

Index de Enfermería

versión impresa ISSN 1132-1296

Index Enferm vol.20 no.3 Granada jul.-set. 2011

<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200007>

ARTÍCULOS ESPECIALES

REVISIONES

Prácticas para estimular el parto normal

Practices to stimulate normal childbirth

Flora Maria Barbosa da Silva, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira, Lia Mota e Silva, Esteban Fernandez Tuesta¹

¹Programa de Pós-Graduação em Enfermería, Escuela de Enfermería da USP (Universidad de São Paulo), Brasil

[Dirección para correspondencia](#)

Mi SciELO

 Servicios personalizados

Servicios Personalizados

Artículo

-  Artículo en XML
-  Referencias del artículo
-  Como citar este artículo
-  Traducción automática
-  Enviar artículo por email

Indicadores

Links relacionados

Bookmark

| Otros

RESUMEN

Este artículo lleva a una reflexión sobre las prácticas del estímulo al parto normal, con la fundamentación teórica de cada una de ellas. Las prácticas incluidas en este estudio fueron el ayuno, enemas, spray y baños de inmersión, caminatas, movimientos pélvicos y masaje. En un contexto de revalorización del parto normal, ofrecer a la mujer durante el parto opciones de comodidad basadas en evidencias puede ser una forma de preservar el curso fisiológico del parto.

Palabras clave: Parto natural/ Enfermería obstétrica/ Atención basada en la evidencia/ Matrona.

ABSTRACT

This article leads to a reflection about the practices of encouraging normal childbirth, with the theoretical foundation for each one of them. The practices included in this study were fasting, enema, shower and immersion baths, walking, pelvic movements and massage. In a context of revaluation of normal birth, providing evidence-based comfort options for women during childbirth can be a way to preserve the physiological course of labour.

Key words: Natural childbirth/ Obstetrical nursing/ Evidence-based care/ Midwife.

Introducción

El manejo del trabajo de parto, con sus diversas conductas y prácticas aplicables al proceso de nacimiento, lleva a algunas preguntas y reflexiones sobre el tema. Los modelos de atención al parto se han transformado a lo largo de la historia, tanto en Brasil como en el resto del mundo. Las transformaciones ocurrieron de manera gradual y en ellas participaron diferentes actores sociales, valores, creencias, conocimientos, instituciones e intereses, sobre los diferentes aspectos que subyacen al contexto del nacimiento. Uno de los fuertes indicadores de los cambios en los modelos de atención al parto y nacimiento es el aumento de las tasas de cesáreas. La tasa de cesárea en España presentó un incremento de 86,76/1.000 nacidos vivos en 1993 a 250,12/1.000 nacidos vivos en 2005.¹ En Brasil,

una investigación realizada en 2006 sobre diez años anteriores encontró que las cesáreas constituyen el 44% de los partos, siendo que la participación del sector privado en estas tasas es prácticamente el doble (81%).²

Estas tasas son muy superiores a las sugeridas por la OMS, que recomienda una tasa máxima del 15% de cesáreas en cualquier país. Las complicaciones maternas derivadas del parto operatorio van desde eventos menores como fiebre y mayor volumen de pérdida de sangre hasta casos más severos como laceraciones accidentales de vísceras, infecciones puerperales y accidentes anestésicos. Las complicaciones relacionadas con el recién nacido están asociadas a la prematuridad y el síndrome de dificultad respiratoria. Además de éstos, el riesgo inherente al procedimiento, la cesárea puede tener consecuencias tardías como enfermedades de gran potencial hemorrágico (placenta de inserción baja y acretismo placentario) cuyas complicaciones a menudo causan la muerte de la mujer.³

En este sentido, el abuso de conductas intervencionistas presenta problemas relacionados a dos factores distintos correlacionados, uno de ellos de naturaleza social, y el otro de naturaleza financiera. El primero de ellos, al alterar el curso fisiológico del parto, puede desencadenar en eventos en cascada innecesarios y sucesivos, incrementando el nivel de complejidad y riesgo del procedimiento. Así, el modelo intervencionista ha producido interrogantes fundamentados en eventos que muestran resultados desfavorables en lo que se refiere al uso inadecuado de la tecnología. El segundo factor que agrava el uso indiscriminado de las cesáreas, se refiere a los costos injustificables de tales prácticas en ausencia de una demanda real, sobrecargando los sistemas de salud en el sector público o privado.³⁻⁵

