 95 % en tots dos punts (mà dreta i qualsevol dels dos peus) i, a més, la diferència entre l'un i l'altre és menor per al 4 %.
- La saturació es considera anormal o no satisfactòria si el resultat és inferior al 90 % (sigui a la mà dreta o al peu), o si és entre el 90 % i el 94 %, però la diferència de saturació entre la mà dreta i el peu és superior al 4 %. En aquest cas, és aconsellable repetir el test al cap d'alguns minuts i, si persisteixen aquests valors, sol·licitar una valoració urgent del pediatre ([Secretaria de Salut Pública de Catalunya, 2020](#)).
- Informar les famílies que hi ha la possibilitat de fer un cribratge auditiu.
- Registrar la informació.

7.3.5. Naixement a casa i microbiota

La criatura arriba a un món ple de bacteris. Mentre madura el seu propi sistema immunitari, aquest sistema s'enforteix amb el de la mare a través de la seva sang, per mitjà d'anticossos que li arriben de la placenta i les múltiples immunoglobulines que hi ha al calostre.

El fet que els nadons neixin amb el nas i la boca pròxims a l'anus de la mare proporciona la millor oportunitat per a colonitzar-se amb els bacteris materns beneficiosos, que s'expandiran ràpidament durant el primer any de vida i competiran en espai i nutrients amb aquells bacteris perillosos presents a l'entorn ([Selma-Royo et al., 2020](#)).

Per tant, se sap que la primera exposició del nadó als bacteris varia segons la forma i el lloc de naixement. Aquestes diferències poden tenir implicacions en la salut a llarg termini per al desenvolupament d'un sistema immunològic saludable ([Renz i Skevaki, 2021](#); [Selma-Royo et al., 2020](#); [Arrieta et al., 2014](#)). Per exemple, l'evidència mostra que les alteracions a la flora intestinal primerenca poden augmentar la incidència de les al·lèrgies més endavant ([Renz i Skevaki, 2021](#)).

Els nadons que van néixer a casa i van ser exclusivament alletats van tenir la microbiota intestinal més beneficiosa ([Selma-Royo et al., 2020](#); [Penders et al., 2013](#)).

8.

MATERIAL D'ÚS PROFESSIONAL



8.1. OBJECTIU

Assegurar que els professionals que es dediquen al part domiciliari disposen del material adequat.

8.2. LLISTA DE MATERIAL

- Estetoscopi de Pinard i Doppler portàtil d'auscultació fetal.
- Tensiòmetre i fonendoscopi.
- Guants estèrils i no estèrils.
- Gases estèrils.
- Material de sutura estèril.
- Talles estèrils.
- Cordonet umbilical estèril o pinça o goma esterilitzades.
- Xeringues i agulles estèrils d'un sol ús.
- Material per a la venòclisi.
- Apòsits per a fixar la via venosa, goma elàstica Smart, alcohol de 70 °C.
- Equips de sèrum.
- Sèrum: fisiològic, Ringer Lactat i expansor de plasma.
- Sondes vesicals i lubricant urològic.
- Tubs per a recollir mostres sanguínies.
- Tires de paper reactiu per a pH i orina.
- Material quirúrgic estèril: tisores, pinces de dissecció, pinces hemostàtiques tipus Kelly i portaagulles.



- ✓ Sondes amb dipòsit per a l'aspiració de mucositats.
- ✓ Reanimador neonatal i mascareta neonatal.
- ✓ Cinta mètrica i pesanadons.
- ✓ Reactius per a determinar el grup i Rh.
- **Medicació:**
 - ✓ Oxitocina.
 - ✓ Ergometrina.
 - ✓ Misoprostol en comprimits.
 - ✓ Amchafibrin en ampolles.
 - ✓ Lidocaïna al 2 %.
 - ✓ Salbutamol en nebulitzador.
 - ✓ Ritodrina injectable.
 - ✓ Vitamina k pediàtrica.
- **Documentació:**
 - ✓ Curs clínic.
 - ✓ Partograma.
 - ✓ Certificat de naixement.
 - ✓ Document de l'*Instituto Nacional de Estadística* (INE).
 - ✓ Carnet de salut del nounat.
 - ✓ Targeta de cribratge de metabolopaties del nounat.



9.



TRASLLATS I COORDINACIÓ AMB ELS CENTRES SANITARIS

La col·laboració de tots els professionals involucrats en un sistema d'atenció a la maternitat és essencial per a obtenir resultats òptims per a la mare i el nadó. El part a casa, malgrat no ser una opció majoritària, ha demostrat bons resultats en termes de morbidimortalitat materna i neonatal, satisfacció i relació cost-benefici en països on s'ofereix dins del sistema de salut pública ([Hays et al., 2022](#); [Schroeder et al., 2014](#); [Tracy et al., 2014](#)). Aquests bons resultats estan directament relacionats amb la coordinació entre els diferents nivells assistencials, que permet el trasllat de la dona i el nadó a l'hospital seguint el continuum assistencial ([Hays et al.; 2022](#); [Hutton et al., 2019](#)).

Totes les dones i les famílies que planegen un naixement a casa, o a una casa de parts, tenen el dret de rebre una atenció contínua respectuosa, segura i sense fissures tant durant el trasllat (si es fa amb ambulància) com a l'hospital de referència. El diàleg i la cooperació entre professionals són fonamentals per a l'atenció integral i una vivència més bona del part i el naixement ([Hays et al.; 2022](#); [Vedam et al., 2014](#)).

Quan llevadores ben formades i expertes atenen parts a casa amb uns criteris d'inclusió ben consensuats, els resultats materns i neonatals són equiparables als dels països on el part a casa està integrat dins del sistema de salut. Entorn del 14 % de les dones que inicien un part a casa necessiten finalment ser traslladades a l'hospital. La majoria de trasllats no són urgents. El motiu més freqüent és la manca de progressió, unit a l'esgotament de la mare i la necessitat d'analgèsia ([Alcaraz et al., 2021](#)).

9.1. OBJECTIUS

- Definir els principis bàsics que s'han d'incloure en el desenvolupament de documents i polítiques relacionats amb el trasllat de casa a l'hospital.
- Promoure l'excel·lència assistencial en l'atenció per a les dones i les seves famílies per mitjà de la col·laboració respectuosa entre professionals.
- Procurar la comunicació permanent entre professionals implicats en els trasllats.
- Prioritzar l'atenció centrada en el binomi mare/fill i la seva família.
- Impulsar una coordinació òptima entre els diferents agents de salut involucrats perquè les dones tinguin una experiència positiva del procés de trasllat.

9.2. RECOMANACIONS

Elaborar un pla de trasllat

La planificació d'un naixement a casa inclou un pla de trasllat. Al nostre país no hi ha cap criteri consensuat amb els diferents nivells assistencials que faciliti la transferència de casa a l'hospital.

Per tant, cada equip o professional s'organitza segons les preferències de la dona i la seva parella pel que fa a la planificació del sistema de transport i el centre hospitalari o clínica on s'ha de fer el trasllat en cas de necessitat.

És recomanable que la dona tingui l'oportunitat de ser visitada, abans del part, en el centre de referència triat per al trasllat. L'objectiu és tenir un primer contacte amb l'entorn hospitalari, obrir la història clínica (si no s'ha fet abans) i comentar el pla de naixement.

El pla de trasllat es consensua durant l'embaràs. Sempre es recomana que hi hagi un cotxe disponible i un acompanyant familiaritzat amb el recorregut fins a l'entrada d'urgències de l'hospital de referència.

Les llevadores informen dels possibles motius del trasllat i els procediments en l'atenció hospitalària.

El pla es fa per escrit, juntament amb la història clínica, i ha d'especificar els punts següents:

- Mitjà de transport i persona que conduirà.
- Hospital planificat per al trasllat.
- Telèfon directe a la sala de parts de l'hospital triat.
- Ruta per a arribar a l'hospital.
- Persona que s'ha de quedar a càrrec d'altres criatures, si n'hi ha.

Atenció durant el trasllat i acolliment a l'hospital

En cas de trasllat, la llevadora, o qui estigui disponible, truca a l'hospital per explicar el motiu del trasllat, el sistema de transport i avisar de l'hora aproximada d'arribada. Pel camí, la llevadora continua proporcionant atenció de rutina o urgent fins a arribar a l'hospital.

En cas de trasllat per una emergència neonatal, un dels progenitors acompanya el nadó a l'ambulància.

En arribar a l'hospital, la llevadora ofereix un informe verbal i per escrit (vegeu l'annex 4), que inclou detalls sobre el motiu de trasllat, l'estat de salut de la dona o el nadó i la necessitat d'atenció hospitalària.

La llevadora promou la comunicació entre la dona i els professionals de l'hospital, i s'assegura que la mare i la seva parella entenen el pla d'atenció de l'hospital i que els professionals del centre comprenen la necessitat que tenen d'obtenir informació sobre les diferents opcions terapèutiques. Una vegada fet el trasllat, la llevadora transfereix la responsabilitat clínica als professionals de l'hospital i continua l'acompanyament segons s'hagi planificat.

En un sistema de salut en què l'atenció domiciliària està integrada com una opció més, la llevadora pot continuar acompanyant la dona a l'hospital.

És important que s'atenguin les necessitats psicosocials de la dona derivades del canvi en les seves expectatives. Seria desitjable que en l'atenció a l'hospital es tingués en compte la participació activa de la dona i la seva parella en la presa de decisions i la creació d'un pla continu d'atenció que incorpori els valors, les creences i les preferències de la dona.

Sempre que es pugui, la mare i el nadó han d'estar junts durant el trasllat i l'ingrés hospitalari ([NICE, 2023](#)).

Si l'estat de tots dos ho permet, es facilita l'alta precoç, ja que la mare i el nadó compten amb l'assistència domiciliària de la seva llevadora durant el puerperi.

Quan el trasllat ha estat per emergència vital és important dedicar el temps necessari en visites posteriors per a revisar l'experiència amb els pares.

Millora de la qualitat assistencial

- Totes les dones tenen el dret de prendre les seves pròpies decisions sobre com i on volen donar a llum, amb la informació necessària i el suport dels professionals de la salut i de les institucions. Els serveis de maternitat haurien d'emparar aquestes decisions tant com sigui possible. El paper de la llevadora, independentment del lloc on exerceixi professionalment, és donar suport i informació a les dones, i acompanyar-les en la presa de decisions, així com també proporcionar la millor atenció possible, adequada a aquesta situació ([Sjöblom et al., 2014](#)).

Tots els professionals involucrats en el procés de trasllat (llevadores domiciliàries, llevadores de l'hospital, obstetres, pediatres, serveis d'emergències i agents involucrats en l'atenció al part) han de participar en el desenvolupament de polítiques i processos de millora de la qualitat en l'assistència a les dones que decideixen parir en un entorn no hospitalari ([Vedam et al., 2014](#)).

Aquestes polítiques han d'incloure els elements següents:

- Un sistema de comunicació entre les llevadores de part a casa i els centres hospitalaris.
- Un circuit específic que inclogui els serveis d'emergències en cas de trasllat urgent.
- La revisió del trasllat entre la llevadora domiciliària, el personal de l'hospital i la dona abans de l'alta.
- Documentació de la vivència i satisfacció de les dones i les famílies pel que fa al trasllat.
- La revisió, de forma regular, de tots els trasllats per part dels professionals involucrats en l'objectiu de millorar la seguretat i la qualitat de l'atenció.
- La inclusió de l'assistència al part domiciliari en el programa formatiu de les llevadores i els obstetres.
- La realització de sessions multidisciplinàries amb l'objectiu de millorar les relacions entre els diferents agents de salut i l'abordatge de problemes que puguin sorgir.

Per a millorar la nostra pràctica, cal revisar les actuacions que portem a terme, tant de manera individual com amb altres companyes llevadores.

9.3. SITUACIONS CLÍNIQUES QUE REQUEREIXEN UN TRASLLAT

Encara que no hi hagi factors clínics evidents, l'experiència, el coneixement i la intuïció de la llevadora haurien de ser tinguts en compte a l'hora de prendre decisions davant d'un trasllat.

La intuïció té un paper important en la pràctica de la llevadora, encara que no està valorada de la mateixa manera que altres formes de coneixement. La pràctica basada en l'evidència és la combinació de l'experiència clínica i l'evidència clínica externa resultat de la recerca ([Davison, 2021](#)).

Motius de trasllat:

- Presentació anòmla.
- La incertesa sobre la presència de batec fetal.
- Presència de meconi significatiu.
- Necessitat de monitorització contínua per anomalies de freqüència cardíaca fetal (FCF).
- Sospita de ruptura uterina.
- Sospita de despreniment de placenta.
- Prolapse del cordó.
- Convulsions maternes.
- Taquicàrdia materna >120 lpm entre contraccions, en dues ocasions i amb 30 minuts de diferència, i havent hidratat bé la dona.
- Ruptura de membranes >72 hores sense inici del treball de part (vegeu l'annex 2, «Situacions especials», RPM).
- Part estacionat.
- Febre materna.
- Alteracions de la pressió arterial.
- Estrip de tercer o quart grau, o qualsevol trauma perineal complicat que no es pugui reparar al domicili.
- APGAR <7 als 5 minuts o reanimació prolongada.
- Convulsions del nounat.
- Retenció urinària i impossibilitat de fer el sondatge vesical.
- Petició materna.
- Sospita de sèpsia neonatal.
- Problemes respiratoris.
- Retenció de placenta.
- Hemorràgia postpart.
- Icterícia no fisiològica.

