

# CONTINUIDADE DE COIDADOS DA MATRONA: PARTO E POSTPARTO

M<sup>a</sup> Carmen Grandío Ferreiro

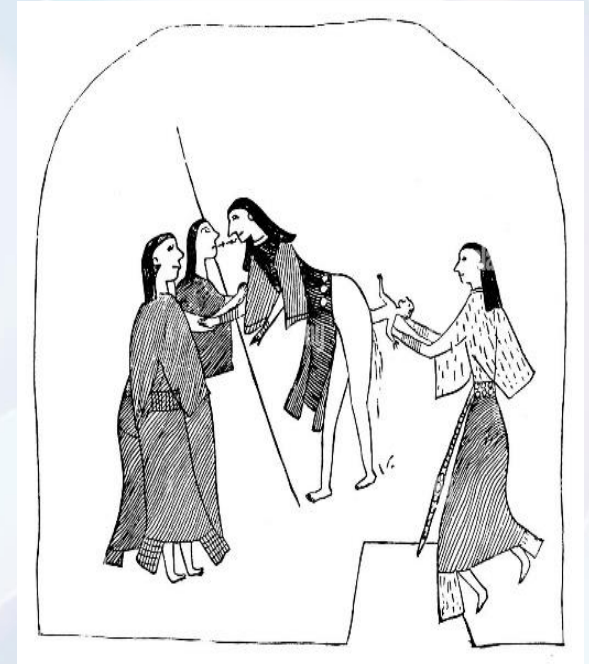
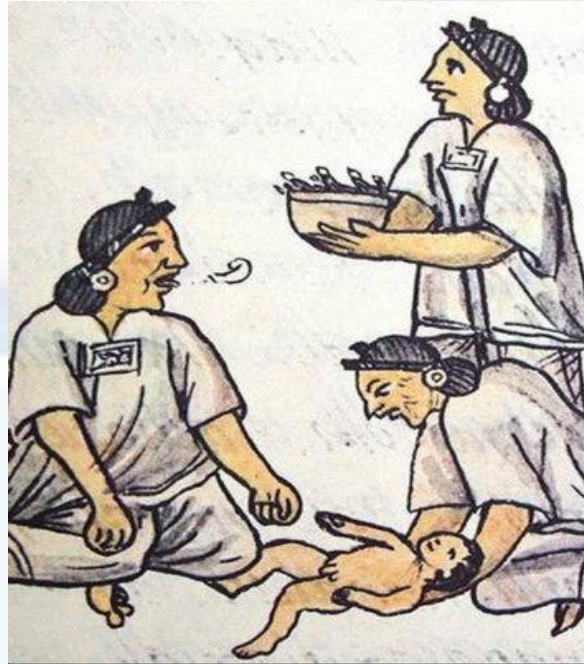
# OBXECTIVO 1: QUÉ FAGO I QUÉ EVIDENCIA ME RESPALDA?

## OBXECTIVO 2: COIDADOS AP-HOSPITAL-AP

- Os coidados realizados por matronas teñen unha orixe **ANCESTRAL**.
- Na ESENCIA están a tradición de **muller a muller: EMPATÍA-SENSIBILIDADE**.
- Cada persoa ten un sabio coñecemento de sí mesma.  
A matrona pon esto en valor e trata á muller con **RESPETO**.
- A formación e habilidades que desenvolvemos como matronas-parteiras é o que a **EVIDENCIA** confirma como **OS MELLORES COIDADOS** que se poden ofrecer ás **MULLERES SANS/ E NON TAN SANS...**



# “ Volta á raíz e atoparás o significado” J. Sengcan“



- <https://jineoloji.org/es/bruja-parteras-y-enfermeras-una-historia-de-sanadoras/>

# A MATRONA NA HISTORIA

- **Parteiras.**
  - **Matronas.**
  - **Comadronas**, a co-madre, a compañeira da mai.
  - **Midwife**; a que acompaña a outra muller, a unha esposa.
  - **Llevadora** acompaña/axuda á muller a vivir, a levar un determinado momento da súa vida.
  - **Sage-femme** última o de muller sabia.
- 



# REFERENTES

CD2017\_001 SPA



## Documento básico Definición de Partería

La partería es la profesión que ejercen las matronas<sup>1</sup>; solo las matronas practican la partería. Cuenta con un corpus de conocimientos exclusivo y un conjunto de técnicas y actitudes profesionales extraídas de disciplinas compartidas con otras profesiones sanitarias, como la ciencia y la sociología, pero practicadas por las matronas dentro de un marco profesional de autonomía, asociación, ética y responsabilidad que le es propio.

La partería es un planteamiento de atención a las mujeres y sus recién nacidos en el que las matronas:

- optimizan los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales del parto y la primera etapa de la vida del recién nacido;
- trabajan en colaboración con las mujeres, respetando las circunstancias y opiniones individuales de cada una de ellas;
- favorecen la capacidad personal de las mujeres para cuidar de sí mismas y de sus familias;
- colaboran con matronas y otros profesionales sanitarios según sea necesario para proporcionar un cuidado holístico que satisfaga las necesidades individuales de cada mujer.

Los cuidados de partería son prestados por una matrona autónoma. Las competencias de partería (conocimientos, técnicas y actitudes) son propias de las matronas y son practicadas por profesionales que han seguido un programa de formación previo al servicio/al registro que cumple las normas globales de la ICM sobre la formación en partería.

En algunos países en los que el título de «matrona» aún no está protegido, puede haber otros profesionales sanitarios (médicos y personal de enfermería) involucrados en la prestación de cuidados de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal a mujeres y recién nacidos. Como estos profesionales no son matronas, no poseen las competencias de una matrona y no pueden facilitar conocimientos de partería, sino aspectos de la atención materna y neonatal.

**Adoptada en la reunión del Consejo de Toronto, 2017**  
Se revisará en 2023

<sup>1</sup> Según la Definición Internacional de Matrona de la ICM <https://internationalmidwives.org/es/nuestro-trabajo/politica-y-practica/definiciones-de-la-icm.html>



# En el corazón de la cobertura sanitaria universal



Proporcionan cuidados y servicios seguros, eficientes y de calidad



Enseñan a la población a manejar su propia salud



La matrona proporciona el 87% de los cuidados esenciales que una mujer y el recién nacido necesitan



Aseguran la igualdad de acceso y la continuidad del cuidado



Gestionan las enfermedades crónicas y los cuidados a largo plazo



Promueven la salud en todas las etapas de la vida

**La enfermería y las matronas** son los profesionales sanitarios más cercanos a la comunidad y desempeñan **funciones clave** en todos los aspectos de la **atención sanitaria** y en los retos de la **salud pública**.

# AS NOSAS COMPETENCIAS

Enfermera especialista en  
Obstetricia y Ginecología  
(2 años de especialidad)



A todas las mujeres,  
desde su adolescencia  
hasta el climaterio



¿Qué  
soy?

¿A quién  
atiendo?

**MATRONA**

¿Dónde  
estoy?

¿Qué  
hago?