En el contexto de cuestionamiento de esas prácticas intervencionistas, la OMS publicó en 1996 la Guía Práctica para la Atención al Parto Normal. Se refiere a la asistencia prestada a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, tiene como criterio la práctica basada en la evidencia y busca obtener la mejor fundamentación para la toma de decisiones clínicas. Con respecto al modelo de atención, este documento dice que "Estas prácticas incluyen el respeto al proceso fisiológico y a la dinámica de cada nacimiento, en el que las intervenciones deben ser cuidadosas, evitando los excesos y utilizando de forma cuidadosa los recursos tecnológicos disponibles".⁵ Este conjunto de asistencia está directamente relacionado con la atención proporcionada por enfermeras obstetras, cuya formación está enfocada para el apoyo emocional y la atención a la mujer y al recién nacido, sin interferir en el proceso fisiológico del parto, contemplando así un enfoque más integral de la atención a la salud.⁵

Prácticas para estimular el parto normal

La observación de los aspectos fisiológicos y el foco en las necesidades de la mujer son conductas de primera elección en la asistencia al trabajo de parto. Las prácticas para estimular el parto normal pueden tener tres objetivos principales: evitar intervenciones rutinarias, permitir el curso espontáneo del trabajo de parto, y promover la comodidad y minimizar el dolor.

En este estudio, se trató de discutir algunas prácticas para estimular el parto normal, contemplando el fundamento teórico de cada una de ellas. Para este efecto, se utilizaron revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorios, que son las evidencias más consistentes en el área de la salud. La obstetricia es la única profesión en salud donde todos los procedimientos fueron analizados en revisiones sistemáticas.

Evitar las intervenciones de rutina

En la admisión de la parturienta, por lo general se llevan a cabo procedimientos de rutina, como enema y prescripción del ayuno. Un estudio realizado en los países del Sudeste de Asia -Filipinas, Malasia, Indonesia y Tailandia- mostró que las tasas de utilización de estos procedimientos oscilan desde 17 hasta 61%.⁶ En el Brasil, en las maternidades públicas y conveniadas de Río de Janeiro, el uso de enema varió entre 17% y 38,4% en los partos vaginales, respectivamente.⁷

El uso del enema durante el trabajo de parto, en general, refleja la preferencia del prestador de cuidados de salud. Aunque las evidencias se muestren en contra de su uso, continúan siendo muy utilizados, porque son considerados como estimulantes de las contracciones uterinas. Sin embargo, esta práctica puede causar molestias a las mujeres y aumentar el costo del parto.⁸ Permitir la evacuación antes del parto, que se produce espontáneamente y es beneficiosa al estimular el peristaltismo natural y reducir el malestar intestinal, puede prevenir la eliminación de heces durante el periodo expulsivo.

La revisión sistemática incluyó tres estudios y 1765 mujeres, con el objetivo de analizar el efecto del enema realizado durante el trabajo de parto en las tasas de infección materna y neonatal, en la duración del trabajo de parto, en la dehiscencia del trauma perineal, dolor perineal y evacuación. El meta-análisis no reveló ninguna diferencia estadísticamente significativa en las tasas de infección en las puérperas o en los recién nacidos, después de un mes de seguimiento. El único ensayo que examinó la visión de las mujeres no encontró diferencia significativa en la satisfacción de las mujeres entre los grupos. Se concluyó que el uso del enema no tiene efecto significativo en las tasas de infección materna o neonatal y en la satisfacción de las mujeres. Estas evidencias no dan soporte para el uso rutinario de enemas durante el trabajo de parto, por lo que el uso de esta práctica debería ser evitado.⁹

Las opiniones acerca de la dieta en los artículos científicos son muy variables. La existencia del riesgo de la aspiración gástrica durante la anestesia general (síndrome de Mendelson) continúa apoyando la conducta de la abstención total de ingesta de alimentos y agua durante el trabajo de parto.⁵ Algunos estudios aún contraíndican alimentación basados en esta justificación.¹⁰ Además, el uso de anestesia regional en la obstetricia moderna

minimiza el riesgo de aspiración del contenido gástrico.¹¹

Un ensayo clínico de 2426 nulíparas con gestación a término, feto único y presentacióncefálica en trabajo de parto con dilatación cervical menor que 6 cm, evaluó el efecto de la alimentación sobre los resultados obstétricos y neonatales. Comparó el consumo de dieta blanda con la ingesta sólo de agua durante el trabajo de parto. Los resultados no mostraron diferencia estadística entre los grupos en las categorías resultantes: las tasas de parto vaginal espontáneo y cesárea, la duración del trabajo de parto, el índice de Apgar y la aparición de vómitos. Los autores concluyeron que el consumo de dieta blanda durante el parto no interfirió en los resultados obstétricos o neonatales de las mujeres y tampoco aumentó la incidencia de vómitos.¹¹