Nota: Si s'observa qualsevol dels factors esmentats, però el naixement del nadó és imminent, cal valorar si és preferible parir a casa o fer un trasllat a un centre hospitalari.

Índex d'annexos

(a continuació de les referències)

1.

PART A L'AIGUA

pàg. 99

2.

SITUACIONS ESPECIALS: RPM, SGA, GCP, PVDC

pàg. 103

3.

EMERGÈNCIES OBSTÈTRICAS

pàg. 117

PROTOCOL DE MANEIG DE L'HEMORRÀGIA POSTPART A CASA

pàg. 117

DISTÒCIA D'ESPATLLES, ACTUACIÓ I RESOLUCIÓ EN EL PART A CASA

pàg. 126

PROLAPSE DEL CORDÓ UMBILICAL

pàg. 131

PART DE NATGES INESPERAT

pàg. 135

REANIMACIÓ NEONATAL I SUPORT A LA TRANSICIÓ DELS RECENT NASCUT

pàg. 140

4.

DOCUMENTACIÓ ESPECÍFICA DEL PART A CASA

pàg. 146

REFERÈNCIES



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, TJ. 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/08L_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>



GLOSARI ABREVIATURES

ACOG American College of Obstetricians & Gynecologists

AI Auscultació intermitent

ALPACC Associació de llevadores de part a casa de Catalunya

ATB antibiòtic

CAP Centre d'atenció primària

CID Coagulació intravascular disseminada

CIR creixement intrauterí retardat

Cm centímetres

CTG Cardiotocograma

DU dinàmica uterina

EGB Estreptococ agalactiae grup B

FCF freqüència cardíaca fetal

FIGO International federation of Gynecology and Obstetrics

DPP data probable de part

GCP Gestació cronològicament perllongada

GEG Gran per a l'edat gestacional

Hb Hemoglobina

HPP Hemorràgia postpart

HTA HiperTensió Arterial

Hx història

ICM International Confederation of Midwives

IM intramuscular

IMC índex de masa Corporal

LA líquid amniòtic

bpm batecs per minut

MF moviment fetal

mmHG mil·límetres de mercuri

ml mil·lilitre

MSPS Ministerio de Sanidad y Política Social

NICE National Institute for Clinical Excellence

OMS Organització Mundial de la Salut

PARA Paritat

PEG Petit per a l'edat gestacional

PVDC Part vaginal després de cesària

RCM Royal College of Midwives

RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

REM Ruptura espontànea de membranes

RN Nounat

RPM Ruptura prematura de membranes

SAG Estreptococ Agalactiae

T^a Temperatura

TA Tensió Arterial

UCI Unitat Cures Intensives

VIH Virus de l'immunodeficiència humana

Vs versus/comparat amb/contra

WHO World Health Organisation (OMS)

ANNEXOS





1.

PART A L'AIGUA

OBJECTIUS

- Oferir un mitjà eficaç per a alleujar el dolor durant el part.
- Oferir una alternativa no farmacològica segura per a alleujar el dolor.

EVIDÈNCIA

La immersió en aigua durant el part produeix una efecte analgèsic ([Cluett et al., 2018](#); [Torkamani et al., 2010](#), [Lukasse et al., 2014](#)). La dona se sent més relaxada, alliberada i empoderada, i augmenta la satisfacció materna ([Feeley et al., 2021](#); [Ulfsdottir et al., 2019](#)).

A més, és una eina segura durant el part ([McKinney et al., 2024](#)), que presenta beneficis tant materns com neonatals.

Entre aquests beneficis, hi ha els següents:

- Disminueix el risc d'hemorràgia postpart superior a 1000 ml.
- No s'associa amb un augment de la infecció materna si es compara amb els parts assistits fora de l'aigua.
- Es redueix el percentatge de nounats amb Apgar baix.
- Es redueix la necessitat de reanimació neonatal.
- Disminueixen les sèpsies neonatals.
- La necessitat d'ingressos en unitats de cures intensives neonatals és menor.

El naixement a l'aigua s'associa a un augment de risc de ruptura del cordó, que, encara que és estadísticament significatiu, té una incidència molt baixa (4,3 entre els nascuts a l'aigua enfront d'1,3 de cada 1000 entre els nascuts fora de l'aigua) i sense complicacions greus si s'actua de manera precoç.

El nadó es beneficia d'una transició més suau, del contacte immediat pell amb pell amb la seva mare, i del pinçament tardà del cordó (Garland, 2017).

S'han estudiat diverses variables en la díada mare-nadó en parts assistits a l'Hospital do Salnés, Pontevedra. Entre el 2009 i el 2019 es va trobar que hi ha més probabilitat de no rebre lactància materna quan es dona l'alta en el grup de naixements sense immersió ([Iglesias-Casas et al., 2023](#)).

Seria convenient continuar estudiant la immersió en aigua durant el treball de part i el naixement. És probable que, a més dels beneficis descrits, n'hi hagi d'altres a mitjà i llarg termini pel que fa a indicadors de salut neonatal i infantil associats a la no intervenció.

ACTUACIÓ I CURES

Encara que se sol indicar l'entrada a l'aigua en el treball de part actiu, la dona s'hi pot introduir quan ho desitgi. És probable que la immersió a l'aigua durant l'etapa prodròmica disminueixi la dinàmica uterina. La llevadora pot suggerir fer servir la dutxa en comptes de la immersió a l'aigua durant el prepart.

- La temperatura de l'aigua ha de ser entorn de 36,5 °C. Cal registrar la temperatura de l'aigua i controlar com influeix a través de dos paràmetres: la temperatura materna i la freqüència cardíaca fetal (FCF). Una temperatura materna superior a 38 °C o una taquicàrdia fetal es suggestiva de que hi ha un excés de temperatura de l'aigua o deshidratació materna.
- El control de la temperatura materna ha de ser horari. El control de la FCF s'ha de fer amb la freqüència de l'auscultació intermitent indicada segons l'etapa de part en què la dona estigui.
- Es important mantenir una hidratació adequada de la mare i la freqüència de la micció (Garland, 2017). Per a això, hem de facilitar amb freqüència la ingesta de líquids a la mare.
- L'aigua ha de ser neta. Per tant, si cal hem de treure les femtes o canviar l'aigua.
- Si durant la immersió disminueix la dinàmica uterina, suggerir a la mare la possibilitat de sortir-ne.
- No és recomanable fer cap tipus de maniobra d'extracció fetal mentre el cap del nadó és dins de l'aigua. S'ha de fer servir la tècnica *hands off* (Nutter et al., 2014).
- El nadó ha de néixer completament submergit. Seguidament, hem de treure el cap de la criatura de l'aigua suaument i col·locar-la sobre el pit de la mare. Cal impedir que el nounat torni a ser submergit una vegada que el nas ha entrat en contacte amb l'aire.
- Animar a la mare que reculli el seu fill amb suavitat.
- Assegurar la temperatura òptima del nadó. Atès que la pèrdua principal de temperatura en el nounat ve donada per l'evaporació que es produeix a la pell molla. Cal prevenir la hipotèrmia mantenint-lo constantment tapat amb una tovallola xopa amb aigua de la mateixa piscina o bé eixugant-lo i tapant-lo amb una tovallola eixuta.
- El deslliurament de la placenta es pot fer dins de l'aigua o fora.
- Durant el deslliurament, cal valorar constantment el sagnat amb el canvi de color de l'aigua de la piscina o la banyera. Deixar de veure el fons de la piscina pot indicar que hi ha un sagnat suprafisiològic. En aquest cas, ajudar la mare a sortir de l'aigua amb celeritat.

- La immersió en aigua pot edematitzar els teixits, per la qual cosa es recomana esperar una hora abans de suturar qualsevol esquinçament (Garland, 2017).
- Són criteris per a sortir de l'aigua durant l'etapa de dilatació la presència d'un patró de FCF anormal, l'aparició de líquid meconial significatiu o la presència de sagnat en l'etapa de dilatació.
- La incidència d'emergències obstètriques no és més elevada dins la banyera o piscina de parts, però, si es detecten, cal actuar ràpidament i sortir de l'aigua. L'objectiu és sortir de la piscina abans de l'alteració de l'estat matern, la qual dificultaria l'evacuació.
- La primera maniobra per al maneig de la distòcia d'espatlles és el canvi de la posició materna. El gest de sortir de l'aigua, amb una asimetria pelviana, en facilita la resolució. Si no fos així, s'hauria de continuar amb les maniobres habituals ja fora de l'aigua.
- En cas d'hemorràgia postpart, cal convidar la mare a sortir de la piscina amb celeritat, i, ja fora de l'aigua, seguirem les pautes habituals.
- La ruptura del cordó umbilical, encara que és molt estranya, és una complicació més freqüent dins de l'aigua que fora. Hem de comprovar la integritat del cordó davant la presència d'un sagnat que aparegui amb la sortida del nadó. En cas que s'hagi produït la ruptura, pinçarem immediatament el cordó i valorarem atentament l'adaptació del nou-nat.

MATERIAL NECESSARI

Per al part a l'aigua a casa s'ha de tenir en compte el material extra que caldrà:

- Piscina inflable o banyera.
- Doppler fetal amb sonda submergible.
- Mànega sense estrenar.
- Adaptador d'aixeta.
- Bomba d'aire per a inflar la piscina.
- Termòmetre aquàtic.
- Colador per a retirar residus sòlids.
- Bomba i mànega per a buidar la piscina.
- Mirall submergible sense arestes.
- Funda desenfundable de piscina.
- Tovallols.

Per raons de seguretat, és recomanable evitar plàstics a terra, no tenir material elèctric a prop de la piscina i tenir molta precaució amb el maneig d'aigua a temperatures elevades.

A més, cal valorar en cada cas si es pot fer servir o no la piscina de parts segons les característiques arquitectòniques de l'habitatge i la disponibilitat d'aigua calenta.

REFERÈNCIES DE PART A L'AIGUA

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.

SITUACIONS ESPECIALS:

RPM, EGB, GCP, PVDC



2.1. RUPTURA ESPONTÀNIA DE MEMBRANES ABANS DE L'INICI DEL PART

Si hi ha una ruptura espontània de membranes (REM) durant el prepart, cal informar la dona dels fets següents:

- El 60 % de les dones amb REM comencen el treball de part de manera espontània dins de les primeres 24 hores ([NICE, 2023](#)), encara que altres suggereixen que un 79 % inicien el treball de part de manera espontània en les primeres 12 hores i que el 95 % ho fan dins de les primeres 24 hores ([Middleton et al., 2017](#)).
- El risc d'infecció neonatal és de l'1 % en lloc del 0,5 % en dones amb membranes intactes ([NICE, 2023](#)).
- El diagnòstic de ruptura prematura de membranes (RPM) es fa telefònicament. S'ha d'informar la mare perquè sàpiga diagnosticar possibles anormalitats, com ara canvis de color o olor de les aigües, o disminució de moviments o febre ([NICE, 2023](#); [AOM, 2019](#)).
- Hi ha la possibilitat d'inducció o de maneig expectant. Cal explicar en què consisteixen totes dues opcions i quins riscos poden comportar ([NICE, 2023](#); [Sibiude, 2020](#); [Girault, 2020](#); [Pintucci et al., 2014](#)).
- Les dones que decideixen una conducta expectant han de rebre una visita diària de la llevadora per a avaluar el benestar fetal, les constants vitals i l'absència de risc d'infecció mentre no estiguin de part ([NICE, 2023](#)).
- Davant d'una actitud expectant, més enllà de les primeres 24 hores, es recomana la presa de la temperatura materna cada 4 hores mentre la dona està desperta i hem de comunicar qualsevol canvi en l'olor, el color o la textura del líquid amniòtic ([NICE, 2023](#); [AOM, 2019](#)). També cal recomanar que es posi en contacte amb la llevadora davant de qualsevol descens o absència de moviments fetals i símptomes de malestar general ([NICE, 2023](#); [AOM, 2019](#)).
- Cal evitar fer tactes vaginals i tenir relacions sexuals amb penetració per a reduir el risc d'infecció ([NICE, 2023](#)).
- Ni els banys ni les dutxes incrementen el risc d'infecció ([NICE, 2023](#)).

