

## MEMORIA

### Experiencia Candidata

#### 1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Estrategia de Salud Reproductiva del SNS

#### 2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

Proyecto de Humanización de la atención materno-infantil en el Hospital de Mollet

#### 3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** Cataluña
- **Nombre de la entidad:** Fundación Sanitaria Mollet (FSM)
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** Ronda dels Pinetons, 8, Mollet del Vallès, 08100
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.**
  - Nombre y apellidos: Jaume Duran Navarro
  - E-mail: [direcciogeneral@fsm.cat](mailto:direcciogeneral@fsm.cat)
  - Teléfonos:629389776
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura<sup>1</sup>:**
  - Nombre y apellidos: Pablo Rodríguez Coll
  - E-mail: [pa.rodriguez@fsm.cat](mailto:pa.rodriguez@fsm.cat)
  - Teléfonos:633136676

#### 4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Mireia Vicente Garcia	<a href="mailto:m.vicente@fsm.cat">m.vicente@fsm.cat</a>	629389776	Directora de Enfermería	FSM
Sonia Llorca Peidro	<a href="mailto:s.llerca@fsm.cat">s.llerca@fsm.cat</a>	655595552	matrona	FSM
Eva Adarve Hidalgo	<a href="mailto:e.hidalgo@fsm.cat">e.hidalgo@fsm.cat</a>	678220139	matrona	FSM
Rosa Diaz Gallardo	<a href="mailto:r.diaz@fsm.cat">r.diaz@fsm.cat</a>	607228640	matrona	FSM
Cristina Bosch	<a href="mailto:c.bosch@fsm.cat">c.bosch@fsm.cat</a>	647618832	Ginecóloga	FSM
Gladys Maldonado Aubián	<a href="mailto:g.maldonado@fsm.cat">g.maldonado@fsm.cat</a>	685293533	matrona	FSM
Angels Lopez	<a href="mailto:a.lopez@fsm.cat">a.lopez@fsm.cat</a>		Ginecóloga	FSM
Lora Stoyanova	<a href="mailto:l.stoyanova@fsm.cat">l.stoyanova@fsm.cat</a>	660743524	Enfermera especialista en Enfpediátrica. Consultora IBLC	FSM

<sup>1</sup> Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.

## 5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	Estatal
	Comunidad Autónoma
x	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

## 6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** Este proyecto se inició en 2010 y se fueron incluyendo fases al mismo.
- **Actualmente en activo:** sí
- **Prevista su finalización:** sin finalización.

## 7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) <sup>2</sup>	Mejora de la calidad asistencial en el <b>PARTO</b>
	Mejora de la calidad asistencial en el <b>periodo POST-NATAL</b>
	Mejora de la calidad asistencial en la atención durante el <b>EMBARAZO</b>

## 8. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

El Modelo de Atención Centrado en la Persona (ACP) es un activo del sistema sanitario, social y educativo para la promoción de la salud, el empoderamiento de la persona, la comunidad y la continuidad de los cuidados. La Fundación Sanitaria de Mollet (FSM), desde el 2014 está implementando este modelo. Históricamente, la FSM ha mostrado sensibilidad y preocupación en la atención que prestan los profesionales a las personas y sus familias. En este contexto, se inicia un proyecto de diversas fases en 2010 hasta la actualidad, con el objetivo de aumentar la penetración en el área de referencia y mejorar los resultados obstétricos siguiendo la base de una buena práctica, que está totalmente alineado con la estrategia de la institución.

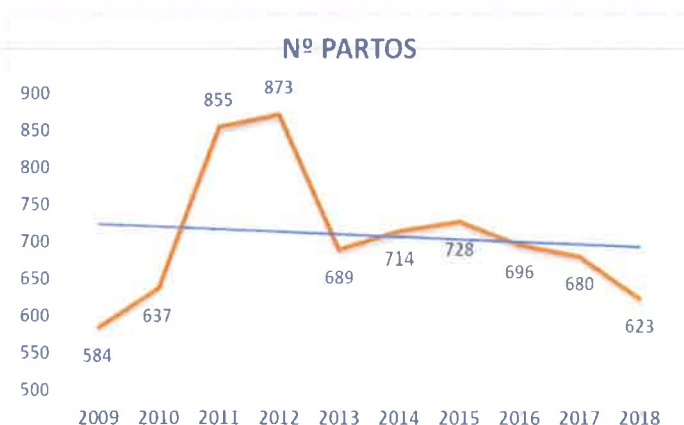
<sup>2</sup> Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: dichas líneas son las que figuran en las páginas 10-12 de la **Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria**.