- En hospitales
- Centros de Atención a la Mujer
- Asistencia privada

- Asesoramiento preconcepcional
- Seguimiento de embarazo
- Asistencia parto y posparto
- Lactancia materna
- Educación sexual
- Información sobre anticonceptivos
- Prevención ETS
- Valoración suelo pélvico

# O NACEMENTO: OUTRA DIMENSIÓN

- O nacemento é un **cambio de nivel, se move unha enerxía especial.**
- É unha intersección, algo que atravesa o noso tempo cotián.
- Trátase **doutra linguaxe.**
- Hai que deixar de velo **SÓ como un problema** sanitario, biolóxico, fisiolóxico.





# HAI TEMPO ENTENDÍN QUE... O NACEMENTO É...

- Un feito absolutamente **IRREPETIBLE**, cada instante é novo, cada nacemento é distinto.
- Querelo abordar **só** **cuantitativamente** é un **gran erro**.
- Si **só** buscamos **feitos reproducibles**, estamos lonxe da esencia mesma deste proceso e do seu **entendemento**.



# SEGURIDADE E AUTONOMÍA

- Nadine Edwards. **Safety in birth**: the contextual conundrums faced by women **in a risk society**, driven by neoliberal policies. MIDIRS. 2008 ; 18 (4).

AUTONOMÍA DE PARTO

Nadine Edwards

## Sobre Nadine Edwards

Nadine Edwards reúne su enfoque riguroso de la investigación, su amplia experiencia de trabajo con mujeres embarazadas y su creencia en los beneficios de la partería de asignación de casos, con su pasión por ayudar a las mujeres y sus parejas a enfrentar los desafíos del embarazo, el parto y la crianza de los hijos. Completó un doctorado en la Universidad de Sheffield, Reino Unido, en 2001, que formó la base de su influyente libro, *Birthing freedom: women's experience of planning home partos*, que recibió elogios de la crítica y ha sido recomendado como lectura en cursos de formación de partería en el Reino Unido e Irlanda. También es autora y coautora de varios otros libros y artículos, algunos de los cuales se enumeran a continuación.

# ENFOQUE NO RISCO: SEGURIDADE E AUTONOMÍA ??



# NADINE EDWARDS: SEGURIDADE E AUTONOMÍA

- Década de 1970 descubriu que para as **mulleres embarazadas**, algunhas **decisións eran mais aceptables que outras.**

- Premio Elsie Inglis por **Heroínas Ocultas**, o seu traballo con mulleres embarazadas e as suas familias.

WOMEN'S EXPERIENCES OF PLANNING HOME BIRTHS  
IN SCOTLAND

BIRTHING AUTONOMY

NADINE PILLEY EDWARDS

A thesis presented in fulfillment of the requirements for the degree of  
Doctor of Philosophy

WOMEN'S INFORMED CHILDBEARING & HEALTH RESEARCH GROUP  
SCHOOL OF NURSING AND MIDWIFERY

UNIVERSITY OF SHEFFIELD  
U.K.

DECEMBER 2001

# NADINE EDWARDS: BIRTHING AUTONOMY

Traballo cualitativo: **Exploración profunda das experiencias** grupo de 30 mulleres que **planificaron partos** no seu fogar.

Obxectivo:

- brindar un relato útil **para as mulleres** do estudio
- para planificar partos no futuro
- para os médicos, xerentes e **formuladores de políticas involucrados** nos servicios de **maternidade.**

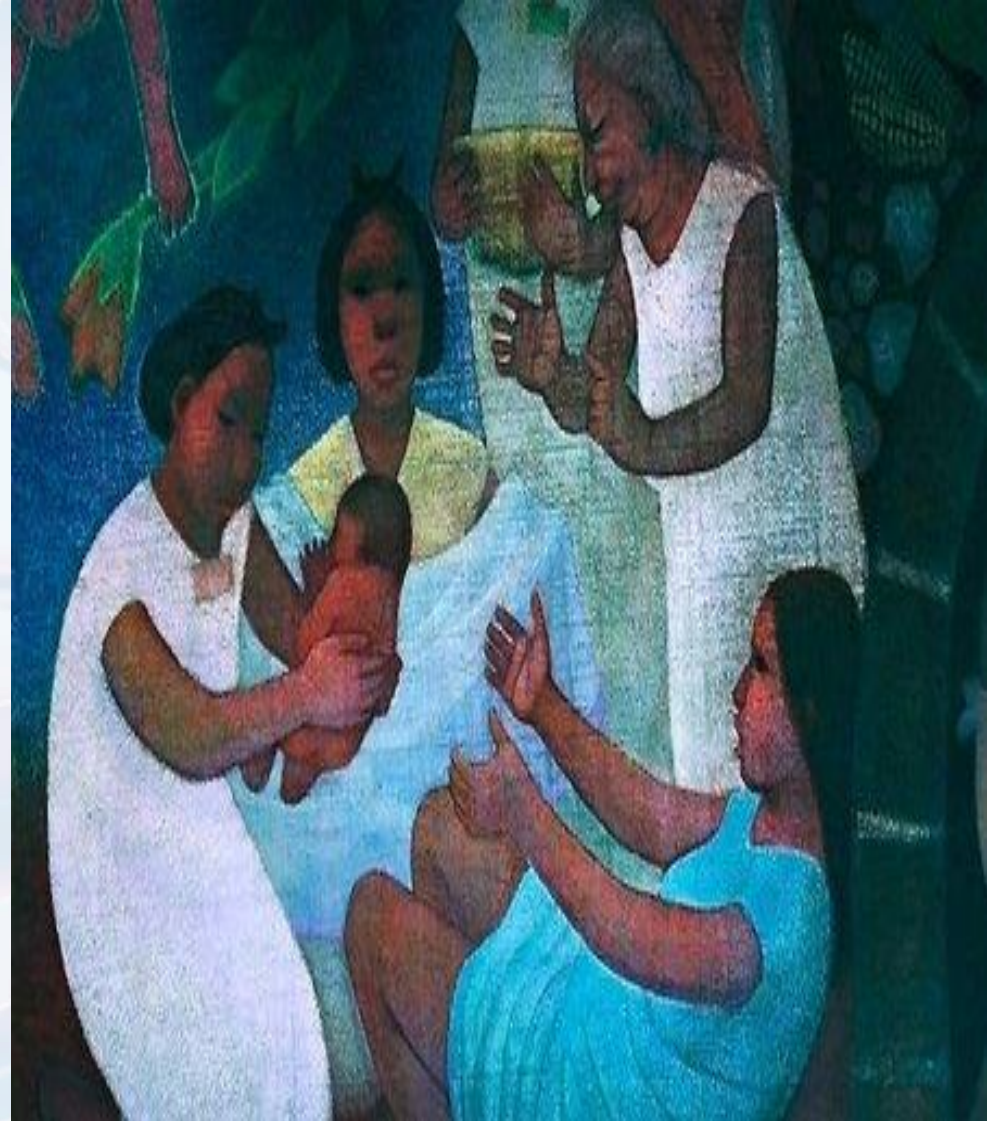
O proxecto desvelou conflitos e silencios, búsquedas, escoitas e por riba de todo, **visibilización de "outras" voces.**

Planteou cuestións de **poder, control, autonomía e resistencia.**



# BIRTHING AUTONOMY: PRINCIPALES ACHADOS

- Os servicios de partería comunitaria del Servicio Nacional de Salud se basaban nun **modelo tecnocrático** de parto.
- **Imposición dunha filosofía** e unha estrutura onde **mulleres e parteiras non podían** desenvolver ideoloxías alternativas basadas nos **seus propios coñecementos**.
- Os **EXPERTOS**, os que saben, os que teñen a verdade.
- Impede que as **mulleres e as parteiras formaran relacións de confianza e apoio: filosofías holísticas del parto**.