- No es recomana oferir un exudat vaginal ni mesurar la PCR materna; és millor optar per la inducció o per l'actitud expectant més enllà de les 24 hores ([NICE, 2023](#)).
- La inducció mèdica del part a partir de les 24 hores de ruptura de la bossa, en un part a terme, augmenta el risc de cesàries en comparació amb les dones que comencen el treball de part de manera espontània. Els resultats neonatals son semblants en tots dos grups ([Ashwal et al., 2016](#)).
- Si el part no s'inicia de manera espontània després de 72 hores de REM, sembla que el risc d'infecció s'incrementa ([MTW, 2017](#); [Pintucci et al., 2014](#)), encara que altres estudis afirmen que amb un maneig expectant correcte no augmenta el risc de morbiditat materna ni de morbiditat/mortalitat perinatal ([Beckmann i Gardener, 2013](#)).
- Si no hi ha troballes anormals i quan s'eviten els exàmens vaginals digitals abans de l'inici del treball de part actiu, el maneig expectant és una opció apropiada i és raonable esperar fins a 96 hores abans d'induir el part ([AOM, 2019](#)).
- Si es vol prosseguir amb el maneig expectant més enllà de les 96 hores, no hi ha investigacions disponibles que quantifiquin en quina mesura augmenta el risc ([NICE, 2023](#); [Holmes, 2020](#); [Maharaj i Gebriel, 2020](#); [AOM, 2019](#); [MTW, 2017](#); [Howard, 2015](#)).
- No hi ha evidència conclusiva sobre els beneficis per a la mare i el nounat de l'ús rutinari d'antibiòtics per REM a terme i, atès que no s'han mesurat els efectes adversos potencials de l'ús d'antibiòtic i el desenvolupament potencial d'organismes resistents, s'hauria d'evitar l'ús rutinari d'antibiòtics per REM a terme o a prop de la FPP, si no hi ha infecció materna confirmada ([Wojcieszek et al., 2014](#)).
- El líquid amniòtic té propietats antibacterianes ([Mao et al., 2019](#)).
- Llevadores expertes hem observat la capacitat regenerativa de les membranes amniòtiques en alguns casos en què la bossa s'ha segellat després que s'hagi produït la fissura. Algunes investigacions apunten a la capacitat regenerativa que té sobre altres teixits corporals (com ara en lesions corneals) ([Leal-Marín, 2020](#)). També ens porta a aquesta conclusió observar l'autoreparació, la gran majoria de vegades, després d'una amniocentesi.
- La suplementació amb 100 mg diaris de vitamina C pot reduir la possibilitat de RPM ([Ghomian, 2013](#)).
- Entre l'amni i el cori hi pot haver fins a 200 ml de líquid amniòtic. Segons la nostra experiència, algunes dones han experimentat una sortida de líquid amniòtic pertanyent a aquest espai, mentre l'amni queda intacte. Això ens ha fet pensar que la REM era només del cori i hem vist que l'amni s'ha trencat de manera franca durant el procés de part com és habitual ([Reed, 2023](#)).

RECOMANACIONS PER A LES LLEVADORES EN EL PART A CASA DAVANT DEL DESIG DE LA DONA DE MANTENIR UNA CONDUCTA EXPECTANT I EN ABSÈNCIA D'ANORMALITATS

- No fer cap tacte vaginal fins que el treball de part faci, com a mínim, 4 hores que s'hagi instaurat.
- Controlar diàriament el benestar fetal i l'absència d'anormalitats.
- Informar la parella de com es fa un maneig expectant segur.
- Estimular l'inici del part amb mètodes alternatius no farmacològics si la dona ho vol.
- Donar suport emocional a la parella i estar a prop i disponible.

REFERÈNCIES REM

Ashwal, E., Krispin, E., Aviram, A., Aleyraz, E., Gabby-Benziv, R., Wiznitzer, A., Yogev, Y. and Hiersch, 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

Association 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]. *Gynecologie, obstetrique, fertilité & senologie*, 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. STREPTOCOCCUS AGALACTIAE (SGA) POSITIU

JUSTIFICACIÓ

A l'Estat espanyol, a les 36-37 setmanes de gestació es fa el cribratge universal d'aquest bacteri per mitjà de l'obtenció d'una mostra vaginorectal.

Tenir un resultat positiu no és necessàriament estar malalta, ja que es tracta d'un bacteri comensal. El 20 % de la població obté un resultat positiu del cultiu.

Les dones que obtenen un resultat positiu han de ser tractades amb profilaxi antibiòtica durant el treball de part, amb l'objectiu de prevenir la sèpsia neonatal. Això porta a un excés de dones amb tractament antibiòtic durant el treball del part que només redueix un 0,25 % el risc de desenvolupar una infecció ([Seedat et al., 2019](#)).

En els registres d'ALPACC en els que consten tots els parts assistits a casa per llevadores expertes entre els anys 2016 i 2024 no s'ha reportat cap cas d'infecció neonatal per EGB malgrat no s'utilitza la profilaxi antibiòtica.

No hi ha investigacions que comparin la incidència de sèpsia per EGB en nadons nascuts de parts fisiològics davant de parts intervinguts.

QUÈ DIU L'EVIDÈNCIA SOBRE AQUEST TEMA?

- Aquest cribratge és poc precís. Entre el 17 i el 25 % de les dones amb un cultiu positiu a les 35-37 setmanes seran negatives en el moment de parir. Entre un 5 i un 7 % de les dones amb un resultat negatiu seran positives en el moment de parir.
- Hi ha més probabilitat de sèpsia amb més de 18 hores de bossa trencada ([ACOG, 2019](#); [RCOG, 2017](#); [Ohlsson i Shah, 2014](#)), amb la presència d'urocultiu positiu per EGB durant la gestació, amb febre durant el part, amb antecedents d'un fill anterior afectat per la malaltia neonatal causada per EGB i amb prematuritat (les mares dels quals encara no han estat cribrades). Aquests factors de risc augmenten el risc d'infecció un 4 % ([RCOG, 2017](#)).
- La darrera revisió Cochrane no dona suport a la profilaxi antibiòtica durant el treball de part a totes les gestants portadores, ja que no redueix la sèpsia tardana ni la mortalitat neonatal per sèpsia causada per aquest bacteri, malgrat que sembla reduir la malaltia d'aparició primerenca ([Ohlsson i Shah, 2014](#)).
- Per a prevenir un cas d'infecció primària EGB caldria administrar antibiòtic a 1.800 dones sanes. Per a prevenir una sola mort per EGB per infecció primària s'administra antibiòtic a 32.000 dones sanes ([Bevan et al., 2019](#)).
- Com que el risc d'infeccions primàries per EGB continua essent baix, el maneig ràpid amb antibiòtics a l'inici de la infecció neonatal és preferible que la profilaxi antibiòtica durant el part ([RCOG, 2017](#)).

- Els antibiòtics causen efectes a curt i llarg termini en les dones i els nadons:
 - ✓ En el nadó augmenta el risc d'anafilaxi i d'alteració de la microbiota intestinal, que pot predisposar a un risc més elevat de malalties a llarg termini, com ara colitis ulcerosa, obesitat, diabetis o al·lèrgies ([Baron et al., 2020](#); [Munyaka et al., 2015](#)).
 - ✓ En la mare augmenta la incidència de mastitis i el dolor quan alleta ([Borja et al., 2019](#)).
- Parir a l'aigua quan el resultat dels cultius per a EGB és positiu redueix la incidència de colonització i infecció per aquest bacteri en noutats. L'aigua dilueix els bacteris i els barreja amb molts altres bacteris presents en l'intestí. A més, els parts a l'aigua solen ser poc intervinguts ([Cohain, 2011](#)).

RECOMANACIONS

- Evitar els tactes vaginals
- Afavorir el part a l'aigua.
- No separar la mare i el fill després del naixement, ja que facilita l'adaptació a la vida extrauterina amb menys nivells de cortisol (l'estrès del noutat augmenta la possibilitat de sèpsia) i l'establiment correcte d'un microbioma saludable. Els nadons nascuts a casa i alletats exclusivament tenen una millor microbiota intestinal en comparació amb els nascuts en entorns hospitalaris ([Penders, 2006](#)).
- Prendre les constants vitals i revisar el nadó com a mínim una vegada durant les primeres 24 hores, ja que el 90 % de les infeccions precoces per EGB tenen lloc en aquest període ([Ohlsson i Shah, 2014](#)).
- Afavorir l'inici primerenc de la lactància materna, ja que el calostre conté anticossos contra els mateixos bacteris dels quals la mare és portadora, incloent l'EGB ([More et al, 2021](#)).
- Informar els pares dels signes d'alarma davant dels quals haurien d'avisar la llevadora:
 - ✓ Si el nadó presenta apatia i no mama.
 - ✓ Si respira amb soroll o dificultat.
 - ✓ Si té intolerància a l'aliment i vomita.
 - ✓ Si està excessivament ensopit i letàrgic amb poc to muscular.
 - ✓ Si està molt irritable o té temperatura elevada o està fred.
 - ✓ Si presenta icterícia en les primeres hores de vida.
 - ✓ Si té cianosi o pal·lidesa extrema.
 - ✓ Si presenta convulsions o sagnats.

REFERÈNCIES *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE* (EGB) POSITIU

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. GESTACIÓ PROLONGADA

JUSTIFICACIÓ

Es considera embaràs a terme qualsevol gestació que finalitzi entre les 37 i les 42 setmanes completes ([Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2020](#)). Entorn del 7 % de las gestacions continuen després de les 42 setmanes de gestació, cosa que anomenem *embaràs postterme*. En el nostre context, s'ofereix de forma sistemàtica la inducció mèdica del part entre la setmana 41 i 42 de gestació malgrat que hi ha evidència científica disponible que ho qüestiona.

QUÈ DIU L'EVIDÈNCIA CIENTÍFICA?

- El risc de mort intrauterina en dones amb gestacions de baix risc per 1000 en una revisió sistemàtica ([Muglu et al., 2019](#)) de 15 milions d'embarassos va ser de:
 - 0,12 a les 38 setmanes.
 - 0,14 a les 39 setmanes.
 - 0,33 a les 40 setmanes.
 - 0,80 a les 41 setmanes.
 - 0,88 a les 42 setmanes.
- Segons l'informe MBRRACE-UK 2020 ([Knight et al., 2021](#)) amb dades del 2018 sobre las morts perinatals del Regne Unit:
 - 637.280 dones van donar a llum entre les 37 i les 42 setmanes de gestació. La mortalitat perinatal va ser d'1,9 per 1.000.
 - 14.304 dones van donar a llum més enllà de les 42 setmanes de gestació. La mortalitat perinatal va ser de 2,0 per 1.000.
- La mortalitat perinatal és de 0,4 per 1000 amb la conducta d'inducció a partir de les 41 setmanes enfront de 3 per 1000 amb la conducta de maneig expectant. Per a prevenir una mort fetal s'han d'induir 544 dones ([Middleton et al., 2020](#)).
- Veiem que el risc de mortalitat perinatal en un embaràs prolongat augmenta, però aquest risc pot ser assumible per a algunes dones, especialment les que tenen gestacions de baix risc..
- Per tant, és important que quan una dona arriba a les 42 setmanes de gestació se li ofereixin totes les opcions que té perquè pugui triar de manera informada, valorant els riscos i els beneficis de la conducta expectant davant de la inducció mèdica del part.

RECOMANACIONS

- Si la dona tria la inducció:
 - ✓ S'han de derivar les cures a l'hospital, i es continuarà amb les cures en el postpart.
- Quan la dona tria la conducta expectant:
 - ✓ El centre sanitari de referència ha d'oferir com a alternativa controls de benestar fetal dues vegades per setmana a partir de la setmana 42, incloent-hi la monitorització electrònica fetal i l'ecografia per a mesurar el volum del líquid amniòtic (NICE, 2021).
 - ✓ A més, en el nostre context assistencial, es fan servir els índexs de pulsatilitat de l'artèria uterina, de l'artèria cerebral mitjana i l'índex cervell-placentari com a indicadors de benestar fetal.
 - ✓ La llevadora de part a casa ha de portar a terme les accions següents:
 - Informar la família de manera adequada sobre les riscos, els beneficis i les alternatives que hi ha disponibles.
 - Valorar de manera individualitzada la dona i el seu embaràs.
 - S'han de fer controls domiciliaris de benestar fetal cada 48 hores. S'ha de prestar una atenció especial a l'estàtica fetal, els moviments fetals, la freqüència cardíaca i la presència d'acceleracions o desacceleracions, el volum de líquid amniòtic mitjançant la palpació abdominal, a més de la resta de controls materns habituals.
 - S'ha d'informar que la reducció o l'absència de moviments fetals són un signe d'alarma que exigeix una valoració urgent per part de la llevadora.
 - Després de proporcionar tota aquesta informació s'ha d'oferir a la gestant i la seva parella un consentiment informat específic.
 - L'atenció al part s'ha de fer d'acord amb les recomanacions habituals d'aquesta guia.

REFERÈNCIES GESTACIÓ 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. PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA

JUSTIFICACIÓ

Les mares que decideixen tenir un part vaginal després d'una cesària (PVDC) a casa són conscients dels problemes que comporta una cesària per a la seva salut i la dels seus fills, per al vincle amb el nadó, per a la lactància i senten que tenen més probabilitat de tenir un part vaginal si es queden a casa. No tenen por del dolor físic del part, però sí que temen (tant com les seves parelles) el dolor emocional, que pot durar mesos i anys.

Moltes dones descriuen que han de fer un esforç molt gran per a poder tenir un PVDC, esquivant obstacles per a tenir el suport necessari d'una professional i sovint havent de viatjar per a trobar el tipus de cures desitjades ([Basile Ibrahim et al., 2021](#))

QUÈ DIU L'EVIDÈNCIA CIENTÍFICA SOBRE AQUEST TEMA?