Una revisión sistemática que incluyó a 3130 parturientas de bajo riesgo, con cinco estudios, examinó la restricción de la ingesta de alimentos y líquidos durante la fase activa del trabajo de parto. Los autores concluyeron que muchas mujeres reducen naturalmente la ingesta de alimentos cuando las contracciones se vuelven más intensas, por lo que las mujeres deberían tener autonomía para decidir si quieren o no continuar alimentándose o ingerir líquidos durante el parto.¹² No hay justificación para esta restricción, aunque algunos prestadores de cuidados sostienen que la alimentación puede provocar vómitos y que la administración de dextrosa por vía intravenosa puede reemplazar la alimentación. Sin embargo, los efectos de esta infusión están relacionados con aumentos en los niveles de glucosa en la sangre y la insulina materna, que resultan en un aumento de los niveles plasmáticos de la glucosa en el bebé, con disminución del pH de la arteria umbilical. El ayuno prolongado durante el trabajo de parto puede ser desagradable y afectar de manera negativa la experiencia de la mujer, además de permitir la hipoglucemia y la deshidratación, ya que el parto requiere grandes gastos de energía.⁵

Permitir el curso espontáneo del trabajo de parto

El inicio del trabajo de parto en la gestación a término significa que el feto está listo para nacer y la madre fisiológicamente receptiva al proceso.¹³ Las diversas intervenciones que tratan de acelerar y corregir el trabajo de parto tienen como objetivo adecuarlo al ritmo hospitalario. Sin embargo, como han mostrado Barros et al.,¹⁴ la interrupción del embarazo, ya sea por cesárea o inducción del parto, provocó el aumento significativo de las tasas operatorias, prematuridad y reducción de peso del recién nacido.

El medicamento más utilizado para la aceleración de los trabajos de parto es la oxitocina intravenosa. Puede ser prescrita por el médico o, de acuerdo con el protocolo de prescripción, por la enfermera obstetra, para aumentar la frecuencia y la intensidad de las contracciones uterinas.^{8, 10} Sin embargo, aunque se ha vuelto común, la inducción del parto tiene diversas consecuencias para la madre y el feto. Una revisión sistemática comparando resultados de partos con inducción electiva y partos espontáneos, observó que la inducción electiva aumenta la necesidad de analgesia, la anestesia epidural, la reanimación neonatal, aumenta la tasa de cesáreas y puede aumentar la proporción de partos instrumentales, fiebre intraparto, distocia de hombros, bajo peso al nacer y el ingreso en unidad de cuidados intensivos neonatal.¹⁵

Otra revisión sistemática, de la Biblioteca Cochrane, incluye 12 trabajos, con 7792 mujeres en un análisis sobre los efectos de conducta de realización de amniotomía precoz y administración de oxitocina. Los revisores observaron que hubo una reducción pequeña en el riesgo de cesárea y una reducción de aproximadamente una hora en la duración del trabajo de parto, sin repercusiones significativas en el efecto de morbilidad materna y neonatal.¹⁶ Además de los efectos directos de la oxitocina sobre la actividad uterina, la cateterización intravenosa puede restringir el movimiento de la parturienta, por miedo a perder el acceso. Esta incomodidad puede disminuir la satisfacción de la mujer con el evento del parto.

Promover la comodidad y minimizar el dolor

Gran parte de las prácticas utilizadas durante la fase activa del parto buscan promover el bienestar y minimizar el dolor inherente al proceso de parto. Entre las ventajas de los métodos no farmacológicos está la menor incidencia de efectos colaterales, ya que los métodos como anestesia o analgesia de parto pueden resultar en disminución de la conciencia materna y de la vitalidad del recién nacido o pérdida del control de la mujer sobre el proceso del parto. Estos métodos también pueden dificultar la colaboración de la parturienta en el caso de algunas emergencias, tales como distocia del hombro. Los métodos no farmacológicos son baratos y pueden posponer el uso de métodos farmacológicos, lo que reduce la exposición de la madre y el bebé a sus efectos adversos. Se sabe que factores como el miedo, el estrés, la tensión, fatiga, frío, hambre, soledad, desamparo social y emocional e ignorar lo que está ocurriendo pueden intensificar la sensación dolorosa del parto, mientras que la relajación, la confianza, recibir informaciones correctas, el apoyo continuo de amigos y familiares y el hecho de sentirse activa y descansada en un ambiente cómodo pueden reducir la percepción dolorosa.¹⁷