**Fase inicial:** Con la implantación en el 2010 de la «Guía de práctica clínica de atención al parto normal» [1] del Ministerio de Sanidad y Política Social y la actualización de los protocolos de la SEGO [2], se han reducido en nuestro hospital el número de partos instrumentalizados y las episiotomías pasando de un 31.5% de episiotomías en 2010 a un 19.5% en 2018, en cuanto a los partos instrumentalizados hemos pasado de un 11.2% de fórceps y un 4.6% de espátulas en el año 2009, a un 3% y un 1% en 2018 respectivamente. El número de ventosas obstétricas se ha mantenido estable todos estos años.

**Fase II:** La tasa de cesáreas en nuestro hospital hasta el 2014 rondaba el 23%, tras un análisis causal por parte del servicio de obstetricia y la dirección asistencial, se averiguó que la mujer que había tenido una cesárea anterior elegía la cesárea en posteriores embarazos como consecuencia de la desinformación de los beneficios de un parto vaginal tras una cesárea previa. Se decide llevar a cabo un plan de actuación a través de visitas en la consulta y folletos informativos para que las mujeres fueran conscientes de los grandes beneficios que obtendrían si decidieran intentar un parto vaginal teniendo una cesárea anterior.

**Fase actual:** En el año 2017 se atendieron en nuestro hospital 673 nacimientos, según los datos de la Generalitat [3] y teniendo en cuenta el área de la población de referencia, se deberían de haber atendido alrededor de unos 1200 partos.

A continuación, se muestra una imagen donde se ve la evolución del número de partos en nuestro hospital desde el año 2009.



En la última fase de este proyecto y siguiendo la línea de las anteriores medidas, pretendemos incrementar la penetración y mejorar la calidad asistencial sanitaria ofreciendo una mayor

humanización de la atención materno-infantil. Entre las medidas que se llevan a cabo se encuentran:

1. Visitas de acogida a gestantes y acompañantes en horario de tarde.
2. Entrada del acompañante en las cesáreas electivas e inicio precoz de la lactancia materna durante el procedimiento quirúrgico.
3. Empoderamiento de la matrona con la creación de la consulta de la matrona de final de gestación para embarazos de bajo y medio riesgo.
4. Puesta en marcha del protocolo de parto en agua.
5. Humanización de las salas de partos.

## 9. OBJETIVOS

### Objetivo principal Fase inicial

Mejorar los resultados obstétricos mediante la disminución de los partos instrumentalizados y la tasa de episiotomías, basándonos en la atención centrada en la persona, el parto respetado y la humanización de la asistencia.

### Objetivo principal Fase II

Disminuir la tasa de cesáreas en mujeres que ya han tenido una cesárea previa mediante la incorporación de consultas y folletos informativos sobre los beneficios de tener un parto vaginal después de una cesárea.

### Objetivo principal Fase actual

Incrementar la penetración del hospital y mejorar la calidad asistencia sanitaria ofreciendo una mayor humanización de la atención al embarazo, parto y postparto.

### Objetivos secundarios

1. Ofrecer a gestantes y acompañantes la posibilidad de conocer los circuitos e instalaciones de nuestro hospital mediante la incorporación de las visitas de acogida en horario de tarde.
2. Incrementar la satisfacción de la gestante y las tasas de lactancia materna a través del acompañamiento de la persona de elección de la gestante a la cesárea programada y la posibilidad de iniciar lactancia materna durante procedimiento quirúrgico.
3. Empoderamiento de la matrona como profesional responsable de las consultas de final de gestación de bajo y medio riesgo.