- S'ha demostrat que oferir cures centrades en la dona augmenta els índexs de PVDC. Això representa oferir continuïtat de cures de la llevadora durant l'embaràs i continuïtat de professional durant el part, a més de sessions educatives amb informació imparcial basada en evidència ([Lundgren et al., 2020](#); [Davis et al., 2020](#); [Clarke et al., 2020](#)). Aquests models augmenten els coneixements materns i disminueixen els nivells d'ansietat ([Wingert et al., 2018](#)). Són dones que estan més actives durant el part, amb més verticalitat i tenen més probabilitat de fer el treball de part a l'aigua ([Keedle et al., 2020](#)).
- Les llevadores tenen un paper fonamental per ajudar a aconseguir un PVDC, oferint suport tranquil i de confiança ([Nilsson et al., 2017](#)). La continuïtat de les cures que ofereix la llevadora del part a casa facilita l'obtenció d'aquesta relació ([FAME, 2022](#)).
- El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya considera que el PVDC és un part de risc mitjà. I és una recomanació essencial prioritzar el part vaginal en les dones amb cesària anterior, el qual té èxit entre el 70 i el 90 % de vegades ([Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, 2023](#)).
- Un PVDC planificat a casa augmenta les probabilitats de part vaginal espontani, disminueix el risc de repetició de cesària i/o part instrumentalitzat. No hi ha diferències en quant a ruptura uterina, ingrés dels nadons a UCI neonatal i resultats menors de 7 en l'APGAR als 5 minuts de vida ([Parslow et al., 2024](#)).
- Els parts a casa en dones amb cesària prèvia tenen un percentatge d'èxit alt. Però hi ha un percentatge més elevat de trasllats a l'hospital en comparació amb gestants múltiples sense cesària anterior (18 % enfront d'un 7 %) ([Cox et al., 2015](#)).
- El PVDC a casa redueix un 39 % el risc de cesària, en comparació amb el PVDC hospitalari, sense que hi hagi diferències de resultats desfavorables, que en tots dos llocs són molt estranys ([Bayrampour et al., 2021](#)).

- El risc de ruptura uterina en un part espontani amb cesària anterior és del 0,15 % al 0,98 %. En un part estimulat amb medicació és d'entre el 0,3 % i l'1,5 % i en un part induït amb prostaglandines oscil·la entre el 0,68 i el 2,3 % ([Hidalgo-Lopezosa i Hidalgo-Maestre, 2017](#)).
- L'èxit del PVDC augmenta i la possibilitat de ruptura uterina disminueix amb cada part vaginal previ ([Wu et al., 2019](#)).
- No hi ha un augment significatiu de risc de ruptura uterina en dones que tenen dues o més cesàries, en comparació amb les que en tenen una, i el risc absolut de complicacions és baix ([De Leo et al., 2020](#); [Cahill et al., 2010](#)). El PVD2C és una opció segura per a dones seleccionades ([De Leo et al., 2020](#)).

RECOMANACIONS

- És imprescindible revisar la història clínica per a valorar si la gestant és candidata a un part a casa.
- La llevadora que assumeix l'acompanyament d'un PVDC s'ha de sentir segura atenent aquest tipus de parts.
- La llevadora ha de seguir les cures de l'atenció del treball de part segons les indicacions d'aquesta mateixa guia.
- Segons l'actualització de la guia NICE del 2019, en les cures durant el part de dones amb una cesària anterior:
 - ✓ No cal fer servir via endovenosa.
 - ✓ Les dones poden decidir després de ser informades.
 - ✓ Les dones han de ser informades que el risc de ruptura uterina és molt baix.
 - ✓ La cesària s'associa amb més risc d'hemorràgia, infecció i futurs problemes obstètrics.
 - ✓ No s'ha d'oferir amniotomia rutinària.
 - ✓ No està contraindicat fer servir la piscina de parts.
 - ✓ La dona pot beure i menjar durant el part.
 - ✓ Es recomana la llibertat de moviment.
- La llevadora ha d'estar atenta als següents signes que suggereixen ruptura uterina:
 - ✓ Alteració de la dinàmica uterina: desaparició o hipodinàmia.
 - ✓ Alteracions de la freqüència cardíaca fetal.
 - ✓ Hemorràgia.
 - ✓ Dolor intens que no cessa entre contraccions.

- ✓ Dolor que s'estén cap a l'espatlla esquerra.
- ✓ Matriu en rellotge de sorra: signe de la destrallada o anell de Brandt.
- ✓ Alteració emocional amb agitació molt intensa.
- ✓ Palpació directa de les parts fetals.
- ✓ Desencaixament de la presentació fetal.
- ✓ Sensació opressiva i molesta a l'estómac.

REFERÈNCIES DE PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA (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., Knobf, 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., Fobelets, 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, H.G. (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

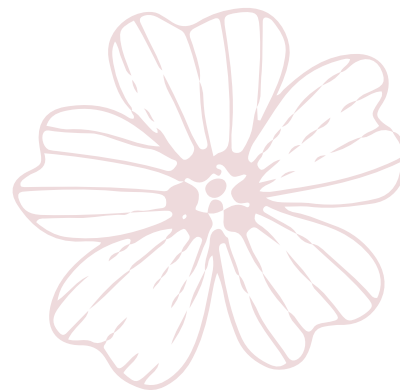
Parslow, E., & Rayment-Jones, H. (2024). Birth outcomes for women planning Vaginal Birth after Caesarean (VBAC) in midwifery led settings: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 139, 104168. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104168>

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, W.K., 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.

EMERGÈNCIES OBSTÈTRIQUES



3.1. PROTOCOL DE MANEIG DE L'HEMORRÀGIA POSTPART A CASA

Es defineix com a hemorràgia postpart lleu la pèrdua hemàtica entre 500 ml i 1000 ml.

Es defineix com a hemorràgia postpart greu la pèrdua hemàtica superior a 1000 ml o qualsevol quantitat que comprometi el benestar matern amb signes i símptomes d'hipovolèmia.

Factors predisposants:

	Causes	Factors de risc
TO (Hipotonía uterina)	Uter molt distès	Gestació múltiple Macrosoma Hidramnios
	Corioamnionitis	Febre RPM perllongada
	Cansament muscular	Part perllongat Multiparitat
TEIXIT (Retenció de placenta)	Placenta	Cirurgia uterina prèvia Placenta àcreta
	Coalls	Sagnat intern
TRAUMA (Estrip vulvovaginal)	Grans estrips	Part precipitat Part instrumentat
	Trencament uterí	Cirurgia uterina prèvia Hiperdinàmia Distòcia del part
	Inversió uterina	Maniobres excessives pel deslliurament Deslliurament manual Acretisme placentari
TROMBINA (Alteracions de la coagulació)	Adquirides	CID Despreniment de placenta Sèpsia HELLP
	Congènites	Hemofília tipo A Síndrome de Von Willebrand

RECOMANACIONS PER A REDUIR RISCOS

- Tractar l'anèmia durant l'embaràs. És recomanable que el valor de l'hemoglobina estigui per sobre d'11 mg/dl en el tercer trimestre i tenir en compte els valors de ferritina i la simptomatologia associada (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2019).
- Conèixer l'història previ de la dona i, en cas d'hemorràgia postpart en parts anteriors, pactar actuacions preventives amb el deslliurament dirigit.
- Fer un deslliurament dirigit en parts amb la fase d'espoderaments prolongada amb hipodinàmia abans de la sortida del nadó.
- Respectar al màxim el procés del part, minimitzant les intervencions en tot moment.
- Promoure l'alliberament d'oxitocina endògena durant la primera hora de vida del nadó. Facilitar per a això el vincle mare-fill amb el contacte pell amb pell, l'inici de la lactància materna, disposar d'un ambient càlid per a evitar que la mare tingui fred i respectar el silenci i la intimitat. Evitar distraccions i manipulacions. La majoria de les exploracions en la mare i la criatura poden esperar.

SIGNES CLÍNICS SEGONS LA PÈRDUA SANGUÍNIA ESTIMADA

La clínica de l'HPP està relacionada amb el volum sanguini de l'embaràs:

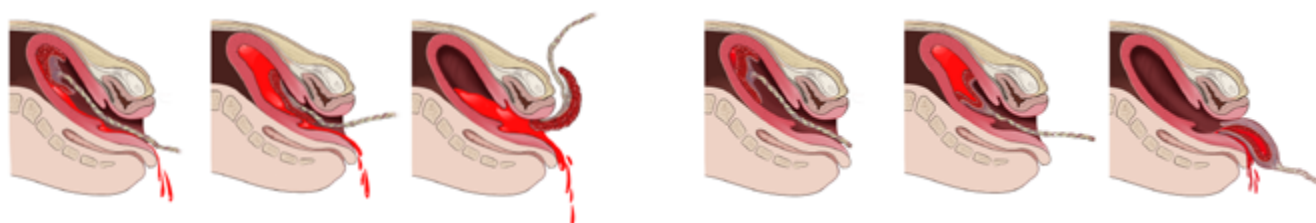
- <500 ml: normal.
- De 500 a 750 ml: patològic no greu, moltes vegades sense signes ni símptomes.
- De 800 a 1000 ml: greu. Inici de mecanismes compensatoris materns, com ara taquicàrdia, pal·lidesa i suor freda.
- >1000 ml. La pressió arterial pot no patir modificacions fins a 1500 ml. La sensació de falta d'aire i un estat alterat de consciència són manifestacions tardanes d'HPP.
- Si la mare és a la piscina de parts o la banyera i l'aigua comença a tenyir-se, és desitjable un deslliurament immediat. Si no succeeix, és aconsellable sortir de l'aigua per a poder quantificar la pèrdua sanguínia.

CAUSES DE L'HEMORRÀGIA POSTPART ABANS DE LA SORTIDA DE LA PLACENTA

Estripc perineal important: sang vermella brillant i fluida (trauma)

Actuació

- Compensió amb una compresa semi-gelada a l'introit vaginal durant 2 minuts o 3. Suturar tan aviat com es pugui. També es pot aplicar pressió amb una compresa amarada d'àcid tranexàmic.
- Registrar a la història clínica de manera detallada i objectiva el tipus d'estrip i tota l'atenció i cures ofertes (forma de sutura, material fet servir), com també l'hora en què es controla el sagnat.



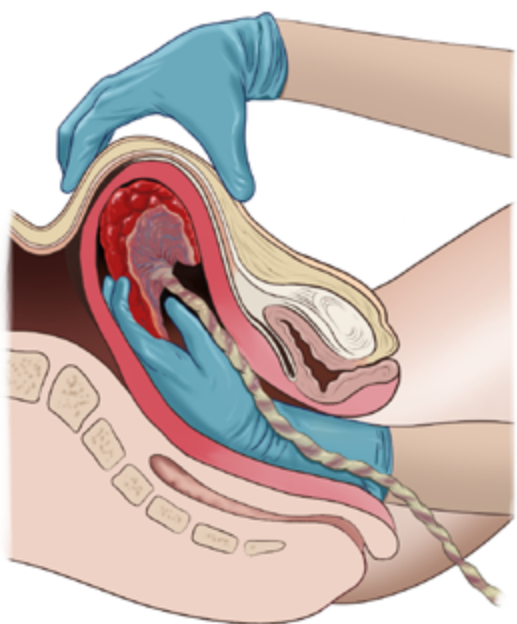
Despreniment parcial de la placenta per mecanisme de Duncan (surt primer la cara materna): sang fosca (teixit)

O Despreniment parcial per Mecanisme de Shultz (l'habitual, surt primer la cara fetal):

Actuació

- Administrar 10 UI d'oxitocina (IM inicia l'efecte passats 2-4 minuts, IV inicia l'efecte immediatament). A continuació, fer la maniobra del deslliurament: tracció controlada del cordó mentre amb l'altra mà, col·locada en la zona suprapúbica, subjectem l'úter des de fora. Idealment, la dona es col·loca de costat i la tracció suau controlada es fa cap enrere.
- MAI fer maniobres de deslliurament actiu si no s'ha administrat medicació uterotònica, per a evitar el risc de ruptura de cordó, retenció de productes placentaris o inversió uterina.
- Valorar la necessitat d'un sondatge vesical amb sonda Female o Foley seguint les mesures asèptiques si se sent resistència en intentar el deslliurament actiu. En acabar, tornar a intentar treure la placenta per mitjà de la maniobra del deslliurament esmentada abans.
- Administrar 250 mcg d'ergometrina (IM inicia l'efecte al cap de 5-8 minuts, IV inicia l'efecte al cap de 45 segons, però té un efecte prolongat de 60-90 minuts). Després de l'inici de l'efecte, hem de repetir la maniobra de deslliurament per a extreure la placenta.
- La línia d'actuació següent seria administrar 800 mg de Misoprostol rectal o oral sublingual. I de seguida que la mare experimenti una contracció uterina forta, fer novament la maniobra de deslliurament.
- Si la placenta no es desprèn i el sagnat continua, cal sospitar que hi ha retenció de placenta o acretisme placentari i organitzar el trasllat immediat en ambulància.

- En qualsevol moment que la mare experimenta signes d'afectació sistèmica per la pèrdua de sang o en cas de trasllat, mentre ve l'ambulància s'ha de col·locar una via endovenosa de 14-16 G amb clau de tres passos i administrar 1000-2000 ml de Ringer Lactato o sèrum fisiològic seguits de 500-1000 ml de sèrum expansor de plasma. Cal incloure en el primer sèrum que cau ràpid dues ampolles d'oxitocina (20 UI) i, d'altra banda, incloure en un altre envàs de seroteràpia (que pot ser de 100 ml) 1 g d'àcid tranexàmic que ha de passar en 10 minuts.
- Si davant de totes aquestes actuacions la placenta no ha estat deslliurada, el sagnat continua i hi ha símptomes de xoc hipovolèmic, es podria considerar una extracció manual de la placenta amb una tècnica estrictament asèptica, seguida de l'administració de medicació uterotònica intravenosa. Atès el risc alt que comporta aquesta tècnica (sèpsi, perforació uterina i xoc neurogènic per dolor), si l'hospital és relativament a prop, és preferible un trasllat immediat.