La ducha es una práctica muy común durante el parto por no necesitar de un equipo especial, promover la higiene y mantener la parturienta en una temperatura agradable, en países tropicales. Algunas investigaciones destacan la posibilidad de que el baño de aspersión estimule las contracciones uterinas y la sensación de comodidad en la parturienta. Argumentan también que el baño de aspersión revitaliza, estimula la circulación sanguínea, disminuye los dolores lumbaros y promueve una relajación que favorece la dilatación cervical.⁸ La ducha está frecuentemente asociada con otras prácticas no farmacológicas, como pelota suiza y masaje. No se encontraron ensayos clínicos con metodología rigurosa que permitan verificar el efecto del baño de aspersión en las contracciones, el dolor y la duración del trabajo de parto.

El efecto de los baños de inmersión en el parto fue evaluado en varios estudios. Se atribuye a su uso: aumento de la producción de endorfinas, con consecuente relajamiento muscular y reducción de la tensión, mejora de la circulación sanguínea y la oxigenación fetal, mayor eliminación vesical y disminución de la presión arterial.^{10, 17}

Un ensayo clínico aleatorio con 108 parturientas investigó los efectos del baño de inmersión en el dolor durante la primera etapa del trabajo de parto, durante 60 minutos. Las mujeres fueron divididas en dos grupos, uno experimental, sometido a la inmersión en la bañera cuando alcanza de 6 a 7 cm y otro grupo control que no fue sometido al baño. Fue verificado que el dolor en el grupo control fue mayor que en el grupo experimental. Según este estudio, el baño de inmersión es una buena alternativa para el alivio del dolor.¹⁸

Revisión sistemática con 11 estudios y 3146 mujeres que evaluó los efectos del baño de inmersión durante el trabajo de parto y del parto sobre los resultados maternos, fetales, neonatales y relacionados con los prestadores de cuidados. Los resultados indicaron una disminución significativa en el uso de la analgesia epidural. No fueron observadas diferencias estadísticas en cuanto a la duración del trabajo de parto, índice de partos operatorios y efectos adversos para el recién nacido. No se observaron efectos adversos de esta práctica.¹⁹

Sin embargo, parece prudente recomendar que la temperatura del agua sea elegida por la mujer, que la inmersión no se haga en la fase latente del trabajo de parto y que la parturienta esté siempre acompañada durante el baño. La vasodilatación como consecuencia de la inmersión puede provocar hipotensión en algunas mujeres, siendo necesario provocar el enfriamiento del agua o la salida de la mujer de la bañera. La relajación provocada por el baño puede facilitar el parto de tal manera que el nacimiento puede ocurrir durante la inmersión, lo que requiere cuidados adicionales con el recién nacido y la placenta. La inspección perineal para evaluar la necesidad de reparación debe ser hecha preferentemente fuera de la tina.

El caminar promueve una posición vertical y ha merecido destacarse en la atención al parto por los profesionales. Entre las ventajas que esta posición ofrece, está el favorecimiento de la acción de la gravedad sobre la trayectoria y el descenso del feto, la no compresión de los grandes vasos maternos, el aumento de los diámetros del canal de parto y el ángulo de encaje, la mejora de la ventilación pulmonar y del equilibrio acidobásico, además de la mejor de la eficiencia de las contracciones uterinas, abreviando así el trabajo de parto.^{8,10,20}

El movimiento pélvico está relacionado con la relajación de los músculos de la región pélvica y la mejora de la circulación local. Favorece la permanencia de la parturienta en la posición vertical y puede acortar la duración de la fase activa del trabajo de parto y estimular la movilidad materna.^{8, 20} El uso de la bola suiza puede facilitar el movimiento pélvico durante el trabajo de parto y promover la comodidad y disminución del dolor, mediante el estímulo de mecanorreceptores de la articulación conjunta pélvica.²¹