4. Ofrecer a la mujer en trabajo de parto la posibilidad de parir en el agua como un método no farmacológico eficaz para el alivio del dolor, que conlleva un aumento de la sensación de control y satisfacción maternos.
5. Transformar las salas de parto en un entorno amable, cálido y en definitiva menos hospitalario, con la incorporación de aromaterapia, musicoterapia y otro tipo de mobiliario.

**Objetivos secundarios comunes a las diferentes fases:**

- Promover que la mujer se sienta protagonista y responsable de su parto, respetando sus deseos, necesidades y decisiones, siempre que se mantenga la seguridad y el bienestar de la madre y su bebé.
- Aumentar la satisfacción de las usuarias al adecuar los cuidados de calidad a su elección informada, manteniendo la calidad asistencial actual.
- Disminuir la morbilidad asociada al intervencionismo obstétrico.
- Fomentar y ofrecer el apoyo emocional a la gestante y los familiares implicados en el proceso.
- Favorecer un ambiente agradable y seguro que conserve la intimidad de la mujer y su acompañante.
- Promover que los profesionales sanitarios lleven a cabo su práctica diaria basándose en la evidencia científica actualizada.
- Aumentar los conocimientos y las habilidades de las matronas para poder ofrecer con seguridad el uso de la bañera durante el proceso de parto.
- Mejorar la satisfacción materna.

## **10. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA**

El Hospital de Mollet es un hospital de primer nivel que atiende una media de 650 partos al año y atiende a un área de referencia de unos 165.000 habitantes en la zona del Vallés oriental de Barcelona. Este hospital cuenta con una sala de partos natural con una bañera, dos salas de partos multifuncionales donde se realiza dilatación, parto y postparto en el mismo sitio, una sala de partos quirofanable y otra que se usa como pre-medicación y reanimación de las cesáreas programadas. El equipo de guardia está formado por una matrona, una auxiliar/puericultora y un

ginecólogo/a. Desde el traslado al hospital nuevo en el año 2010, la dirección asistencial y el personal del área obstétrica estaban preocupados por unos resultados obstétricos que eran muy mejorables y una creciente morbilidad asociada al intervencionismo obstétrico. Es por ello que ese mismo año, se inició un plan de acción conjunta con una serie de medidas para mejorar los resultados obstétricos y la calidad de la asistencia sanitaria proporcionada a nuestras gestantes y sus familias. Con estas medidas, no sólo se pretende actuar para el paciente y su entorno sino también fomentar que los profesionales sanitarios ejerzan su práctica diaria basándose en evidencia científica actualizada. Asimismo, estas acciones tienen una repercusión directa sobre el sistema sanitario y sus usuarios porque además de ofrecerles cuidados de calidad, se pretende conseguir una mayor participación y empoderamiento de los mismos. Por último, como consecuencia de la creciente demanda de las gestantes de una mayor humanización de la asistencia y un mayor empoderamiento, se inicia la protocolización del parto en agua como una alternativa más en gestantes que deseen parto natural por los numerosos beneficios que ofrece la inmersión en el agua a la gestante en trabajo de parto activo [4-7] (como mayor alivio del dolor, mayor satisfacción materna o mayor perfusión uterina).

## 11. METODOLOGÍA

### **Metodología de la fase inicial**

Para mejorar los resultados obstétricos en cuanto al número de partos instrumentados y la tasa de episiotomías, se llevo a cabo un curso de actualización de conocimientos sobre la asistencia al parto siguiendo las medidas implantadas por la guía del Ministerio sobre la atención al parto normal [1]. Estas medidas se refieren, entre otras, a la no realización de episiotomía rutinaria en los partos, respetar los tiempos establecidos para dilatación y expulsivo y una atención one-to-one a las gestantes en trabajo de parto.

### **Metodología de la fase II**

Con la finalidad de disminuir el número de cesáreas electivas en mujeres que ya habían tenido una cesárea anterior, se llevaron a cabo dos importantes medidas:

- El incremento del número de consultas de obstetricia para informar a las gestantes que habían pasado por una cesárea previa de los beneficios de un parto vaginal.
- La creación y reparto de folletos informativos desde el centro de salud y las consultas externas del hospital con los beneficios de un parto vaginal tras una cesárea previa.