- Valorar les constants vitals: TA, pols, freqüència respiratòria cada 15 minuts i temperatura cada hora.
 - Valorar de manera contínua el to i l'altura uterina. Una vegada ha cessat l'hemorràgia, fer una valoració cada 15 minuts.
 - Valorar la coloració cutània i el nivell de consciència cada 15 minuts.
 - Valorar la freqüència i la quantitat de micció.
 - Calcular la pèrdua, pesant els xopadors («empapadors») i compreses tacats de sang.
 - Registrar en la història clínica de manera detallada i objectiva els fets i tota l'atenció i les cures ofertes.
- Sospitar que hi ha placenta accreta si, quan fa una hora que ha deixat de bategar el cordó, no apareixen signes de despreniment placentari: no s'allarga el cordó, aquest ascendeix quan es pressiona sobre el pubis i no apareix cap sagnat fosc. L'únic sagnat prové de les laceracions o l'esquinçament perineal, però no flueix la sang des de l'úter. En aquest cas, és millor fer el trasllat a l'hospital sense intentar extreure la placenta de cap manera per a evitar una hemorràgia greu.

HEMORRÀGIA POSTPART DESPRÉS DE LA SORTIDA DE LA PLACENTA

Actuació

Seqüència d'actuació mnemotècnica MOVEMEME:

M: massatge uterí

O: administració de 10 UI d'oxitocina, (IM inicia l'efecte passats 2-4 minuts, IV inicia l'efecte immediatament).

V: sondatge vesical.

E: administració de 250 mcg d'ergometrina (IM inicia l'efecte passats 5-8 minuts, IV inicia l'efecte passats 45 segons).

M: Misoprostol: 800 mcg (4 x 200 mcg) administrats per via rectal o oral sublingual.

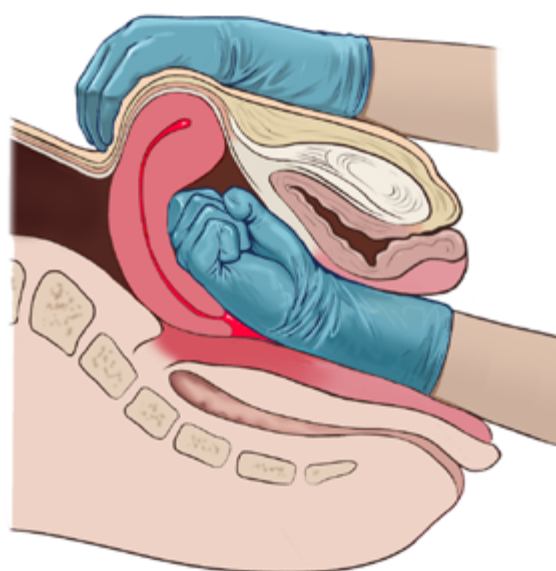
E: via endovenosa de 14-16 G amb clau de tres passos en qualsevol moment en què la mare experimenti signes d'afectació sistèmica o, en cas de trasllat, mentre ve l'ambulància:

Administrar 1000-2000 ml de Ringer Lactato o sèrum fisiològic (al qual es pot afegir 20 UI d'oxitocina) o bé 1g d'àcid tranexàmic. Es poden passar tots dos medicaments per separat, l'àcid tranexàmic en un envàs de sèrum de 100 ml, que ha de passar durant 10 minuts.

Administrar IV 500-1000 ml d'expansor de plasma.

M: massatge uterí bimanual.

E: emergència, trasllat hospitalari.



COAGULACIÓ INTRAVASCULAR DISSEMINADA (CID)

- Si la sang que flueix de la vagina de la mare ja no coagula i observem que apareix sagnat pels llocs on abans hem punxat la medicació o la via endovenosa, és necessari un trasllat immediat mentre s'administra la seroteràpia intensiva amb cristal·loides i col·loides.
- Examinar la placenta i les membranes de seguida que es pugui per a avaluar si hi ha productes retinguts.
- Valorar de manera constant les pèrdues hemàtiques (observar la quantitat i si coagulen per a descartar CID).
- Valorar les constants vitals: TA, pols, freqüència respiratòria cada 15 minuts i temperatura cada hora.
- Valorar de manera contínua el to i l'altura uterina. Després de cessar l'hemorràgia, fer una avaluació cada 15 minuts.

- Valorar la coloració cutània i el nivell de consciència cada 15 minuts.
- Valorar la freqüència i la quantitat de micció.
- Calcular la pèrdua pesant els xopadors («empapadors») i les compreses tacats de sang.
- Registrar en la història clínica de manera detallada i objectiva els fets i tota l'atenció i cura ofertes.

UNA VEGADA RESOLTA L'HEMORRÀGIA SI NO HI HA HAGUT TRASLLAT

Si s'ha controlat el sagnat i no ha calgut el trasllat, hem d'oferir cures postpart especials i més intenses els primers dies:

- Visita abans de les 24 hores després d'assegurar estabilitat materna.
- Primeres 24 hores: no aixecar-se, miccionar al xopador.
- Passades com a màxim 24 hores del part: prendre la TA, el pols i la FR en repòs i després de seure. Si no hi ha alteracions importants, l'ajudarem a aixecar-se a un costat del llit. Si segueix estable, s'ha d'acompanyar al lavabo. Es recomana augmentar la mobilitat segons l'estat matern.
- Aconsellar repòs i cures, una dieta rica en ferro i àcid fòlic, a més de suplementos orals de ferro.
- És recomanable fer un hemograma no abans de les 24/36 hores del postpart, perquè els resultats podrien ser falsos per un excés de dilució després de la seroteràpia intensa o per més concentració a causa de la hipovolèmia. Segons el resultat i la simptomatologia, podem valorar la necessitat de traslladar o no a un centre hospitalari per a fer una transfusió de sang o ferro endovenós.
- Després es fa un altre hemograma al cap de 2 o 3 setmanes per a valorar la recuperació.

INVERSIÓN UTERINA

La inversió uterina és una complicació greu en el postpart immediat. L'úter s'invagina sobre si mateix i apareix a la vagina. La incidència assenyalada en la literatura científica és molt variada, i oscil·la entre 1:3500 i 1:20000.

La gravetat de la inversió uterina radica en el fet que desencadena immediatament una hemorràgia massiva, acompanyada d'un dolor molt fort que porta sovint al xoc hipovolèmic i neurogènic i, de vegades, a l'aturada cardiorespiratòria. Es palpa una massa a la vagina i no es palpa el fundus uteri a l'abdomen.

Actuació

S'ha de diferenciar el diagnòstic davant d'un xoc matern, embolisme pulmonar, infart de miocardi o ruptura uterina per mitjà d'un tacte vaginal.

El tractament ha de ser la **reposició immediata** per a evitar un edema i la congestió uterina o contracció de l'anell cervical, la qual cosa en dificultarà la reposició. La reposició s'ha de fer independentment de si la placenta s'ha després o no. MAI no s'ha d'intentar desprendre la placenta mentre l'úter està invertit.

Amb asèpsia total es va impulsant suaument el fons cap amunt i s'acaba d'acomodar amb els dits. Mantenir el fons uterí amb els dits durant com a mínim 4 minuts o fins que hi hagi una contracció forta. Seguidament, s'ha d'administrar medicació uterotònica ràpidament, IM o IV, preferiblement, per a assegurar i mantenir la contractilitat uterina.

Malgrat tot, hi ha vegades que no es pot reposar l'úter invertit perquè el coll s'ha contret i ho impedeix. En aquest cas, hem d'embolcallar la part prolapsada amb gases mullades en sèrum o aigua calenta i traslladar immediatament, tot plegat embolicat amb una bossa de plàstic per a mantenir la humitat i l'escalfor. Caldrà una anestèsia general per a aconseguir reposar-lo i antibioticoteràpia posterior.

Cal registrar a la història clínica de manera objectiva i detallada els fets, i tota l'atenció i cures ofertes.

REFERÈNCIES D'ATENCIÓ A L'HEMORRÀGIA POSTPART A 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., Ramasauskaitė, D., Lloyd, I., Chandharan, E., Miller, S., Burke, T., Ossanan, G., Carvajal, JA., Ramos, I., Hincapié, 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_Parto_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., Alfirevic, 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.

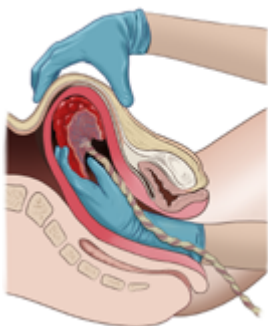
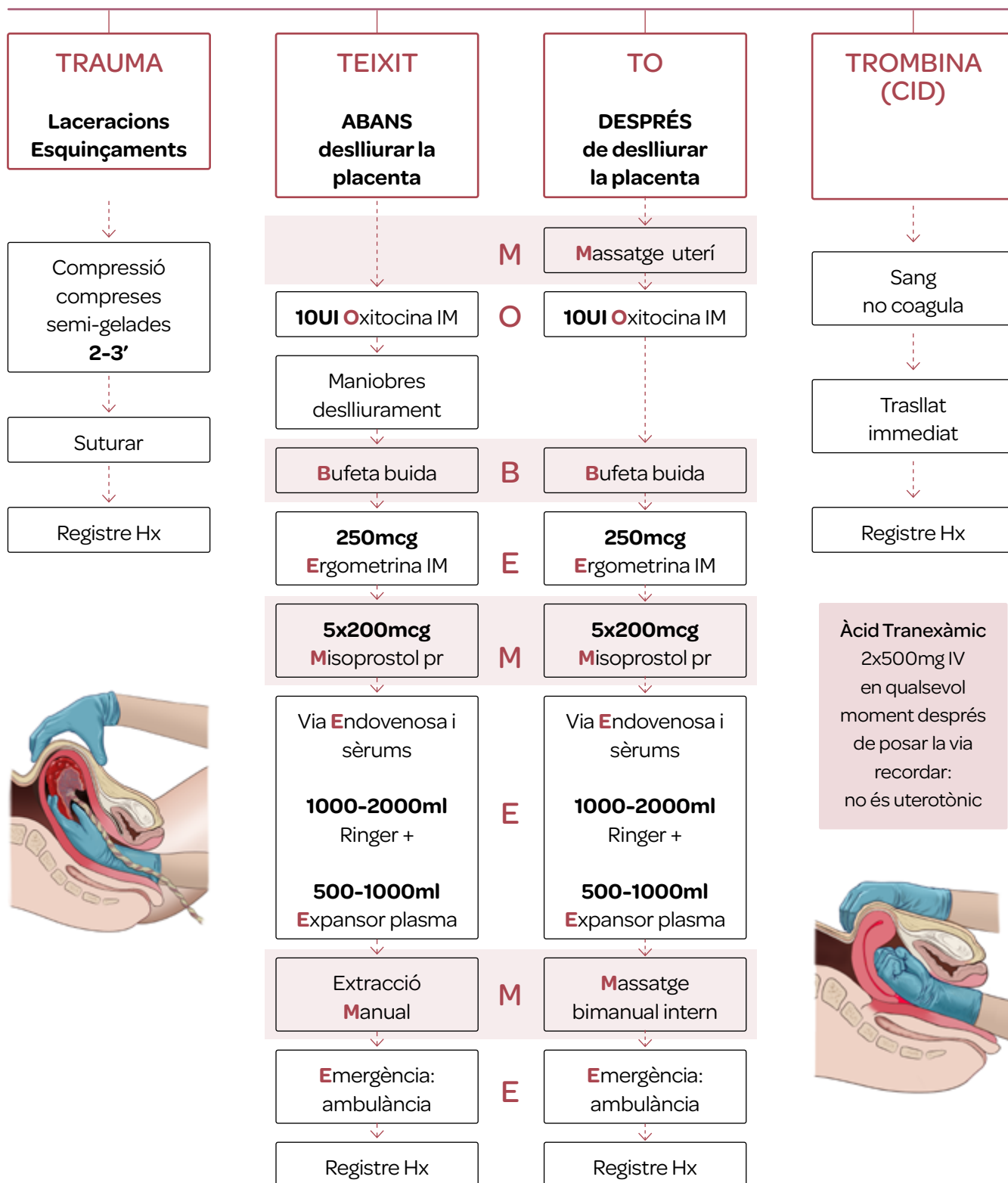
Widmer, M. (2020) Updated WHO PPH recommendations. https://www.jhpiego.org/wp-content/uploads/2020/07/Updated-WHO-PPH-recommendations_Widmer_FINAL.pdf

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

Atenció a l'hemorràgia postpart

Valorar les 4T



3.2. DISTÒCIA D'ESPATLLES, ACTUACIÓ I RESOLUCIÓ EN EL PART A CASA

DEFINICIÓ

La distòcia d'espatlles és una situació d'emergència que s'ha de solucionar en el mínim temps possible (menys de 5 minuts). Després del naixement del cap, la criatura queda bloquejada per les espatlles; normalment l'espatlla anterior s'encalla per sobre del pubis, i per això no avança malgrat la força que fa la mare. La criatura emergeix fins a la barbeta i sembla que vol tornar cap endins (tortugueig). De vegades també està bloquejada l'espatlla posterior en el sacre (distòcia d'espatlles bilateral).

La incidència pot variar entre 1 de cada 100 i 1 de cada 500 naixements. Pot passar tant amb nadons de mida estàndard com en nadons grans.