# BIRTHING AUTONOMY: CONCLUSIÓN

- **O nacemento** (parto e post-parto) require ser **socializado** e non intervido.
- Que se poda desenvolver e usar a **tecnoloxía e as prácticas médicas** para **apoiar ás mulleres e os bebés**.
- Que o campo de **coñecementos de partería** estén no mesmo rango, no **mesmo nivel de importancia** que o anterior.
- Non **tecnocratizar o parto**.
- Mobilizar a nosa sociedade cara a **mellor forma de nacemento que pode esperar un ser humano**.



AUTONOMÍA DA MATRONA=

AUTONOMÍA DE MULLER

# A TRADICIÓN PLASMADA EN DOCUMENTOS



## 16 Recomendaciones para la Apropiaada Tecnología del Nacimiento

*Cada mujer tiene el **derecho fundamental** de recibir una atención prenatal apropiada, y tiene un rol central en todos los aspectos de esta atención.*

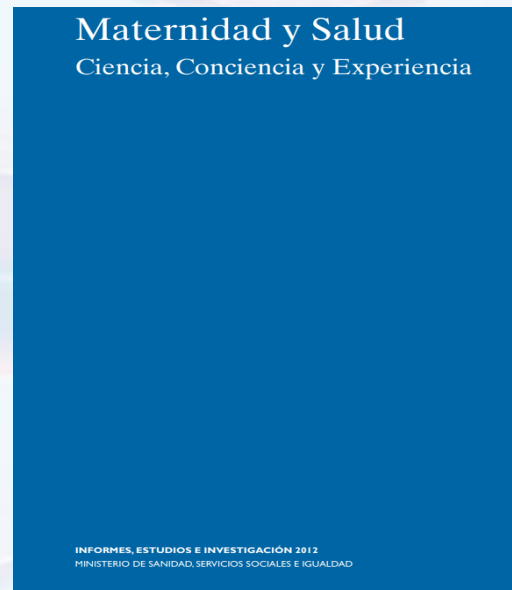
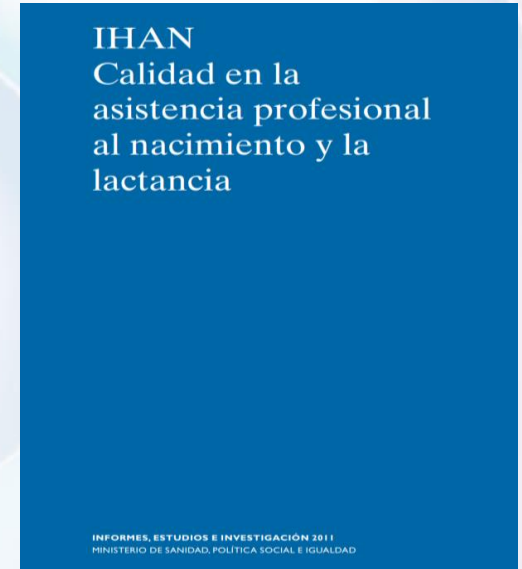
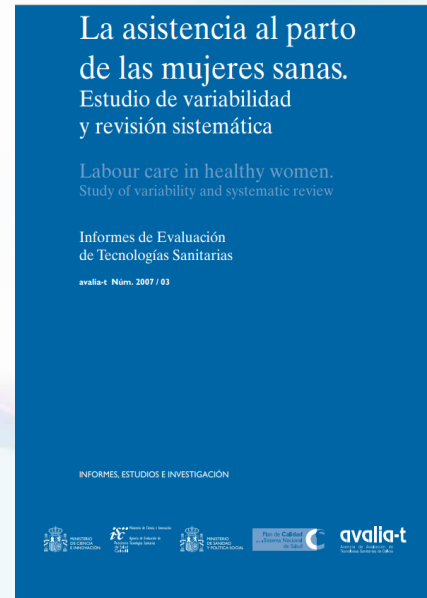
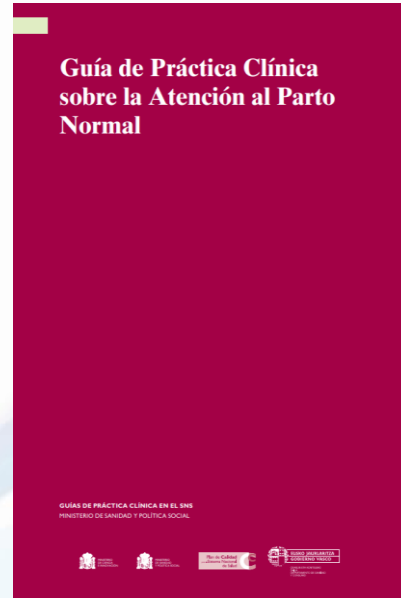
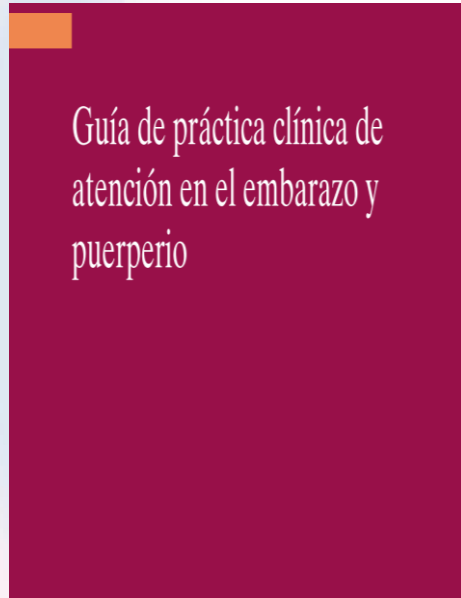
**Declaración de Fortaleza, 1985**

## CUIDADOS EN EL PARTO NORMAL: UNA GUÍA PRÁCTICA

Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo  
**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**  
Ginebra. 1996  
Departamento de Investigación y Salud Reproductiva



# DOCUMENTOS REFERENTES



# INTERNACIONAIS

Recomendaciones de la OMS  
**Cuidados durante el parto para una  
experiencia de parto positiva**



## Intrapartum care for healthy women and babies

Clinical guideline

Published: 3 December 2014

[www.nice.org.uk/guidance/cg190](http://www.nice.org.uk/guidance/cg190)

# ASOCIACIONES CIENTÍFICAS

## Atención al Parto Normal

Guía dirigida a mujeres embarazadas,  
a futuros padres, así como a sus  
acompañantes y familiares