### **Metodología de la fase actual**

Dentro de las medidas adoptadas se incluyen:

- La incorporación de las visitas de acogida en horario de tarde, pasando de una a dos visitas al mes y ofreciendo a las gestantes y sus acompañantes mayor posibilidad de acudir a las mismas.
- El establecimiento y cumplimiento de una normativa específica dentro del área obstétrica para poder realizar las cesáreas programadas en la sala de partos quirofanable y permitir de ese modo que pase el acompañante al procedimiento quirúrgico. Otra de las medidas para llevarlo a cabo ha sido la creación del circuito: CIRCUIT ASSISTENCIAL PER A LA REALITZACIÓ DE CESÀRIAS A SALA DE PARTS, que se puede encontrar en la aplicación MINERVA de la intranet del hospital. Por último, se ha establecido un criterio de refuerzo de matrona para las cesáreas programadas, dónde se encarga de la preparación, información y acompañamiento de la gestante y su acompañante desde que ingresa la señora en sala de partos hasta que sube a planta de hospitalización.
- La transformación de la consulta de registros en la consulta de final de gestación donde la matrona es la responsable de visitar embarazos de bajo y medio riesgo. Tras las diversas reuniones con el jefe de servicio, el gestor de las consultas externas y la dirección asistencial, se procedió a renombrar las consultas, modificar las horas de visita y establecer los criterios de derivación del centro de salud, así como la creación del circuito: CIRCUIT ASSISTENCIAL DE LA CONSULTA DE LA MATRONA, también disponible en la Intranet del hospital.
- **Por último, para llevar a cabo la nueva alternativa de parto en agua se han realizado los siguientes pasos:**
  - Se han establecido diversas reuniones con los servicios de pediatría, ginecología, anestesia y dirección para explicar el proyecto.
  - Se ha creado el protocolo y se han establecido los circuitos necesarios para incorporar a la gestante que lo desee y cumpla criterios de inclusión. El protocolo se puede encontrar en la Intranet del hospital como **PROTOCOL D'ASSISTÈNCIA A LA GESTANT QUE DESITJA PART A L'AIGUA.**
  - Capacitación del personal del servicio de obstetricia y ginecología mediante un curso realizado por matronas expertas que provienen de un hospital donde esta alternativa de parto lleva instaurada muchos años.
  - Difusión de la disponibilidad de esta alternativa de alivio del dolor entre los centros de salud y medios de comunicación.

## 12. EVALUACIÓN

### • INDICADORES.

En el año 2010 se crea una base de datos con el programa Access para poder registrar información sobre introducir las gestantes que daban a luz en nuestro centro y su proceso de parto y postparto. Esta base de datos recoge variables del tipo: clasificación del riesgo de embarazo, inicio del parto, alternativas farmacológicas para el dolor durante el trabajo de parto y otras como tipo de parto, desgarros o inicio de lactancia materna.

Durante estos diez años, las personas responsables de introducir, actualizar y explotar esta base de datos, han sido capaces de darnos toda la información respecto a la forma en la que realizábamos nuestra práctica diaria. Gracias a esta base de datos hemos podido conocer el descenso de la tasa de partos instrumentados o el número de episiotomías o el elevado porcentaje de cesáreas previo al inicio de este proyecto.

Posteriormente, se introdujo en el hospital el programa SAP con el que se podían explotar otros datos de manera automática, pero a día de hoy, seguimos manteniendo la base de datos de Access hasta que esté el SAP completamente integrado.

