

Práctica #2 para un Parto Saludable: Camina, Muévete y Cambia de Posición Durante el Trabajo de Parto.

Michele Ondeck, RN, MEd, IBCLC, LCCE, FACCE

EXTRACTO

En los EE.UU., la atención obstétrica es intensiva en intervenciones, lo que resulta en que una de cada tres mujeres sean sometidas a cesárea donde la movilidad se trata como una intervención en lugar de apoyar los procesos fisiológicos naturales para un nacimiento óptimo. Las mujeres que utilizan posiciones verticales y se mueven tienen trabajos de parto más cortos, menos intervenciones, reportan dolor menos severo y describen una mayor satisfacción con su experiencia en el parto que las mujeres en posiciones reclinadas. Este artículo es una revisión basada en evidencia actualizada del Lamaze International, Inc. “Prácticas de cuidados que promueven el Parto Normal, Práctica de Cuidados # 2: “Freedom of Movement Throughout Labor”, publicado en *The Journal of Perinatal Education*, 16 (3), 2007.

The Journal of Perinatal Education, 23 (4)

Palabras Clave: movilidad, primera etapa del trabajo de partur, posiciones erguidas, cambio de posición.

Una declaración de consenso de 2012 por el Colegio Americano de Enfermeras Parteras (ACNM), la Alianza de Parteras de Norte América (MANA), y la Asociación Nacional de Parteras Profesionales Certificadas (NACPM), titulada “Apoyar el parto fisiológico normal y saludable”, define un trabajo de parto y nacimiento fisiológico normal como: “uno que está apoyado por la capacidad humana innata de la mujer y del feto” (ANCM, 2012). Incluye prácticas de cuidados médicos de apoyo y técnicas de baja tecnología que facilitan el proceso biológico normal del parto (Goer y Romano, 2010). Con la libertad de poder moverse en el trabajo de parto es más probable que éste sea seguro y saludable, ya que no interrumpe los procesos fisiológicos normales (Lothian y Romano, 2008). El proceso fisiológico del nacimiento está diseñado hormonalmente de manera que cuando se inicia el trabajo de parto, el músculo uterino responde a la oxitocina. Las mujeres responden al dolor de las contracciones uterinas, moviéndose para reducir su dolor. En el escenario ideal, la respuesta al dolor indica al cerebro continuar liberando más oxitocina y las contracciones se vuelven más eficaces. En un entorno donde las mujeres se sienten seguras, las beta-endorfinas ayudan a una mujer a responder al dolor mediante el uso de estrategias de manejo. El movimiento es una estrategia de supervivencia para el dolor y la libertad de estar móvil durante el trabajo de parto es una estrategia de afrontamiento saludable y segura, en parte porque no interrumpe los procesos fisiológicos normales (Lothian y Romano, 2008). En un entorno donde las mujeres se sienten estresadas y temerosas, las hormonas del estrés (catecolaminas) pueden aumentar, retrasando el proceso de la primera etapa del trabajo de parto. La comprensión del papel de las hormonas en el trabajo de parto, así como el papel del movimiento en el confort y su progreso puede dar a las mujeres más confianza en el proceso del parto y el nacimiento, y en su propia capacidad para manejar el trabajo de parto.

Las mujeres valoran la opción de poder moverse y caminar durante el trabajo de parto, y la mayoría siente que el proceso del nacimiento no debería ser interferido a menos que sea médicamente necesario (Escocia et al, 2011; Declercq et al, 2013). El porcentaje de mujeres encuestadas que creen que no debe interferirse el nacimiento aumentó del 46% en 2003 al 59% en 2013 (Declercq et al, 2013). Mientras que las mujeres reportaron experimentar menos dolor cuando se les permitía estar móviles en 2003, la encuesta de seguimiento de 2013, *Escuchar a las Mujeres III*, reportó que solo el 40% de las madres cambió de posiciones durante el parto y solo el 43% caminó después de ingresar al hospital (Declercq et al., 2003; Declercq et al., 2013). La norma en los EE.UU. es el parto medicalizado que restringe la movilidad de una mujer en trabajo de parto, a pesar de que ningún estudio informa que caminar en trabajo de parto es perjudicial para las mujeres sanas o sus bebés (Storton, 2007). La práctica de restringir el movimiento de las mujeres en el trabajo de parto es contraria a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Prácticas para un Parto Saludable de Lamaze International (Organización Mundial de la Salud, 1996; Shilling, 2009) El objetivo de este artículo es proporcionar una revisión actualizada de la literatura sobre el movimiento durante el parto, y una discusión de los factores en el entorno médico y social actual que podrían llevar al cambio de prácticas y apoyar la adopción de la libertad de movimiento como

una práctica de parto que facilita la fisiología normal del parto y el nacimiento.