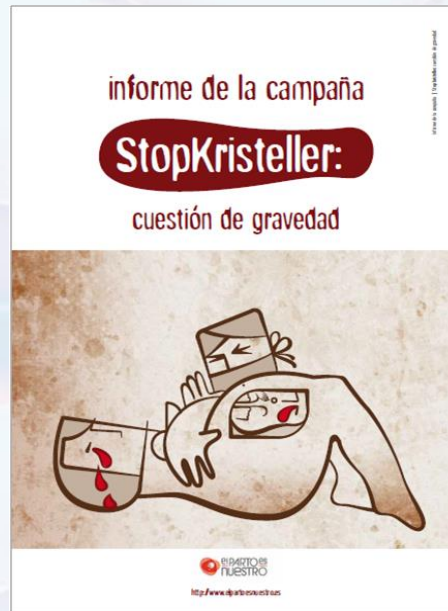
# ASOCIACIÓN GALEGA DE MATRONAS



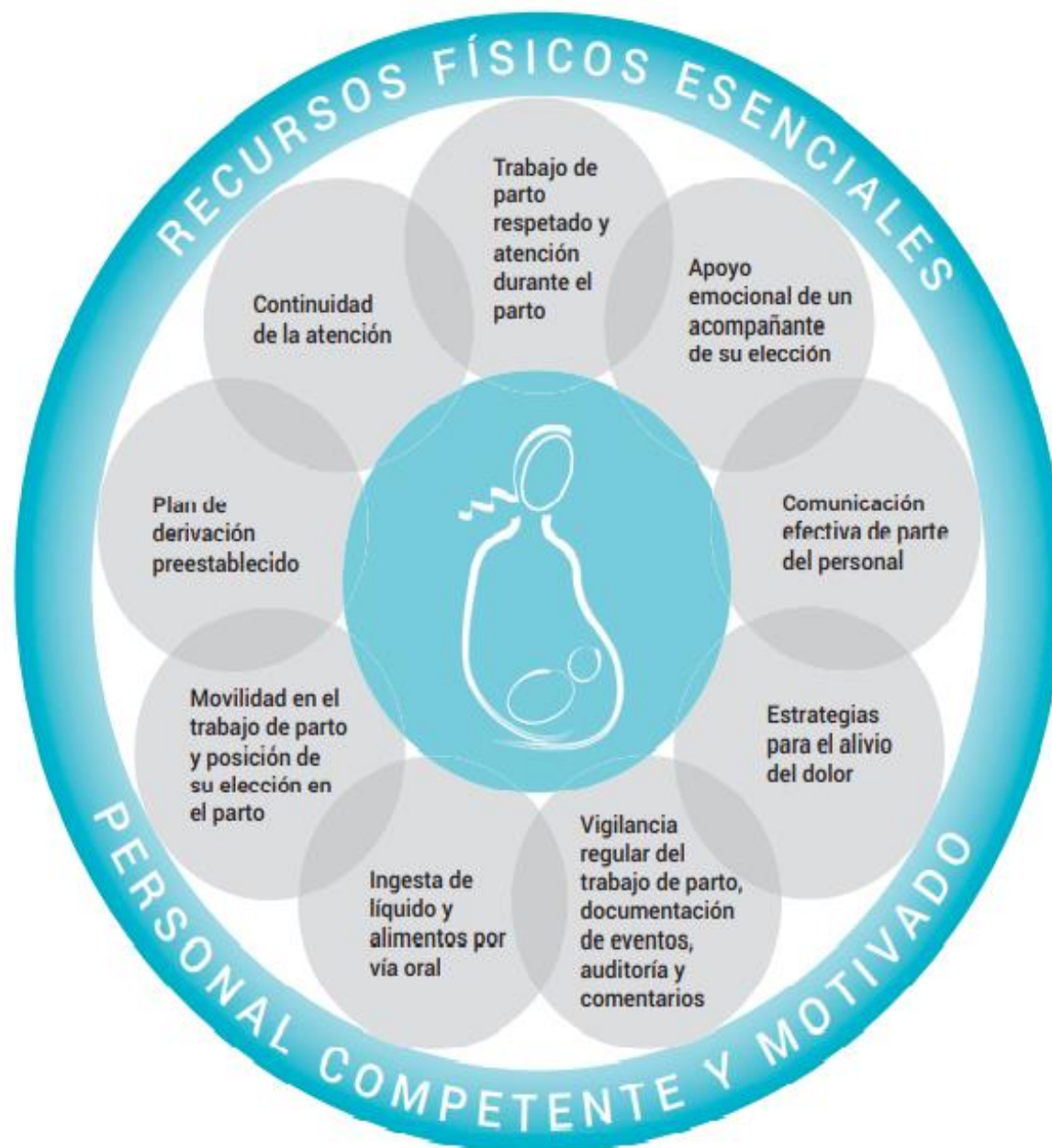
# MULLERES E MOVEMENTOS SOCIAIS



## el PARTO es nUESTRO



**Figura 1. Representación esquemática del modelo de cuidados durante el parto de la OMS**



# ANO 2008: NECESIDADE DE ACTUALIZACIÓN

# 04

Guías Técnicas do Plan de  
Atención Integral á Saúde da Muller

**GUÍA TÉCNICA  
DO PROCESO  
DE ATENCIÓN AO  
PARTO NORMAL**

# 05

Guías Técnicas do Plan de  
Atención Integral á Saúde da Muller

**GUÍA TÉCNICA  
DO PROCESO  
DE EDUCACIÓN  
MATERNAL  
PRENATAL  
E POSNATAL**

Versión 1. Xuño 2008

XUNTA DE GALICIA

# OBXECTIVOS DA GUÍAS

Participación máis activa da muller e parella.

Diminuír a variabilidade na prestación-mellorar a súa calidade.

Incrementar o nivel de satisfacción da muller coa atención.

Cumprir cos estándares recomendados pola OMS e a ciencia baseada na evidencia.

- Fomentar a lactación materna e brindar axuda seguindo as recomendacións da OMS e de UNICEF.



# ELLA CAINE: GARDIÁS DO PARTO

Matrona en paritorio, clases na universidade, acaba de terminar o seu doctorado, editora de diferentes revistas de matronas, traballa como auditora en casos de negligencias e PMA (*Professional Midwifery Advocates: matronas especialistas encargadas de apoiar ás matronas en situacións de estrés*).

**Doctora en 2021:** estudo de caso múltiple que utiliza **2 unidades dirixidas por matronas** como sitios de investigación.

**Observando** a atención dirixida por parteiras, entrevistando a parteiras e análise de documentos relevantes.



# GARDIÁS DA SAÚDE DA MULLER



# SALNÉS: VÍA CLÍNICA-DOCUMENTO DO CONSENSO



# DIAGNÓSTICO DE TRABALLO DE PARTO

Cál é **gran obxectivo** cando unha muller chega ao meu centro con un posible diagnóstico de parto?