Restringir la parturienta a la cama puede ser conveniente para el equipo de salud al facilitar la monitorización del trabajo de parto, sin embargo, es recomendable para la mujer que pueda asumir posiciones diferentes. Esto puede proporcionar una mayor comodidad y relajación a la parturienta,²² además de permitir a la mujer la sensación de control sobre el proceso de parto. Cuando se permite que las mujeres asuman su propia posición, éstas parecen instintivamente buscar la posición más favorable para el progreso del trabajo de parto.¹³ Los protocolos de los hospitales son diversos en relación a la cuestión de la posición y la movilidad, pero la posición supina debe ser evitada por causar graves perjuicios a la madre y el feto, como el debilitamiento de las contracciones uterinas y la disminución del flujo placentario.¹⁰

Una revisión sistemática de la Biblioteca Cochrane sobre posición y movilidad materna durante la primera etapa de parto, comparó la posición vertical (Caminar, sentarse, pararse, arrodillarse) con la posición boca arriba (supina, semi-Fowler y lateral). Fueron incluidos 21 estudios y 3706 mujeres. Se constató que el período de dilatación fue una hora más corta en las mujeres que adoptaron la posición vertical, comparado con la posición boca arriba. Las mujeres en posición vertical tuvieron menos probabilidad de recibir analgesia. No hubo diferencias entre los grupos en relación a la duración del período expulsivo, tipo de parto u otros resultados relacionados con el bienestar de las madres y los bebés. Concluyó que las mujeres deben ser alentadas a tomar la posición que les parezca más cómoda en la primera fase del trabajo,²³ ya que muchas prefieren caminar, especialmente durante el inicio del trabajo de parto.²⁴

El masaje está también asociado a experiencias positivas para la mujer durante todo este proceso, al proporcionar una sensación de atención y asistencia.¹⁰ Según algunas investigaciones, el masaje en la región dorsal disminuye la percepción del dolor mediante la liberación de endorfinas, de la promoción de la relajación muscular y mediante el estímulo de la participación del acompañante durante el trabajo de parto.

Una revisión sistemática²⁵ sobre terapias alternativas y complementarias relacionadas con el manejo del dolor durante el trabajo de parto incluye un ensayo clínico sobre masaje con 60 mujeres divididas en dos grupos. El grupo de masajes recibió tres sesiones de 30 minutos durante el trabajo de parto (3-4 cm, 5-7 cm y 8-10 cm de dilatación cervical). El grupo control recibió la atención estándar de enfermería y 30 minutos de acompañamiento y conversación de los investigadores. El dolor y la ansiedad fueron medidos después de las tres sesiones, siendo que en el grupo de masaje los resultados significativos fueron: reducción de la ansiedad sólo en la primera aplicación y reducción del dolor después de las tres aplicaciones. Los autores concluyeron que el masaje es una técnica simple no invasiva y puede influir positivamente en las experiencias del parto.²⁶

Para Zwelling, Johnson y Allen,²¹ el masaje estimula la circulación, favoreciendo la oxigenación de los tejidos y facilitando la excreción de toxinas a través del sistema linfático, y puede además ser aplicado en las manos, brazos, piernas, pies o la espalda.

Conclusiones

El avance tecnológico de la atención a la salud trajo una notable mejora en la atención obstétrica. Sin embargo, e

abuso de las intervenciones produjo malos resultados obstétricos y perineales y destituyó a las mujeres de su papel central en el parto. Es posible que hoy con el análisis exhaustivo de evidencias acerca de las prácticas y conductas en la obstetricia y la posibilidad de elección informada de las mujeres, sea posible encontrar un equilibrio entre la tecnología y lo natural.

Si bien la aplicación de estas prácticas puede ser más fácil si la atención ocurre en un ambiente fuera del hospital como un centro de parto independiente o en casa- es posible estimular el parto normal y preservar su fisiología en el ámbito hospitalario. Ofrecer a la mujer prácticas de atención basadas en evidencias, como opciones para la comodidad y valorización del parto como evento emocional y familiar, debe ser una de las metas principales del cuidado de enfermería.