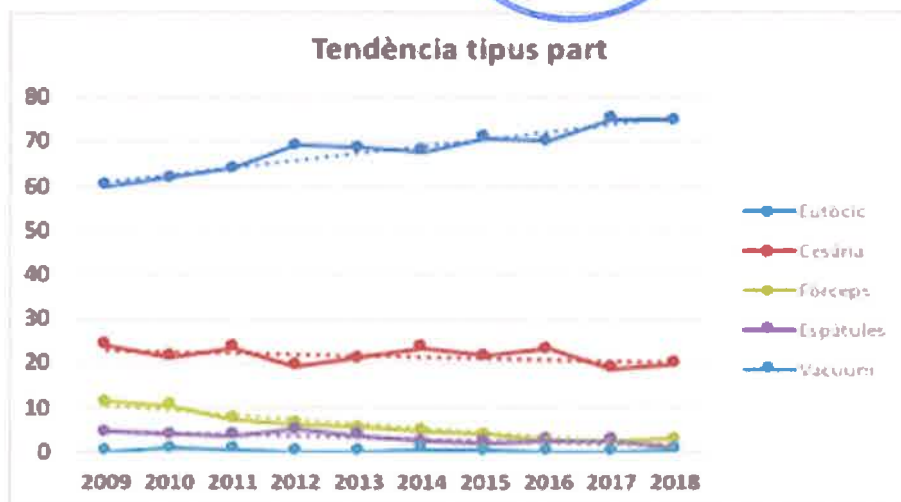
Otra de las medidas para evaluar este proyecto, son las encuestas de satisfacción específicas para las puérperas que han pasado por un parto en agua o la de las visitas de acogida. Estas encuestas la entregan la enfermera de la planta de hospitalización previa al alta de la puérpera y la matrona que realiza la visita de acogida, respectivamente.

- Fase I: Nº de partos instrumentados (% sobre el total de partos); Tasa de episiotomías.
- Fase II: Tasa de cesáreas; Nº de partos vaginales tras cesárea previa (% sobre el total de cesáreas)
- Actual: Satisfacción mediante la encuesta de satisfacción señalada anteriormente y la que se pasa a las gestantes y acompañantes al finalizar la visita de acogida; Nº de visitas de acogida (sobre total de partos); Nº partos al agua.

### • RESULTADOS.

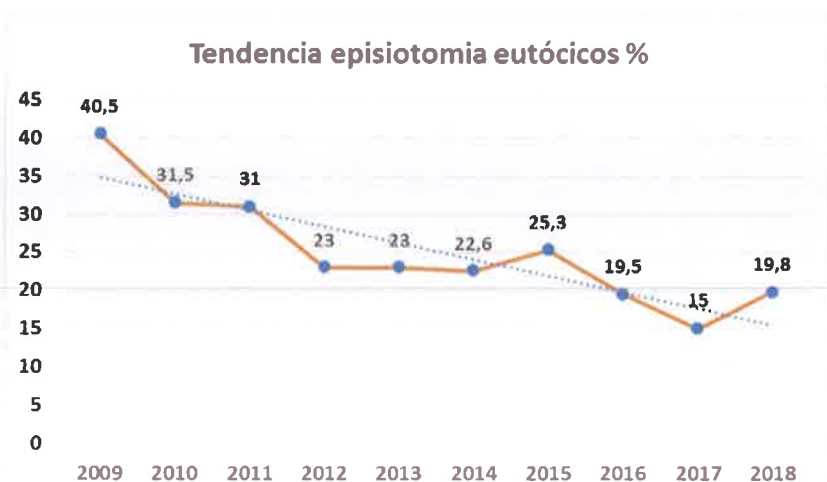
Fase I: de los 623 nacimientos asistidos el año 2018, tan sólo 28 han finalizado como parto instrumental: 17 fórceps, 7 espátulas y 4 vacuum. En la gráfica siguiente se puede ver cómo ha descendido el parto instrumental tipo fórceps de un 11.2% en 2009 a un 3% en 2018, así como la tasa de espátulas que rondaba el 5% en 2009 ha descendido hasta un 1% en 2018.