- Caso RPM/sospeita
- Caso pródromos de parto/parto.
- Mais urxencias

**GARDIÁS DO PARTO NORMAL.**



# DIAGNÓSTICO DE TRABALLO DE PARTO

- A acollida amable.
- Cómo se sinte?
- Coñecer dela e da sua historia:  
Plan de nacemento-  
expectativas de cara ao parto.
- Hª clínica
- Xestión de alta/ingreso



*AS OLAS QUE ACUNAN*

# COIDADOS NA PRIMEIRA FASE DO PARTO:

Intimidade.

Ambiente cálido

De confiança (nos e os seus próprios recursos)

Muller se sinta segura

- Acompanhamento.
- One to one, auscultación intermitente, inxesta, postura.
- Partograma.



# A DOR: ALIVIO

Apoio emocional,  
acompañada pola persoa da  
súa confianza.

Métodos non  
farmacolóxicos

Métodos farmacolóxicos



## COIDADOS NA SEGUNDA FASE DO PARTO:

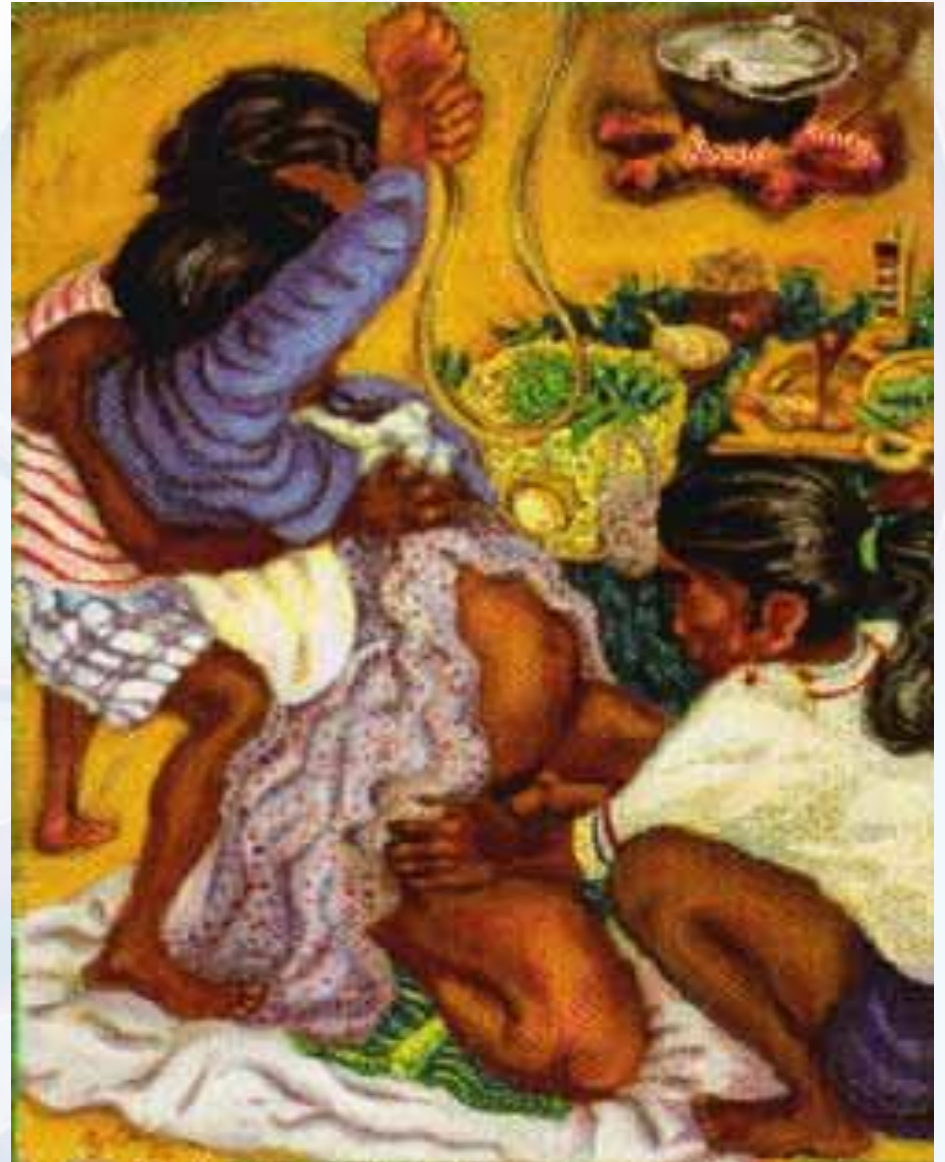
Respetar a transición.

O puxo espontáneo.

A postura mais cómoda:  
verticalidade.

UTPRs

Uso restrinxido da  
episiotomía.





# COIDADOS NA SEGUNDA FASE DO PARTO.

Cuidados imediatos ao recentemente nado: CPP

Ininterrumpido: as 2 primeiras horas de vida- primeira toma.

Corte do cordón umbilical tardío.

Axuda na primeira toma.



# COIDADOS NA TERCEIRA FASE DO PARTO

O parto non rematou:  
intimidade.

Informar a usuaria: tipos de  
expulsión da placenta (plan de  
parto-consulta plan de parto)

Expulsión da placenta  
espontánea: proceso  
fisiolóxico.

Manexo activo: administración  
de oxitocina



# COIDADOS NO PUERPERIO INMEDIATO

Acompañamento da nova diada-familia.

Valorar o ton e a altura uterina, e perdas hemáticas.

Valorar as constantes vitais.

Micción

Si epidural-retirada de catéter

Deambulación

Inxesta-alimentación



## **COIDADOS NO PUERPERIO INMEDIATO**

Pospoñer a pesada do RN a CPP e 1ª toma.

Cueiro e gorros non son prioritarios.

Axuda na primeira toma-afianzamento espontáneo. Eficacia.

Rexistros: folla de observación 1ª toma.

Actuacións profilácticas consensuadas coa muller-familia. Plan de parto.

Tras CPP ou 1ª toma.

# COIDADOS NO PUERPERIO EN PLANTA

- Cuidados proporcionados por matronas, referentes a nivel internacional UK, Holanda, Suecia, en España algúns hospitais (Cataluña, Baleares).



- Salnés, Cee realizamos apoio en planta, reforzo, hospital IHAN e as mulleres son coñecedoras (habitualmente en LM con dificultades).

# COIDADOS DO PUERPERIO NA PLANTA

O mundo da muller-nai

O mundo do Recén Nado

O mundo da lactancia materna.



# VISITA PUERPERAL DO 3º - 4º DÍA POSPARTO

Acoller á usuaria e ao recentemente nado e á familia.

Anamnese do parto e puerperio hospitalario.

Datos relativos ao parto.

Datos sobre a evolución do puerperio hospitalario.

Datos do nacemento e evolución do RN.



# VISITA PUERPERAL DO 3º - 4º DÍA POSPARTO

Estado xeral da muller, importancia saúde emocional.

Estado socio-sanitario.

Cambios e manifestacións relacionadas co puerperio.

Sinais de alerta.

Monitorización da lactancia materna.

Seguemento de autocoidados e coidados do RN.