DIAGNÒSTIC

Una vegada que ha sortit el cap, aquest intenta retrocedir i no restitueix ni avança en la contracció següent. L'espatlla anterior està encallada sobre el pubis i potser també la posterior sobre el promontori del sacre.

ACTUACIÓ

La solució de la distòcia d'espatlles consisteix a fer la rotació a les espatlles del nadó perquè puguin entrar en el canal de part. Una vegada que fet la rotació, es resol la distòcia i el nadó pot néixer.

No haurien de passar més de 6 minuts des que surt el cap fins que surt la resta del cos. Si no és així, el nounat pot tenir seqüeles per hipòxia greu.

Totes les maniobres externes i internes s'han de provar durant un màxim de 30 segons (RCOG, 2012).

- Si la dona està parint a la piscina de parts o a la banyera, pot sortir i col·locar-se de genolls a terra.
- Si la mare ja està de genolls, podem aprofitar-ho per a maniobrar ràpidament.
- Si està a la gatzoneta o a la cadira de parts, passar a estar de genolls és més fàcil que estirar-se.
- Si la dona està en posicions verticals o en quadrupèdia, començarem per Gaskin o Gaskin a la carrera. Si estigués estirada, començaríem per la maniobra de McRoberts amb pressió suprapúbica.



- Si no es resol en 30 segons, hem de canviar de maniobra.
- Cal demanar a la mare que no empenyi durant les maniobres.
- A l'hora de fer maniobres internes, es recomana començar per aquella en què la professional se senti més segura. Ara bé, recentment, la maniobra axil·lar ha estat descrita com una opció ràpida i segura enfront d'altres maniobres, sobretot en els parts a domicili. Per això, recomanem que la rotació axil·lar sigui la maniobra de primera elecció quan les maniobres internes són necessàries, per a escurçar el temps de sortida del nou-nat.
- **Maniobra axil·lar amb rotació:** amb la dona en quadrupèdia, s'introdueix una mà per la part posterior cercant l'axil·la posterior del nadó posterior del nadó.
- Se subjecta l'axil·la posterior amb un o dos dits en forma de ganxo i es gira amb força fent una rotació de fins a 90 graus, que resulta en la mobilització de l'espatlla anterior. Es pot resoldre en abducció o adducció de l'espatlla, sempre que hi hagi rotació. Mai no hem d'estirar cap enfora (tracció), ja que podem impactar encara més l'espatlla anterior.
- La clau és **fer una rotació**, la força cap enfora la fa la mare empenyent després d'haver alliberat l'espatlla.
- En cas que en introduir la mà per a maniobrar en la part posterior es trobi la mà o el braç flexionat del nadó, es recomana fer l'extracció del braç posterior i, si continua havent-hi distòcia, cal fer una senzilla rotació.
- **Extracció del braç posterior:** si es localitza bé el pit, es fa lliscar la mà tan endins com es pugui fins a trobar la maneta o el colze del nadó, i llavors estirem i una vegada fora el braç ja surt la criatura. En sortir el braç disminueix el diàmetre i l'espatlla posterior ja no pot continuar encaixada, amb la qual cosa hi ha un moviment que facilita la rotació i desencaixa l'espatlla anterior.



Després del naixement amb distòcia d'espatlles, és més possible que sigui necessària una reanimació neonatal i que la mare tingui una hemorràgia postpart.

Cal registrar en la història clínica de manera detallada i objectiva els fets i totes les maniobres portades a terme, i també l'hora del naixement del cap i l'hora del naixement del cos.

És recomanable assistir a tallers periòdicament per a practicar aquestes maniobres i conèixer-les bé.

EVIDÈNCIA CIENTÍFICA SOBRE DISTÒCIA D'ESPATLLES

- Si l'atenció per a resoldre la distòcia és correcta, es poden evitar lesions en el nounat, com ara dany cervical, fractura de clavícula, lesió en el plexe braquial transitòria o permanent, o tetraplegia (Swift, 2023; Michelotti *et al.*, 2018).
- La formació contínua en emergències millora els resultats (Dahlberg *et al.*, 2018).
- El més important per a resoldre la distòcia d'espatlles és l'experiència (Dalhke *et al.*, 2017).
- En els parts a casa, només un 23 % de les distòcies s'han resolt fent servir McRoberts i pressió suprapúbica. La resta s'han resolt amb quadrupèdia i amb maniobres internes en quadrupèdia (Kallianidis *et al.*, 2016).
- Resolent en quadrupèdia es produeixen moltes menys lesions que en McRoberts (Zheng *et al.*, 2021).
- Els estudis més recents parlen de tracció axil·lar; malgrat tot, l'actuació correcta davant una distòcia d'espatlles és precisament evitar la tracció i fer la rotació (Ansell *et al.*, 2019).
- La manera de resoldre la distòcia d'espatlles depèn més de l'experiència del professional que dels coneixements teòrics, cosa que fa que sigui una situació de perill per a la salut i la vida del nadó i de la mare (Barbieri, 2016).

REFERÈNCIES DE DISTÒCIA D'ESPATLLES

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.

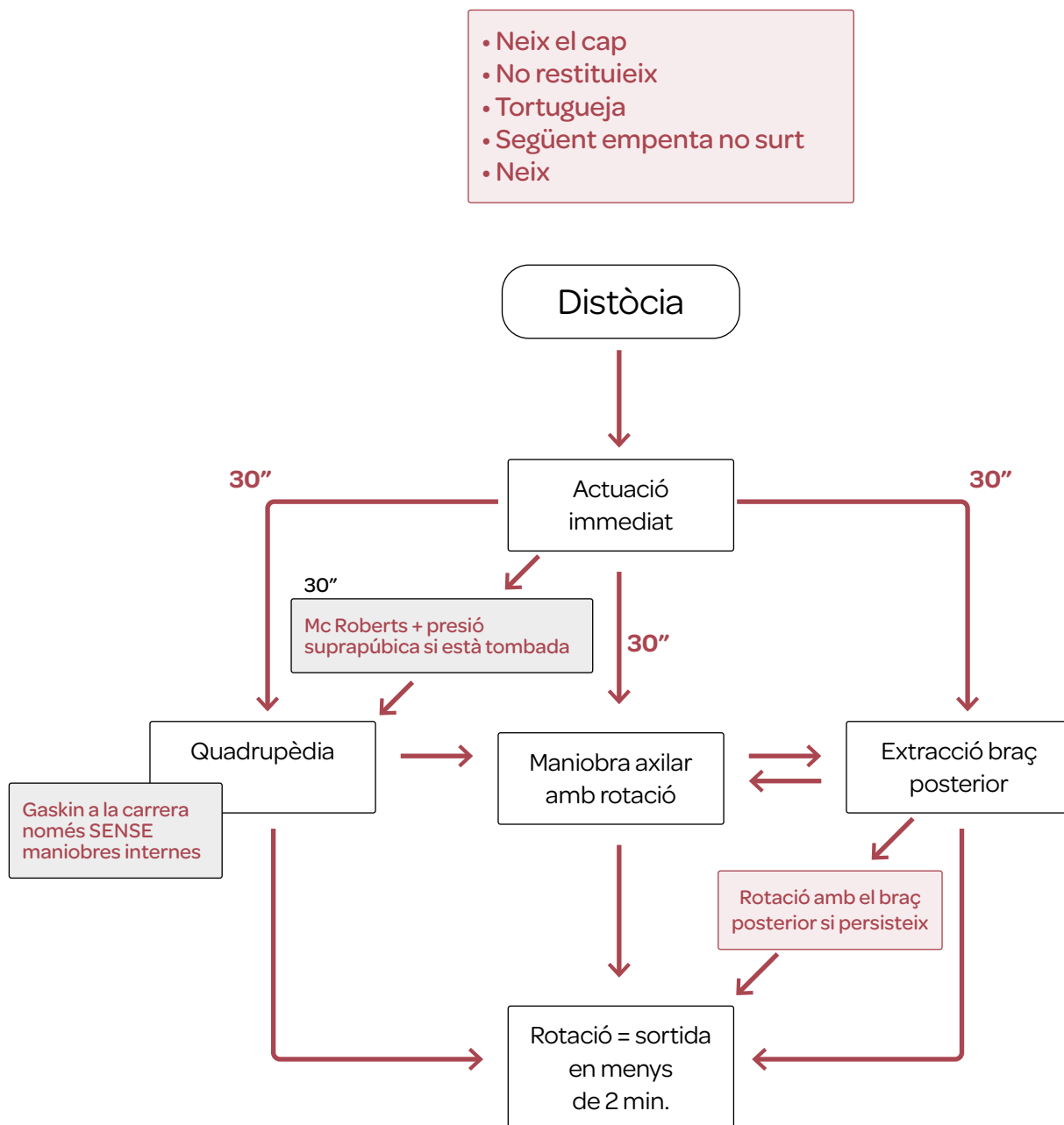
Bothou, A., Apostolidi, D., Tsikouras, P., Iatrakis, G., Sarella, A., Iatrakis, D. and Zervoudis, S. (2021). Overview of techniques to manage shoulder dystocia during vaginal birth. *European Journal of Midwifery*, 48, p.1-6. <https://doi.org/10.18332/ejm/142097>

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-Chiauszi, 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>.

Maneig de la distòcia d' espatlles al part a casa



3.3. PROLAPSE DEL CORDÓ UMBILICAL

INTRODUCCIÓ

El prolapse del cordó umbilical (PCU) és una emergència obstètrica molt poc freqüent que pot tenir una altra morbiditat o mortalitat neonatal tant si el part és a l'hospital com a casa. La incidència és entre el 0,1 i el 0,6 %, i en casos de presentació de natges la incidència augmenta a un 1 %.

El resultat perinatal depèn, en la majoria dels casos, de la ubicació de la dona en el moment en què es produeix el prolapse, l'edat gestacional i el pes del nadó en néixer. Cal tenir en compte que molt poques dones que planifiquen un part a casa tenen embarassos que entren dins de les categories de risc.

FACTORS DE RISC

Obstètrics

- Multiparitat
- Presentacions anòmales: no cefàlica o no ben encaixada a la pelvis
- Prematuritat
- Pes baix
- Polihidramnis
- Gestacions múltiples
- Placenta amb inserció baixa
- Ruptura prematura de membranes
- Sexe masculí
- Edat materna >35 anys

Iatrogènics: representen un 50 % de los casos

- Ruptura artificial de membranes amb presentació alta
- Versió cefàlica externa
- Inducció al part
- Baló de Cook per a la inducció
- Inserció de transductor intrauterí
- Manipulació per via vaginal del cap amb les membranes trencades
- Versió podàlica interna

DIAGNÒSTIC

Es diagnostica quan es veu o palpa el cordó umbilical prolapsat fora de la vagina o dins, a més de la presència de patrons no tranquil·litzadors de la freqüència cardíaca fetal, especialment després de la ruptura de membranes, i que no respon a canvis de posició materna.

MANEIG DEL PROLAPSE DE CORDÓ EN EL PART A CASA

Quan es diagnostica el PCU el més important és mantenir el flux del cordó i agilitzar el naixement.

L'interval entre el diagnòstic i el part hauria de ser inferior a 30 minuts. El trasllat a l'hospital és urgent. Si el trasllat es porta a terme en transport privat, s'ha de trucar a la sala de parts de l'hospital de referència més proper per a avisar que arribarem al cap de poc amb una dona amb prolapse de cordó.

En general, la cesària és el mètode d'elecció per al naixement en la majoria de casos. De manera molt excepcional, si el part vaginal és imminent al domicili, és vital estar preparades per a una possible reanimació del nadó.

DAVANT D'UN PROLAPSE DE CORDÓ EN UN PART A CASA ÉS NECESSARI

- Avisar l'ambulància i l'hospital triat *a priori* en el pla de trasllat urgent.
- Col·locar immediatament la dona en posició genupectoral.
- Descomprimir el cordó, desplaçant la presentació cap amunt amb els dits de la llevadora sense tocar el cordó. La freqüència cardíaca fetal (FCF) es comprova abdominalment per a evitar que el cordó es col·lapsi.
- Mantenir els dits i desplaçar la presentació fetal fins al naixement.



Durant el trasllat, el més important és assegurar que s'allibera constantment la compressió del cordó. Per això, cal portar a terme les accions següents:

- Assegurar l'elevació de la presentació fetal amb la dona en posició genupectoral o Sims corregida lateral esquerra (amb un coixí a sota del maluc) si l'ambulància no permet la primera posició.
- Evitar apartar o tocar el cordó per a evitar que es col·lapsi.
- Administrar salbutamol inhalat o ritodrina IM 1 ml/10 mg per a frenar la dinàmica uterina.
- Omplir la bufeta de la mare amb 400-700 ml de sèrum fisiològic: només és factible realment si hi ha dues llevadores.
- Registrar tot detalladament en la història.



La formació anual ha demostrat millorar els resultats, disminuint temps fins al naixement de 25 minuts a 14,5 minuts i amb la disminució de casos amb Apgar <7 al cap de 5 minuts.

REFERÈNCIES DE PROLAPSE DEL CORDÓ 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., Merién, 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. PART DE NATGES INESPERAT

Aproximadament un 3 % dels nadons es presenten de natges al final de la gestació. En el nostre context, com que es fa una ecografia sistemàtica durant el tercer trimestre, les presentacions inesperades de natges són poc freqüents. Un estudi recent ha mostrat que l'ecografia rutinària del darrer trimestre s'associa a una reducció significativa dels nadons de natges no diagnosticats ([Knights et al., 2023](#)).