Bibliografía

1. World Health Organization Regional Office for Europe. European Health for all Database (HFA-DB). Disponível em: <http://data.euro.who.int/hfadb> [Consultado el 30.3.2010] [[Links](#)].
2. Berquó E, Garcia S, Lago T, coord. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher [texto na Internet]. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf [Consultado el 2.2.2009] [[Links](#)].
3. Brasil, Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no Setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro, 2008. Disponível en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_parto_web.pdf [Consultado el 10.1.2010] [[Links](#)].
4. Schneck CA, Riesco MLG. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. Rev Min Enf 2006;10(3):240-246. [[Links](#)]
5. World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1996. [WHO/FRH/MSM/96.24] [[Links](#)].
6. The SEA-ORCHID Study Group (2008). Use of Evidence-Based Practices in Pregnancy and Childbirth: South East Asia Optimising Reproductive and Child Health in Developing Countries Project. PLoS ONE [periódico na Internet] 2008;3(7):e2646. Disponível em <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0002646> [Consultado el 15.9.2009] [[Links](#)].
7. d'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. Rev Saúde Pública 2005; 39(4):646-654. [[Links](#)]
8. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. AJOG 2008; 199(5):445-454. [[Links](#)]
9. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. Cochrane Database Syst Rev 2010; 1:CD000330. doi: 10.1002/14651858.CD000330.pub1 [Consultado el 10.1.2010] [[Links](#)].
10. Rocha IMS. Práticas obstétricas adotadas na assistência ao parto segundo o partograma com linhas de alerta e ação. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005. [[Links](#)]
11. O'Sullivan G, Liu B, Hart D, Seed P, Shennan A. Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomized controlled trial. BMJ 2009;338:b784. [[Links](#)]
12. Singata, Mandisa; Tranmer, Joan; Gyte, Gillian ML. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database Syst Rev 2010;1:CD003930. doi: 10.1002/14651858. CD003930.pub1 [Consultado el 10.1.2010] [[Links](#)].
13. Romano AM, Lothian JÁ. Promoting, protecting and supporting normal birth: a look at the evidence. JOGNN 2008;37(1):94-105. [[Links](#)]
14. Barros FC, Victora CG, Barros AJD, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. Lancet 2005;365(9462):847-854. [[Links](#)]
15. Goer H, Leslie MS, Romano A. The coalition for improving maternity services: evidence basis for the ten steps of mother-friendly care: Step 6: does not routinely employ practices, procedures unsupported by scientific evidence. J Perinatal Education, 2007;16(S1):32-64. [[Links](#)]
16. Wei S, Wo BL, Xu H, Luo ZC, Roy C, Fraser WD. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. Cochrane Database Syst Rev 2010;1:CD006794. doi: 10.1002/14651858.CD006794.pub2 [Consultado el 10.1.2010] [[Links](#)].
17. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC, Melo ES, Paiva CP, Vieira D et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor em parturientes. Rev Eletr Enf 2008; 10(3):600-609. [[Links](#)]
18. Silva FMB, Oliveira SMJV, Nobre MRC. A randomized controlled trial evaluating the effect of emersion bath on labour pain. Midwifery 2009; 25(3):286-294. [[Links](#)]

19. Cluett ER, Burns EE. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;1:CD000111. doi: 10.1002/14651858.CD000111.pub3 [Consultado el 10.1.2010] [[Links](#)].
20. Mamede FV, Mamede MV, Dotto LMG. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2007; 11(2):331-336. [[Links](#)]
21. Zwelling E, Johnson K, Allen J. How to implement complementary therapies for laboring women. *Am J Matern Child Nurs* 2006;31(6):364-370. [[Links](#)]
22. Lopes TC, Macieira LM, Coelho S. O uso da bola do nascimento na promoção da posição vertical em primíparas durante o trabalho de parto. *Rev Min Enf* 2003;7(2):134-139. [[Links](#)]
23. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during the first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;1:CD00393. doi: 10.1002/14651858.CD00393.pub2 [Consultado el 10.1.2010] [[Links](#)].
24. Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005; 19(1):103-115. [[Links](#)]
25. Smith Caroline A, Collins Carmel T, Cyna Allan M, Crowther Caroline A. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;1:CD003521. doi: 10.1002/14651858.CD003521.pub2 [Consultado el 10.1.2010] [[Links](#)].
26. Chang MY, Wang SY, Chen CH. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *J Adv Nursing* 2002; 38(1):68-73. [[Links](#)]

 **Dirección para correspondencia:**

Flora Maria Barbosa da Silva.
Departamento de Materno-Infantil y Enfermería Psiquiátrica.
Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo.
Rua Eneas de Carvalho Aguiar 419,
05422-90 Cerqueira César (São Paulo) Brazil
floramaria@usp.br

Manuscrito recibido el 18.8.2010
Manuscrito aceptado el 14.10.2010

© 2014 Fundación Index

**Apartado de correos: nº 734
18080 Granada
España
Telf./Fax: (34)958 293 304**

secretaria@ciberindex.com