Prescripcións

Educación post-natal.





## **VISITA PUERPERAL DO 3º - 4º DÍA POSPARTO**

Valorar o neonato na visita de puerperio.

Aspecto xeral, alimentación, micción, deposicións, comportamento...

Tipo de alimentación, efectiva e realizada correctamente.

Sinais de alarma.

# VISITA PUERPERAL DO 15º DÍA POSPARTO- 1 MES

Continúan/aparecen dificultades?

Reforzar

Valorar evolución normal deste proceso: estado emocional, estado xeral, loquios, solo pélvico.

Cesárea-cicatriz...

Evolución da lactancia.

Información sexualidade global: esixencias sociais-anticoncepción-cuarentena-cribados cancro cérvix.

# QUÉ DI A EVIDENCIA CIENTÍFICA DOS NÓSOS COIDADADOS?

TODO ESFORZO

DA O SEU

FROITO



# CONTEXTO ACTUAL: Internacional/Nacional

## INTERNACIONAL:

- Informes de ONU e Consello de Europa sobre violencia obstétrica (VO)
- Nova evidencia internacional e Action Plan for Sexual & Reproductive Health 2030. OMS. Región EU.

## NACIONAL:

- Centros de Nacemento... **unha pica en Flandes...**
- Nova Estratexia en saúde sexual e reprodutiva
- **Inicio no cambio de paradigma** do biomédico a SALUTOXÉNESE (manter as condicións que favorecen a saúde).

## Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review)

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D.  
Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women.  
*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667.  
DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.

[www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)

[Intervention Review]

## Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women

Jane Sandall<sup>1</sup>, Hora Soltani<sup>2</sup>, Simon Gates<sup>3</sup>, Andrew Shennan<sup>4</sup>, Declan Devane<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Division of Women's Health, King's College, London, Women's Health Academic Centre, King's Health Partners, London, UK. <sup>2</sup>Centre for Health and Social Care Research, Sheffield Hallam University, Sheffield, UK. <sup>3</sup>Warwick Clinical Trials Unit, Division of Health Sciences, Warwick Medical School, The University of Warwick, Coventry, UK. <sup>4</sup>Women's Health Academic Centre, King's College London, London, UK. <sup>5</sup>School of Nursing and Midwifery, National University of Ireland Galway, Galway, Ireland

Contact address: Jane Sandall, Division of Women's Health, King's College, London, Women's Health Academic Centre, King's Health Partners, 10th Floor, North Wing, St. Thomas' Hospital, Westminster Bridge Road, London, SE1 7EH, UK. [jane.sandall@kcl.ac.uk](mailto:jane.sandall@kcl.ac.uk)

**Editorial group:** Cochrane Pregnancy and Childbirth Group.

**Publication status and date:** New search for studies and content updated (no change to conclusions), published in Issue 4, 2016.

**Review content assessed as up-to-date:** 25 January 2016.

**Citation:** Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.

Copyright © 2016 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

### ABSTRACT

#### Background

Midwives are primary providers of care for childbearing women around the world. However, there is a lack of synthesised information to establish whether there are differences in morbidity and mortality, effectiveness and psychosocial outcomes between midwife-led continuity models and other models of care.

#### Objectives

To compare midwife-led continuity models of care with other models of care for childbearing women and their infants.

#### Search methods

We searched the Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (25 January 2016) and reference lists of retrieved studies.

#### Selection criteria

All published and unpublished trials in which pregnant women are randomly allocated to midwife-led continuity models of care or other models of care during pregnancy and birth.

#### Data collection and analysis

Two review authors independently assessed trials for inclusion and risk of bias, extracted data and checked them for accuracy. The quality of the evidence was assessed using the GRADE approach.

#### Main results

We included 15 trials involving 17,674 women. We assessed the quality of the trial evidence for all primary outcomes (i.e. regional analgesia (epidural/spinal), caesarean birth, instrumental vaginal birth (forceps/vacuum), spontaneous vaginal birth, intact perineum, preterm birth (less than 37 weeks) and all fetal loss before and after 24 weeks plus neonatal death using the GRADE methodology: all primary outcomes were graded as of high quality.

For the primary outcomes, women who had midwife-led continuity models of care were less likely to experience regional analgesia (average risk ratio (RR) 0.85, 95% confidence interval (CI) 0.78 to 0.92; participants = 17,674; studies = 14; *high quality*), instrumental vaginal birth (average RR 0.90, 95% CI 0.83 to 0.97; participants = 17,501; studies = 13; *high quality*), preterm birth less than 37 weeks (average RR 0.76, 95% CI 0.64 to 0.91; participants = 13,238; studies = eight; *high quality*) and less all fetal loss before and after 24 weeks plus neonatal death (average RR 0.84, 95% CI 0.71 to 0.99; participants = 17,561; studies = 13; *high quality evidence*). Women who had midwife-led continuity models of care were more likely to experience spontaneous vaginal birth (average RR 1.05, 95% CI 1.03 to 1.07; participants = 16,687; studies = 12; *high quality*). There were no differences between groups for caesarean births or intact perineum.

For the secondary outcomes, women who had midwife-led continuity models of care were less likely to experience amniotomy (average RR 0.80, 95% CI 0.66 to 0.98; participants = 3253; studies = four), episiotomy (average RR 0.84, 95% CI 0.77 to 0.92; participants = 17,674; studies = 14) and fetal loss less than 24 weeks and neonatal death (average RR 0.81, 95% CI 0.67 to 0.98; participants = 15,645; studies = 11). Women who had midwife-led continuity models of care were more likely to experience no intrapartum analgesia/ anaesthesia (average RR 1.21, 95% CI 1.06 to 1.37; participants = 10,499; studies = seven), have a longer mean length of labour (hours) (mean difference (MD) 0.50, 95% CI 0.27 to 0.74; participants = 3328; studies = three) and more likely to be attended at birth by a known midwife (average RR 7.04, 95% CI 4.48 to 11.08; participants = 6917; studies = seven). There were no differences between groups for fetal loss equal to/after 24 weeks and neonatal death, induction of labour, antenatal hospitalisation, antepartum haemorrhage, augmentation/artificial oxytocin during labour, opiate analgesia, perineal laceration requiring suturing, postpartum haemorrhage, breastfeeding initiation, low birthweight infant, five-minute Apgar score less than or equal to seven, neonatal convulsions, admission of infant to special care or neonatal intensive care unit(s) or in mean length of neonatal hospital stay (days).

Due to a lack of consistency in measuring women's satisfaction and assessing the cost of various maternity models, these outcomes were reported narratively. The majority of included studies reported a higher rate of maternal satisfaction in midwife-led continuity models of care. Similarly, there was a trend towards a cost-saving effect for midwife-led continuity care compared to other care models.

#### Authors' conclusions

This review suggests that women who received midwife-led continuity models of care were less likely to experience intervention and more likely to be satisfied with their care with at least comparable adverse outcomes for women or their infants than women who received other models of care.

Further research is needed to explore findings of fewer preterm births and fewer fetal deaths less than 24 weeks, and all fetal loss/neonatal death associated with midwife-led continuity models of care.