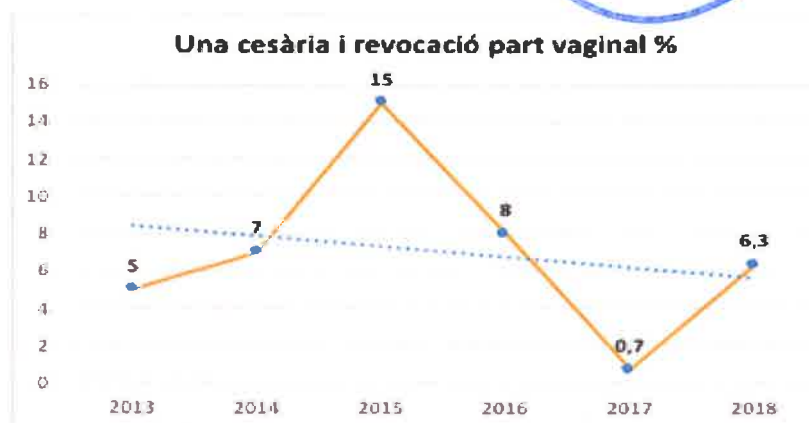


Respecto al número de episiotomías, se ha pasado de una tasa de episiotomías en 2009 del 40% al 19,8% en 2018. A continuación se muestra la tendencia de episiotomías en los partos eutócicos a lo largo de estos 9 años.

En el año 2018, se han realizado 118 episiotomías de los 623 nacimientos, lo que equivale a un 19,8% del total.



Fase II: La tasa de cesáreas en nuestro hospital hasta el 2014 rondaba el 23%, por encima del 20% establecido por la OMS. Tras la puesta en marcha del incremento de consultas de obstetricia y el reparto de folletos informativos sobre los beneficios que obtendrían de un parto vaginal teniendo una cesárea anterior, se ha disminuido el número de revocaciones a parto vaginal tras una cesárea pasando de un 15% en 2015 a un 0.7% en el año 2017, a pesar de que en 2018 volvió a subir hasta el 6.3% como se muestra en la imagen siguiente.



La información sobre los beneficios de un parto vaginal después de una cesárea, promovió en nuestro ámbito la elección hacia un parto vaginal y ha contribuido al descenso del número de cesáreas.

Fase actual:

- ✓ Respecto al número de asistentes a las visitas de acogida, con esta nueva medida, se ha incrementado desde 117 y 120 asistentes en los años 2016 y 2017 respectivamente a 155 en el año 2018. En términos de satisfacción, el 97% de los asistentes están muy satisfechos con la visita de acogida. Los aspectos mejor valorados son la visita a las salas de partos y la unidad de hospitalización y los temas que se tratan durante la visita con un 95% y 94% respectivamente. Por otro lado, los peor valorados son la duración y horario y el material didáctico empleado con un 80% y un 85%. Es necesario indicar que la incorporación de las visitas de acogida en horario de tarde tuvo lugar en octubre de 2018, y que gracias a ello se modificó el contenido y duración de la sesión de la mañana porque las gestantes y sus acompañantes la consideraban muy larga.
- ✓ Hasta el momento se han realizado 5 cesáreas electivas en sala de partos, en todas estas cesáreas el acompañante ha podido pasar a la intervención cuando se ha indicado y la madre ha podido iniciar la lactancia materna durante el procedimiento quirúrgico por lo que la tasa de lactancia materna es del 100%. Aunque no se ha pasado una encuesta de satisfacción, las madres y sus acompañantes han manifestado de forma explícita que están muy satisfechos con la oportunidad que le ha brindado el hospital de poder acompañar a la gestante en este momento tan importante y así lo han reflejado mediante 2 cartas de agradecimiento al hospital.
- ✓ En cuanto a la incorporación de la consulta de la matrona de final de gestación, que tuvo lugar en abril de este mismo año, se ha aumentado en un 20% el número de primeras



visitas y en un 18% las visitas sucesivas. Las gestantes manifiestan estar muy contentas con esta consulta ya que se ha unificado la prueba del registro cardiotocográfico y la visita en un mismo espacio. La matrona que realiza esta consulta manifiesta que se siente más empoderada y con mayor autonomía porque se siente totalmente “capaz” de realizar esta consulta.

- ✓ Desde el momento de su implantación en marzo de 2019 se han realizado 3 partos en agua con gestantes que deseaban ese tipo de alternativa de parto natural y cumplían criterios de inclusión comentados anteriormente. Otras dos gestantes que firmaron el consentimiento y deseaban este tipo de parto, no pudieron llevarla a cabo por los siguientes motivos:

- No tolerancia al dolor y necesidad de utilizar métodos farmacológicos de alivio del dolor.
- Parto precipitado.