Tot i això, les llevadores espanyoles han de saber assistir el part de natges i atendre'l en situacions d'urgència segons l'Ordre SAS 1349/2009 que defineix les competències de les llevadores a Espanya ([Ministeri de Sanitat i Política Social, 2009](#)).

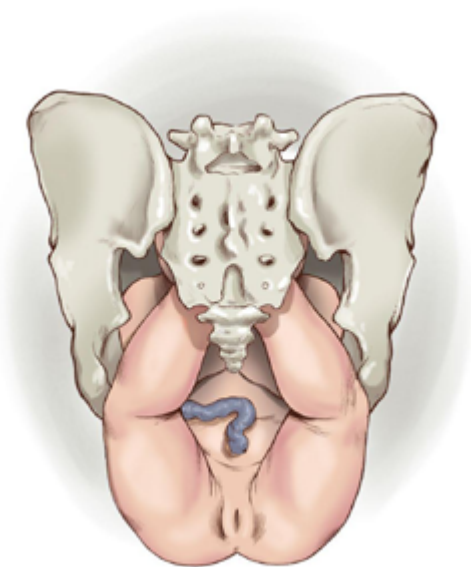
RECOMANACIONS SEGONS EL PROGRAMA OPTI BREECH 2023, ACREDITAT PER L'RCOG

Si durant el treball de part actiu es detecta una presentació de natges inesperada, hem de valorar si és possible el trasllat segur:

- Si la dona està en fase de dilatació inicial, traslladar-la a un centre sanitari, si pot ser, especialista en aquest tipus de parts.
- Si el naixement es preveu imminent, NO traslladar-la, perquè implica més risc que atendre la urgència a casa.

Una vegada que s'ha assumit que el part s'atén a casa:

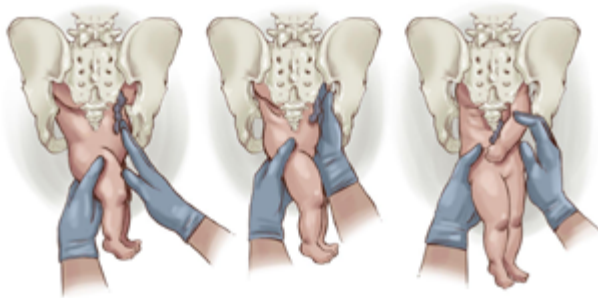
- Recomana a la dona que surti de la piscina si era dins.
- Suggestir posicions verticals per a afavorir el descens de la criatura, en concret, recomana la posició en quadrupèdia per a facilitar la realització de les maniobres, en cas que calguin, durant la sortida del nadó.
- Respectar els temps de la dona fins que no apreciem la coronació de les natges.
- Una vegada s'observa la presentació al perineu, aplicar un maneig actiu d'espoderaments. Dispossem de 7 minuts perquè neixi el cap a partir d'aquest moment.
- Quan hagi nascut la pelvis, es recomana que la criatura no tardi més de 5 minuts a néixer.
- Les cames neixen de manera simultània. Si presenten dificultat, podem ajudar aplicant pressió poplítica suau.
- Una vegada que ha nascut el melic, cal d'evitar tocar el cordó umbilical i cal tenir present que hi ha un màxim de 3 minuts per al naixement complet.



- Habitualment, la dona té la sensació d'espoderaments espontanis; en cas de no tenir ganes d'empènyer, cal animar-la a fer-ho de manera activa i constant encara que no tingui contraccions. És important entendre que dins l'úter no hi ha nadó i un període llarg en aquesta fase pot desencadenar el despreniment precoç de la placenta.
- A partir d'aquest moment, si el part es desenvolupa correctament, es veu el nadó situat «panxa del nadó amb glutis de la mare». És a dir, podem dibuixar una línia recta entre l'anus de la mare i el melic de la criatura, cosa que indica una presentació anterior en què s'espera un naixement espontani sense dificultats.
- Si, per contra, s'observa una rotació incompleta o inexistent, cal sospitar que hi ha una distòcia de braços caldrà aplicar maniobres específiques.

✓ Distòcia de pelvis mitjana:

- S'observa una rotació parcial cap al diàmetre oblic, la qual cosa indica que el braç del pubis està atrapat a l'espina ciàtica.
- Maniobra: el braç atrapat sobre l'espina ciàtica s'ha d'escombrar per davant del pit del nadó i girar la criatura perquè se situï «panxa amb glutis».

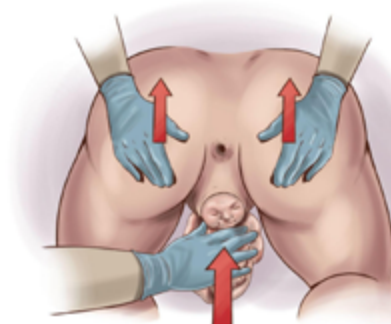


✓ Distòcia de pelvis superior:

- No s'observa rotació, les espatlles en el diàmetre anteroposterior, la qual cosa indica que el braç o braços del nadó estan atrapats en el diàmetre superior de la pelvis.
- Maniobra: utilitzant mans de pregària (sempre amagant els polzes), girar el nadó cap a una posició posterior per a desbloquejar el braç atrapat al pubis. Després, girar de nou el nadó cap a la posició anterior, deixant-lo «panxa amb glutis».



- Una vegada que han nascut els braços, eliminar la maniobra de pressió supraclavicular, és la mes comuna, per a ajudar a néixer el cap del nadó. També pot ser molt útil i efectiva la maniobra de l'elevació de glutis.



- Si hi ha dificultat per al naixement de cap, podem sospitar deflexió o cap alt. En aquest cas es pot introduir un dit, si el dit entra sencer, significa que el cap està per sobre del diàmetre superior de la pelvis. Hem de recomanar a la dona que es posi en posició de Walcher sobre els genolls.
- Si tot i així el naixement no té lloc de manera espontània, es recomana aplicar les maniobres següents:

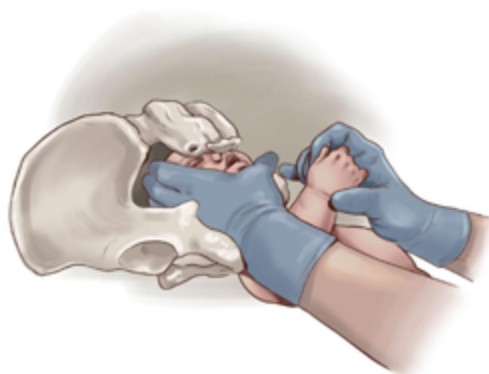
✓ Mans de pregària fins a tocar la barbeta del nadó.

✓ Ascendir el cap cap al diàmetre superior de la pelvis.

✓ Fer una rotació a diàmetre transvers de la pelvis superior, descendir i tornar a fer una rotació a diàmetre anteroposterior.

✓ Pressió supraclavicular.

✓ Fòrceps manuals amb una mà si no funcionen les opcions anteriors.



- Una vegada que neix el cap de la criatura, pell amb pell immediata i pinçament òptim del cordó umbilical.
- Si cal ajuda neonatal a la transició extrauterina, aplicar el protocol (vegeu l'apartat 3.5 d'aquest annex 3, «Reanimació neonatal i suport a la transició dels nacions en néixer»).
- Si l'Apgar és òptim, seguir les cures habituals del postpart a domicili.

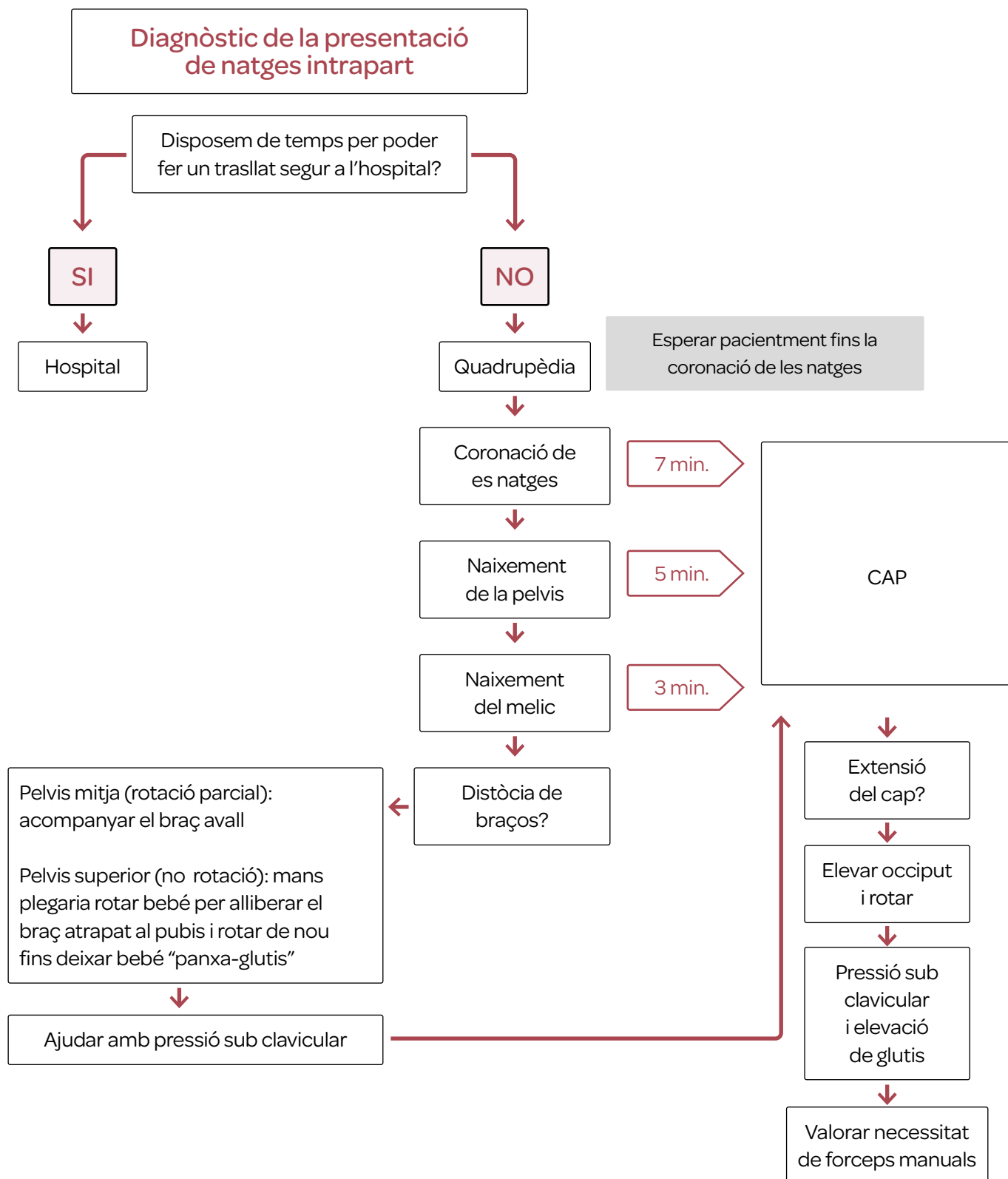
REFERÈNCIES DE PART DE NATGES INESPERAT

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>

Part de natges inesperat



3.5. REANIMACIÓ NEONATAL I SUPORT A LA TRANSICIÓ DEL RECENT NASCUT

A partir de l'American Heart Association, 2020, el European Resuscitation Council, 2021 i les Resuscitation Council UK guidelines, 2021.

3.5.1. Reconèixer l'emergència

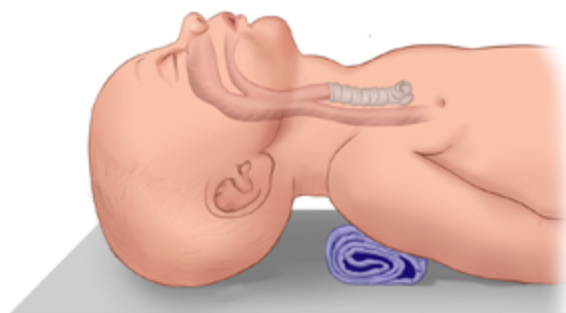
- Eixugar el nounat, observant l'Apgar sobre la mare, canviar la tovallola quan estigui massa humida per una d'escalfada prèviament amb un escalfador o radiador o ampolla d'aigua calenta.
- No pinçar MAI el cordó umbilical, perquè és una manera d'oxigenació directa dels teixits i òrgans vitals del nounat.
- Estimular si cal.
- Si reacciona en el primer minut i comença a respirar per ell mateix, només cal assegurar-se que no perdi escalfor (pell amb pell + escalfor directa amb un calefactor d'aire calent i assegurant-se la col·locació correcta del cap, donant la instrucció als pares d'estar alerta i observar el color i l'activitat del nounat).
- Iniciar l'ajuda a la transició del nounat després d'un minut de vida si l'Apgar és igual o menor que 7.

Cal recordar que la temperatura adequada és entre 36,5 °C i 37,5 °C.