## PLAIN LANGUAGE SUMMARY

### Midwife-led continuity models of care compared with other models of care for women during pregnancy, birth and early parenting

#### What is the issue?

There are several ways to look after the health and well-being of women and babies during pregnancy, birth and afterwards - these ways are called 'models of care'. Sometimes, an obstetrician or another doctor is the lead healthcare professional and at other times it is a midwife. Sometimes, the responsibility is shared between obstetricians and midwives. One of the models is called 'the midwife-led continuity model'. This is where the midwife is the lead professional starting from the initial booking appointment, up to and including the early days of parenting. We wanted to find out if women and babies do better with this midwife-led continuity model, compared with other models.

#### Why is this important?

Midwife-led continuity models provide care from the same midwife or team of midwives during the pregnancy, birth and the early parenting period, and many women value this. These midwives also involve other care-providers if they are needed. Obstetrician-led or family doctor-led models are not usually able to provide the same midwife/wives throughout. We need to know if the midwife-led continuity model is safe, and if it brings benefits to mothers and babies.

#### What evidence did we find?

We identified 15 studies involving 17,674 mothers and babies (search date 25 January 2016). We included women at low risk of complications as well as women at increased risk, but not currently experiencing problems. All the trials involved professionally-qualified midwives and no trial included models of care that offered home birth. We used reliable methods to assess the quality of the evidence and looked at seven key outcomes: preterm birth (birth before 37 weeks of pregnancy); the risk of losing the baby in pregnancy or in the first month after birth; spontaneous vaginal birth (when labour was not induced and birth not assisted by forceps); caesarean birth; instrumental vaginal birth (births using forceps or ventouse); whether the perineum remained intact, and use of regional analgesia (such as epidural).

The main benefits were that women who received midwife-led continuity of care were less likely to have an epidural. In addition, fewer women had episiotomies or instrumental births. Women's chances of a spontaneous vaginal birth were also increased and there was no difference in the number of caesarean births. Women were less likely to experience preterm birth, and they were also at a lower risk of losing their babies. In addition, women were more likely to be cared for in labour by midwives they already knew. The review identified no adverse effects compared with other models.

The trials contributed enough high quality evidence for each key outcome to give us reliable results for each one. We can be reasonably confident that future trials would find similar results for these outcomes.

#### What does this mean?

Most women should be offered 'midwife-led continuity of care'. It provides benefits for women and babies and we have identified no adverse effects. However, we cannot assume the same applies to women with existing serious pregnancy or health complications, because these women were not included in the evidence assessed.

quality of the evidence was assessed using the GRADE approach.

### **Main results**

We included 15 trials involving 17,674 women. We assessed the quality of the trial evidence for all primary outcomes (i.e. regional analgesia (epidural/spinal), caesarean birth, instrumental vaginal birth (forceps/vacuum), spontaneous vaginal birth, intact perineum, preterm birth (less than 37 weeks) and all fetal loss before and after 24 weeks plus neonatal death using the GRADE methodology: all primary outcomes were graded as of high quality.

---

**Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review)**  
Copyright © 2016 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

1

admission of infant to special care or neonatal intensive care unit(s) or in mean length of neonatal hospital stay (days).

Due to a lack of consistency in measuring women's satisfaction and assessing the cost of various maternity models, these outcomes were reported narratively. The majority of included studies reported a higher rate of maternal satisfaction in midwife-led continuity models of care. Similarly, there was a trend towards a cost-saving effect for midwife-led continuity care compared to other care models.

### **Authors' conclusions**

This review suggests that women who received midwife-led continuity models of care were less likely to experience intervention and more likely to be satisfied with their care with at least comparable adverse outcomes for women or their infants than women who received other models of care.

Further research is needed to explore findings of fewer preterm births and fewer fetal deaths less than 24 weeks, and all fetal loss/neonatal death associated with midwife-led continuity models of care.

The main benefits were that women who received midwife-led continuity of care were less likely to have an epidural. In addition, fewer women had episiotomies or instrumental births. Women's chances of a spontaneous vaginal birth were also increased and there was no difference in the number of caesarean births. Women were less likely to experience preterm birth, and they were also at a lower risk of losing their babies. In addition, women were more likely to be cared for in labour by midwives they already knew. The review identified no adverse effects compared with other models.

The trials contributed enough high quality evidence for each key outcome to give us reliable results for each one. We can be reasonably confident that future trials would find similar results for these outcomes.

- Estudio prospectivo, multicéntrico e transversal promovido por COST Action IS1405.
- No inicio en oito hospitais públicos de España e Irlanda entre 2016 e 2019.
- Se realizou en varias fases incorporando centros do estado e tamén doutsros países de Europa.
- 43 hospitais en total (30 hospitais en Cataluña, ademáis de Castilla León, Comunidade Valenciana e Galicia)
- Examina:
  - relaciones entre transferencia de atención intraparto (TOC) de partera a atención de maternidade dirixida por un obstetra
  - tamaño da unidade obstétrica (OUS) con diferentes **grados de autonomía de la partería-matrona.**
  - Intervencións intraparto e resultados do parto
- Resultado primario fue TOC.
- Resultados secundarios: tipo de inicio do traballo de parto, estimulación con oxitocina, analxesia epidural, tipo de parto, episiotomía/lesión perineal, hemorraxia posparto, inicio temperá da lactancia materna e o contacto pel con pel temperá.



## Equipo investigadores y coordinador del Midconbirth



Evidencia científica: **Forte relación** entre cómo se proporciona esta **atención e os resultados** de saúde materno-fetal.

En función do modelo e paradigma escollido (**maior/ menor autonomía da matrona**) se detectan:

- maior/**menor** número de **intervencions** obstétricas.
- igual seguridade** da atención.
- maior** grado de **satisfacción** da muller.

Blanquerna Facultat de Ciències de la Salut GHenderS

Evidencia científica y situación actual de las unidades lideradas por matronas

Dos tipologías:

- Unidades **Integradas** Lideradas por Matronas (UILM)
- Unidades **Autónomas** Lideradas por Matronas (UALM)



UALM - Barkantine Birth Centre (Londres, UK)



UILM - Centro de nacimientos FHSJM



UILM - Casa Laietània



UILM - Lewisham Birth Centre (Londres, UK)

# MIDWIFERY AND OBSTETRIC CARE: BIRTH IN SPAIN

Análise mais grande realizado en España.

Se comparan os resultados materno-neonatales.