De las mujeres cuyo parto se asistió en agua, el 98% estaban muy satisfechas con la información, atención y trato recibido durante todo el proceso. Además el 100% considera que se sintieron protagonistas de su parto porque se respetaron sus decisiones y necesidades y además recibieron apoyo emocional para que se llevara a cabo este proceso.

- ✓ Hasta el momento, entre las medidas adoptadas para la remodelación de las salas de partos se encuentran:

- La incorporación de difusores de aromas. Aromaterapia.
- La incorporación de altavoces inalámbricos para que las gestantes escuchen la música que más les relaje. Musicoterapia.
- La incorporación de mesitas de noche con lámparas y cortinas que tapen todo el material quirúrgico para que la gestante y su acompañante se sientan en un entorno menos hospitalario.
- La incorporación de nuevas técnicas para el alivio del dolor de parto como los sacos de semillas.

Una vez finalice este proyecto, se le pasará una encuesta de satisfacción específica a la gestante y su acompañante en la planta para evaluar su satisfacción en cuanto a los cambios realizados en las salas de partos

### 13. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

Como consecuencia de la implicación y el trabajo del equipo de profesionales que integran el área de atención a la mujer y la dirección asistencial, se ha conseguido cumplir con el objetivo inicial de mejorar los resultados obstétricos, ya que se ha disminuido en un porcentaje importante el número de partos instrumentalizados, la tasa de episiotomías y las tasas de cesáreas en nuestro hospital a lo largo de los años. Por otro lado, se ha conseguido un aumento de la satisfacción de la gestante y su acompañante gracias a la implementación de medidas como las visitas de acogida en horario de tarde, la posibilidad de parto en agua o la transformación de las salas de partos en espacios más humanizados y menos hospitalarios con la incorporación de musicoterapia, aromaterapia y otro tipo de mobiliario.

Aunque el grado de satisfacción de las mujeres es por lo general bastante bueno, es necesario seguir trabajando en esta línea para poder ofrecer una asistencia sanitaria de calidad donde, en la medida de lo posible, la mujer y su acompañante sean los protagonistas de su proceso de parto.

Como experiencia podemos asegurar que no ha sido un proceso fácil, que ha requerido de mucho tiempo y esfuerzo por parte de todo el equipo y que aunque en algunos aspectos del proyecto hemos encontrado muchas dificultades, especialmente a la hora de respetar la normativa del bloque obstétrico y pasar los controles ambientales de la sala de partos quirofanable, el equipo del área de atención a la mujer y la dirección, estamos muy motivados a seguir integrando propuestas de mejora.

El Modelo de nuestro centro es la atención centrada en la persona (ACP), nuestro propósito es continuar mejorando en los resultados obstétricos, basándonos en la atención a la gestante y su acompañante, el parto respetado y la humanización de la atención materno-infantil.

---

*En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, y su adaptación a la Normativa Europea en materia de protección de datos personales, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.*

---

### **Bibliografía**

[1] Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de práctica clínica sobre atención al parto normal. Vizcaya: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2010.

[2] Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. Protocolos asistenciales en Obstetricia. Julio 2010. Disponible en:  
[https://www.elpartoestuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego\\_protocolo\\_control\\_prenatal\\_2010.pdf](https://www.elpartoestuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_protocolo_control_prenatal_2010.pdf). Fecha de consulta: 02/06/2019.

[3] Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Pla Estratègic Sanitari Vallès oriental 2018-2021. Julio 2018. p51.

[4] Elizabeth R Cluett, 2014. Immersion in water during labour and birth. Cochrane database Syst Rev.

[5] Cluett ER, Burns E. Inmersión en agua para el trabajo de parto y parto. Cochrane Database Syst Rev. 2009; 2: CD000111 [base de datos en internet]. Oxford: Update Software Ltd., 2009 [consultado el 20 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.update-software.com>

[6] Pérez M, Rull C, Riera M. Inmersión en agua durante el parto: revisión bibliográfica. Matronas profesión, 16(3), 108-113. [Internet]. 2015 [citado 2019 Feb 10]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revbiblio-inmersion-en-agua.pdf>

[7] Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 5. Art. No.: CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub4.