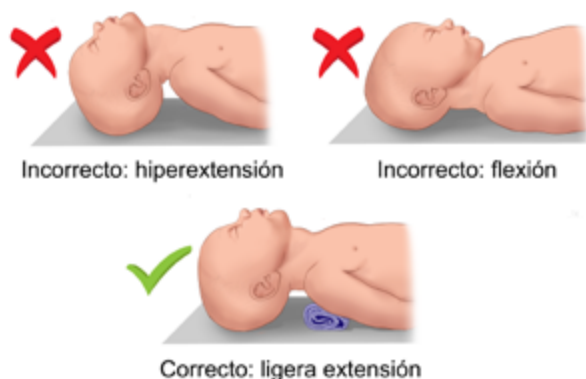
- El fred està associat a hipòxia i acidosi (la qual cosa inhibeix la producció de surfactant) i pot derivar en distrès respiratori.
- L'ús de glucosa de reserva per a augmentar la temperatura corporal significa menys glucosa per al cor i per a les funcions metabòliques cel·lulars.

3.5.2. Si no ha iniciat la respiració espontània

- **Posició neutral del cap:** si cal, posar una tovallola enrotllada sota les espatlles. Es pot mantenir el nounat sobre el cos de la mare per a mantenir l'escalfor i comptar amb la mare per a animar-lo a respirar, però per sobre de tot hem d'assegurar-nos una bona obertura de la via aèria, la qual cosa és difícil en un nadó atònic.



- ✓ Recordar que la via aèria del nadó és d'aproximadament 3-4 mm de diàmetre.
- ✓ Evitar hiperextensió, perquè l'esquena pot pressionar el cricoide.
- ✓ Evitar hiperflexió, deguda a un occipital prominent i a manca de to muscular.
- ✓ Considerar la tracció mandibular, perquè pot ajudar a obrir la via respiratòria, evitant obstrucció estructural i apartant la llengua, i, si cal, subjectar el cap o la mandíbula del nadó amb una mà.



Si no respira, **iniciar 5 insuflacions 2-3 segons amb Ambu o respirador manual.**

3.5.3. Si hi ha resposta

Tenir en compte:

- Moviment del pit.
- Increment de la freqüència cardíaca (FC) >100 lpm.

En tots dos casos vol dir que insuflam amb èxit.

Cal recordar que durant les dues o tres primeres insuflacions hi pot NO haver moviment del pit perquè s'està substituint el fluid als alvèols per aire. El volum del pit començarà a ser visible en la quarta i la cinquena insuflació eficaç



3.5.4. Si no hi ha resposta

- Cal re situar el cap i fer tracció mandibular.
- Repetir 5 insuflacions de 2-3 segons amb Ambu.

Cal descartar que no hi ha obstruccions: meconi, sang materna, mocs densos. En aquests casos, es recomana la visualització directa (amb l'ús de laringoscopi) i succió orofaríngia amb sonda, sense arribar mai a la tràquea.

3.5.5. Si hi ha resposta: moviment del pit i la FC <100 Imp

- Fer ventilacions a 30-40 respiracions/min.
- Reavaluar cada 30 segons.

3.5.6. Si la FC <60 lpm o no es detecta

- Compressions cardíques 3:1 a 120 lpm.
- Coordinar amb ventilació.
- Reavaluar cada 30 segons.
- Demanar ajuda d'una ambulància neonatal medicalitzada.

3.5.7. Si la FC augmenta

- Parar les compressions cardíques.
- Fer ventilacions a 30-40 respiracions/min.



3.5.8. Si FC no incrementa

- Trasllet hospitalari immediat per necessitat de suport avançat.



3.5.9. Continuïtat de cures

- Valorar la necessitat de traslladar aquells nadons amb un test d'Apgar igual o menor a 5 al cap de 5 minuts.

Una vegada que el nadó estigui estable:

- Fer una avaluació constant: ensenyar als pares la col·locació correcta del cap, estar alerta i observar el color i l'activitat del nounat.
- Assegurar una bona temperatura: molt ben tapat amb roba seca, calefactor...
- Iniciar la lactància.
- Informar detalladament als pares del que ha passat.
- Recomana que facin torns per a dormir en les primeres 24-48 hores.
- La llevadora no ha d'abandonar el domicili en les 4 hores següents com a mínim.
- Oferir una visita rutinària en les 12 hores següents.
- Registrar en la història clínica tot el que ha passat de manera detallada i objectiva, així com l'atenció i les cures ofertes.

EN CAS DE MORT NEONATAL

La incidència de mort perinatal en el part a casa a Catalunya és d'1,3 per 1000 (als hospitals catalans és de 4,91 per 1.000).

Davant d'aquesta situació la llevadora ha de portar a terme les accions següents:

- Trucar al servei d'emergències.
- Tenir cura de la relació amb els pares amb respecte i oferir disponibilitat en tot moment.
- Portar a terme una comunicació transparent amb els professionals de l'hospital.
- Oferir tenir cura del postpart de la mare.
- Donar suport a la família, si així ho desitja. Pot ser que la relació passi per diferents fases que s'han de respectar. Malgrat la dificultat, és important mostrar disponibilitat, comunicació i transparència.
- Oferir recursos a la família: contactes d'associacions de mort perinatal, suport de psicòlogues i psiquiatres perinatals...
- Tenir cura del propi dol, buscant ajuda psicològica i suport en altres companyes llevadores.

REFERÈNCIES DE REANIMACIÓ NEONATAL I SUPORT A LA TRANSICIÓ DEL NOUNAT

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., Målvist, 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.

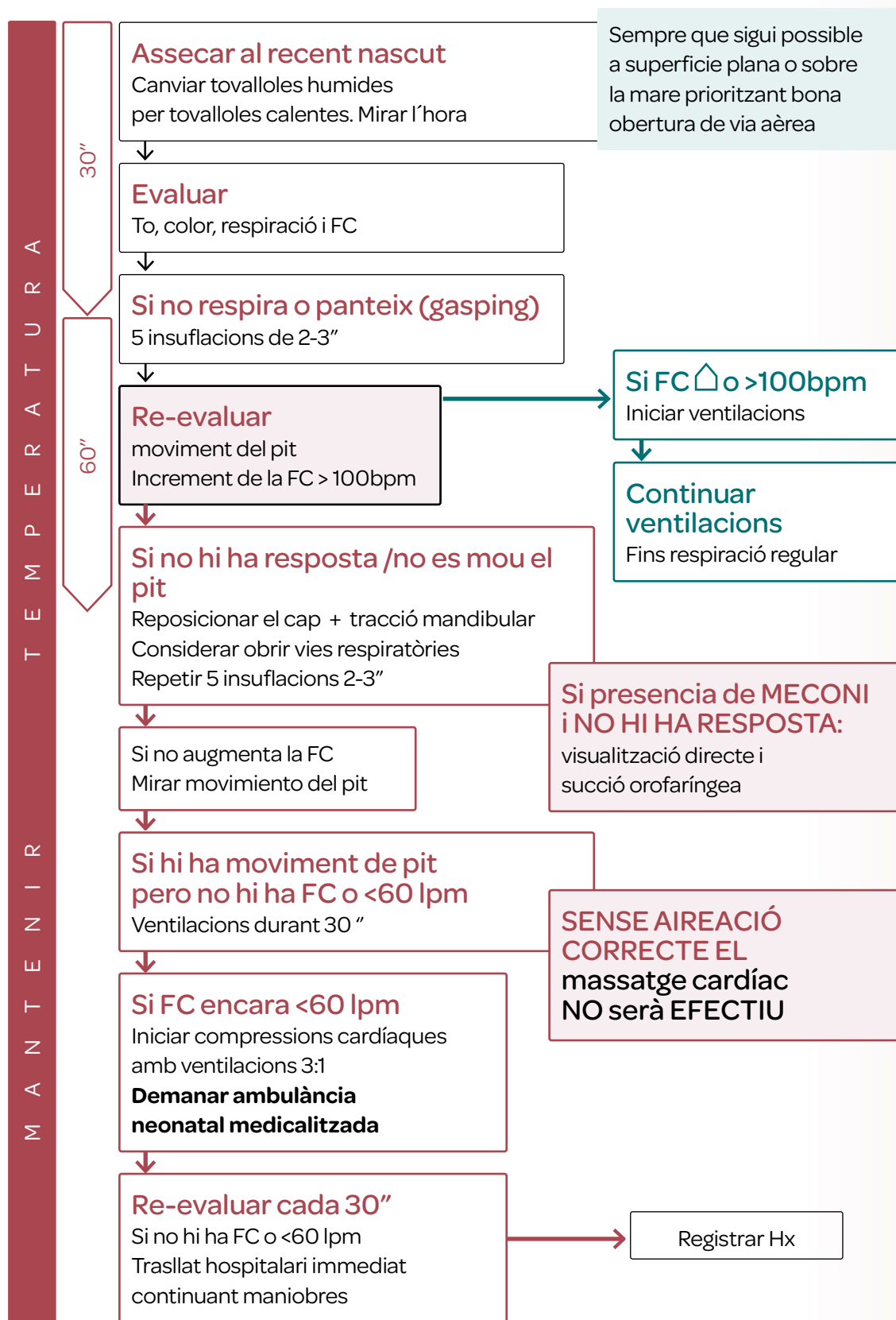
Mukherjee, S., Bulsara, JS., Das, MK., Waratakar, Y., Saha, AK., Dubey, S., Mehta, P., Gupta, B. and Singh, AK. for Indian Delayed Cord Clamp Study Group (2019) Is Delaying Cord Clamping until Placenta Delivery Beneficial? Oxygen Saturation and Heart Rate Transition during the Initial 5 Minutes after 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>

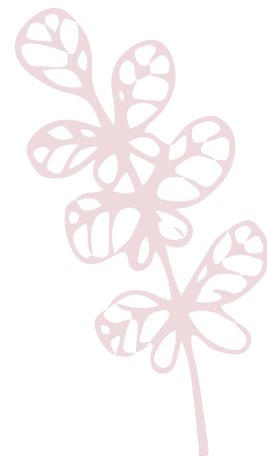
Vali, P., Mathew, B. and Lakashminrusimha, S. (2015) Neonatal resucitation: evolving strategies. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*. 1(4), p. 1-14. DOI 10.1186/s40748-014-0003-0

Reanimació Neonatal i suport a la transició del nou-nat



4.

DOCUMENTACIÓ ESPECÍFICA DEL PART A CASA



ALPAC
ASSOCIACIÓ D'ASSISTÈNCIA EN TORN A CASA EN ASSISTÈNCIA

Document de trasllat de part domiciliari

Llevadora que ha atès el part a casa:
Nom de col·legada: _____ E-mail: _____
Telèfon: _____ Hora contacte amb el centre hospitalari: _____
Nom i cognoms usuària: _____ Hora contacte amb el centre hospitalari: _____
Data de naixement: _____ Edat: _____
Grup sanguini i RH: _____ Al·lèrgies: _____
TITL: _____
Sistema Gestacional: _____ FUR: _____ FPR: _____
Sistemes: _____

Evolució treball de part

Inici espontani: data i hora: _____
Hora REM: _____ LA: _____
Últimes Contraccions Vitals a les: _____ h. _____ min. _____ seg. Respiració: _____
Temps: _____ h. _____ min. _____ seg. Posició i pla del nadó: _____
Hora: _____ FCF: _____ DU: _____ Distància Cx: _____ Posició i pla del nadó: _____

Data i hora de naixement: Data: _____ Hora: _____
Voltes de cordó: ☐ Sí ☐ No Espatles nascudes amb dificultat: ☐ Sí ☐ No
Presentació: CA ☐ CP ☐ Altres: _____
APGAR 1: _____ 5: _____ 10: _____ Hora inici Lactància Materna: _____
Presència de Meconium en el part: ☐ Sí ☐ No
Respiració espontània a minuts: ☐ Sí ☐ No
Reanimació requerida: ☐ Sí ☐ No Sècció i extracció: _____
Núls esforços respiratoris: 5 insuflacions 2-3 seg. Aspiració meconi mucostata _____
<60 bpm, massatge cardíac: 31 ventilació. Clorosi ventilacions 40 rpm

Hora de lliurament placenta: Data: _____ Hora: _____
Placenta: ☐ Completa ☐ Incompleta Membranes: ☐ Completes ☐ Incompletes
Sondatge vesical: ☐ Sí ☐ No Pèrdua estimada de sang: _____ ml
Medicació administrada: _____
Sintetocin 10UI IM IV ☐ Ergometrina 200mcg IM IV ☐ Misoprostol 1000mcg pr _____
Sèrum IV administrat: _____
☐ Sèrum fisiològic 1000ml ☐ Sèrum Lactat 1000ml ☐ Galatundina 500ml

TRASLLAT

[Descarregar document](#)

ALPAC
ASSOCIACIÓ D'ASSISTÈNCIA EN TORN A CASA EN ASSISTÈNCIA

Sol·licitud de la placenta

Jq, _____, amb DNI/NIE _____, amb domicili al carrer _____, número _____, de la localitat _____, a la província de _____.

SOL·LICITO

- Que se'm lliuri la meua placenta un cop finalitzat el part per poder fer-ne l'ús que consideri.

HE ESTAT INFORMADA I ACCEPTO

- Que la placenta no em serà lliurada en cas de risc d'infecció o contagi.
- Que és un residu orgànic i que assumeixo la responsabilitat de tractar-la com a tal i per tant em comprometo a no eliminar com a residu urbà el material.
- Que un cop lliurada em comprometo a conservar-la adequadament a la nevera o congelador.
- Que em preveig de responsabilitats a l'equip o llevadora que ha atès el meu part una vegada m'hagi estat lliurada la placenta.

Nom complet, signatura i DNI de la dona: _____
Nom complet, signatura i número de col·legada de la professional: _____

PLACENTA

[Descarregar document](#)