Mulleres con xestación normal, baixo risco e medio risco que recibiron **coidados por parte de matronas.**

Con mulleres con xestación normal, baixo risco e medio risco que recibiron **coidados unidades obstétricas convencionales.**

**99,8%** das mulleres dan a luz **en unidades obstétricas convencionais.**

**A atención de partería tivo efectos positivos significativos sobre os resultados da saúde materna.**

International Journal of Nursing Studies 126 (2022) 104129

Contents lists available at ScienceDirect

ELSEVIER

International Journal of Nursing Studies

journal homepage: [www.elsevier.com/ijns](http://www.elsevier.com/ijns)





## A comparison between midwifery and obstetric care at birth in Spain: Across-sectional study of perinatal outcomes

Anna Martín-Arribas<sup>a,b,\*</sup>, Ramon Escuriet<sup>b,c</sup>, Alicia Borràs-Santos<sup>d</sup>, Rafael Vila-Candel<sup>e,f,g</sup>, Cristina González-Blázquez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Faculty of Medicine, Nursing Department, Universidad Autónoma de Madrid, Calle Arzobispo Morcillo 4, 28029 Madrid, Spain  
<sup>b</sup> Ghenders research group, School of Health Sciences Blanquerna, Universitat Ramon Lull, Carrer Padilla 326, 08025 Barcelona, Spain  
<sup>c</sup> Catalan Health Service, Government of Barcelona, Traversera de les Corts 131, 08028 Barcelona, Spain  
<sup>d</sup> Gimbernat School of Nursing, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Sant Cugat del Vallès, Spain  
<sup>e</sup> La Ribera Hospital Health Department, Carretera Corbera km 1, 46600 Alzira, Valencia, Spain  
<sup>f</sup> Faculty of Nursing and Podiatry, Universitat de València, Jaume Roig, s/n, 46101 Valencia, Spain  
<sup>g</sup> Foundation for the Promotion of Health and Biomedical Research in the Valencian Region (FISABIO), Valencia, Spain

---

**ARTICLE INFO**

*Article history:*  
Received 20 March 2021  
Received in revised form 14 October 2021  
Accepted 29 October 2021

*Keywords:*  
Midwifery care  
Obstetric care  
Low-risk birth  
Perinatal outcomes  
Mode of birth  
Cross-sectional study

**ABSTRACT**

*Background:* The organizational structure of maternity services determines the choice of which professionals provide care during pregnancy, birth, and the postnatal period, and it influences the kind of care they deliver and the level of continuity of care offered. There is considerable evidence that demonstrates a relationship between how care is provided and the maternal and neonatal health outcomes. Registered midwives and obstetricians provide maternity care across Spain. To date, no studies have assessed whether maternity outcomes differ between these two groups.

*Objective:* The aim of this study was to examine the association between the care received (midwifery care versus obstetric care) and the maternal and neonatal outcomes in women with normal, low- and medium-risk pregnancies in Spain from 2016 to 2019.

*Design:* A prospective, multicentre, cross-sectional study was carried out as part of COST Action IS1405 at 44 public hospitals in Spain in the years 2016–2019. The protocol can be accessed through the registry ISRCTN14062994. The sample size of this study was 11,537 women. The primary outcome was mode of birth. The secondary outcomes included augmentation with oxytocin, use of epidural analgesia, women's position at birth, perineal integrity, third stage of labour management, maternal and neonatal admission to intensive care, Apgar score, neonatal resuscitation, and early initiation of breastfeeding. Chi-square tests for categorical variables and independent sample *t*-test for continuous variables to assess differences between the midwifery and obstetric groups were calculated. Odds ratio with intervals of confidence at 95% were calculated for obstetric interventions and perinatal outcomes. A multivariate logistic regression model was applied in order to examine the effect of type of healthcare provider on perinatal outcomes. These models were adjusted for care provider, type of onset of labour, use of anaesthesia, pregnancy risk, maternal age, parity, and gestational age at birth.

*Results:* Midwifery care was associated with lower rates of operative births and severe perineal damage and had no higher adverse outcomes. No statistically significant differences were observed in the use of other obstetric interventions between the two groups.

## Evidencia científica y situación actual de las unidades lideradas por matronas

En comparación con otros **países referentes en la atención a la mujer** donde **las mujeres con embarazos normales pueden escoger** entre dar a luz en su domicilio o en unidades de lideradas por matronas y, en caso de ser necesario, en unidades obstétricas convencionales, la atención a la maternidad en Catalunya todavía está significativamente medicalizada. La mayoría de las mujeres sanas dan a luz en unidades obstétricas altamente tecnológicas (Escuriel et al., 2014; Ministerio de la Salud., 2008).

Las **unidades lideradas por matronas están asociadas con resultados positivos de salud materna** (Birthplace in England Collaborative Group, 2011; Homer et al., 2019).

Las **unidades obstétricas** están asociadas a un excesivo intervencionismo obstétrico y se describen como **posible barrera para la promoción del parto normal y el ejercicio de la autonomía de la matrona** (Clemons et al., 2021; Davis and Homer, 2016; Sandall et al., 2016; Ten Hoope-Bender et al., 2014.; Wong et al., 2017).

Las principales barreras son la **falta de apoyo institucional, con un número insuficiente de comadronas contratadas y, en ocasiones, con una falta de instalaciones bien equipadas; las prácticas existentes jerarquizadas y medicalización del parto; la dificultad de desarrollar las propias competencias profesionales y para implementar la práctica basada en la evidencia**

(Martin-Arribas et al., 2021).

# REFERENTE EN GALICIA



ESCUELA DE DOCTORADO  
INTERNACIONAL DE LA USC



María Dolores  
Martínez Romero

Tesis doctoral

Evolución de la calidad  
asistencial en la atención  
sanitaria al parto y puerperio  
en los hospitales públicos de  
Galicia en el último decenio

Esta tesis constituye el primer estudio realizado en Galicia que analiza la evolución de la atención a las mujeres durante el parto y puerperio, tras diez años de la publicación de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) en el Sistema Nacional de Salud. También es el primero en España, en utilizar la escala Bolonia para evaluar la calidad asistencial de atención al parto.

Se puede decir que, tras la implantación de un nuevo modelo de atención al parto, la calidad de atención intraparto brindada a las mujeres en los hospitales públicos gallegos sigue la mejor evidencia disponible para la atención al parto normal en un grado limitado y que, aunque ha mejorado en algunos aspectos en el último decenio, en otros apenas ha cambiado o incluso ha empeorado, por lo que es necesario continuar implementando la EAPN.

Santiago de Compostela, 2022

# IMPLICACIONES PARA O FUTURO: mirando en positivo.

Se nun **contexto altamente intervido**, 15-18% en UO, non reciben **ningún tipo de intervención** (alto volumen de demanda).

Implementando **outro tipo de modelo... grande marxe de mellora.**

**Seguir incorporando nova evidencia**, EAPN, recomendacións OMS, estudos e revisións na mesma línea.

Documentos actualizados que promovan **a participación das mulleres na toma de decisión.**

# FROM HOME TO HOME

Pode parecer que esto estaba preparado...

O meu convencemento na mesma línea...

O meu desexo e sentir de que esto se cumpla...e que eu poda velo...

Porque a evidencia o respalda.

 XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE  
ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA A CORUÑA

 UNIVERSIDADE DA CORUÑA

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2020-21

TRABALLO FIN DE GRAO

**Análisis de costo-efectividad de la inclusión de  
una casa de partos en el Servicio Gallego de  
Salud**

**Susana Sánchez Pardo**

Director/a: Prof. M<sup>a</sup> Carmen Grandío Ferreiro

Junio 2021

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA A CORUÑA

UNIVERSIDADE DA CORUÑA