Bases de Evidencia para el Movimiento en el Parto

La revisión de la literatura incluyó una actualización de la Base de Datos de la revisión sistemática de Cochrane confirmando hallazgos previos: Nosotros Creemos que siempre que sea posible, las mujeres deberían estar informadas de los beneficios de las posiciones erguidas o verticales, alentadas y apoyadas para ponerse en cualquier posición que ellas elijan y no deberían tener las opciones de libertad de movimiento restringidas a menos que se indique clínicamente (Lawrence et al., 2013 p. 13). Los investigadores examinaron 25 ensayos clínicos aleatorios o casi aleatorios de 5,218 mujeres. Los hallazgos reportados usan la relación riesgo (RR) para los datos categóricos y la diferencia media (DM) para datos continuos. En la comparación de las posiciones verticales ambulatorias versus las posiciones reclinadas durante la primera etapa, la conclusión es que el trabajo de parto es más corto por aproximadamente una hora y 22 minutos para las mujeres al azar en posición vertical. a diferencia de las posiciones reclinadas (MD promedio -1,36, 95% intervalo de confianza (IC) -2.22 a -0.51; 15 estudios, 2503 mujeres; de efectos aleatorios $T(2) = 2.39$, $Chi(2) = 203.55$, $df = 14$, ($P < 0.00001$), $I(2) = 93\%$). Las mujeres en posición vertical tuvieron menores probabilidades de tener una cesárea (RR 0.71, 95% CI 0.54 a 0.94; 14 estudios, 2,682 mujeres) y menor probabilidad de anestesia epidural (RR 0.81, 95% CI 0.66 a 0.99, nueve estudios, 2,107 mujeres; efectos-aleatorios, $T(2) = 0.02$, $I(2) = 61\%$) (Lawrence et al., 2013).

Los autores pusieron en duda la calidad metodológica de los ensayos. Otro problema con los datos de Cochrane Review es que los estudios se llevaron a cabo durante un período de 50 años en 13 países diferentes, donde han ocurrido muchos cambios culturales en el manejo del parto y las expectativas de las mujeres sobre el nacimiento, así como un aumento en el uso de la tecnología. En los estudios que incluyeron mujeres que recibieron anestesia epidural, no hubo diferencias en la duración del trabajo de parto en los grupos que compararon la posición vertical y ambulatoria frente a la reclinada. Sólo uno de los estudios examinados informó los resultados examinados de la posición vertical sobre el bebé. Concluyó una menor admisión a la unidad de terapia intensiva neonatal (RR 0.20; IC del 95%: 0.04 a 0.89, 200 mujeres) para las mujeres en posición vertical y ambulatorias.

Si bien hay una falta de estudios bien realizados, parece lógico que los beneficios reales de movilidad en la primera fase del trabajo de parto podrían ser mayores que lo reportado en los estudios de movilidad analizados por los autores de la revisión Cochrane y otros (Hollis Martin & Martin, 2013). Las participantes en los ensayos controlados aleatorios (ECA) se asignan a un grupo y permanecen en ese grupo ya sea que caminen o no. Esta es la naturaleza de los ECA, que deben analizarse según la «intención de tratar». Las participantes de los ensayos tienen que permanecer en su grupo. Esto hace que sea más difícil encontrar una diferencia significativa en los ensayos clínicos relacionados con la movilidad en el trabajo de parto (Goer, 2013). Un hallazgo significativo fue que ningún estudio reporta que la actividad de la mamá durante el trabajo de parto alargue el trabajo de parto.

Hay una serie de estudios que encuentran ventajas en el movimiento durante el trabajo de parto. Las mujeres que utilizan posiciones verticales tienen trabajos de parto más cortos, menos intervenciones, reportan dolor menos severo, y describen una mayor satisfacción con su experiencia de parto que las mujeres semisentadas o en decúbito supino (Priddis, Dahlen, Schmied, 2011). En un estudio publicado en *Investigación de Enfermería*, mujeres en trabajo de parto experimentaron más dolor de espalda baja estando reclinadas (Adachi, Shimada, y Usai, 2003). Cambiar de posiciones no sólo ayuda a las mujeres a lidiar con el dolor del parto; las posiciones verticales utilizan la gravedad para bajar al bebé, y cambiar de posición con frecuencia mueve los huesos de la pelvis, lo que ayuda al bebé a encontrar el mejor ajuste (Storton, 2007; Simkin y Ancheta, 2011).

Barreras a la Movilidad en el Trabajo de Parto

Los protocolos hospitalarios, mientras que proporcionan buenas instrucciones para los cambios de posición frecuentes, entran en conflicto con las políticas de aquellos que exigen el uso de la tecnología, tales como el monitoreo fetal continuo y las infusiones intravenosas que restringen la movilidad (Hollins Martin & Martin, 2013). Los actuales protocolos de manejo del trabajo de parto que utilizan partogramas para medir el proceso del trabajo de parto basados en la curva de Friedman son medidas poco realistas basadas en las evidencias y las recomendaciones actuales sobre la duración de la primera etapa del trabajo de parto (Laughon et al., 2013). Estas prácticas son entre los objetivos en el informe del Consenso de Atención Obstétrica en la Prevención Segura de la Cesárea Primaria. El informe llegó a la conclusión de que la cesárea se traduce en un riesgo mayor que el parto vaginal. La mortalidad por cesárea se produce en el 2.7% de los nacimientos, en comparación con el 0.9% de los partos vaginales (Consenso de Atención Obstétrica, 2014). Además, el aumento de la morbilidad asociada a las madres que se someten a cesárea aumenta el riesgo de ingreso a las unidades de cuidados intensivos neonatales y de muerte perinatal. Las recomendaciones del consenso para la primera fase del trabajo de parto incluyen las siguientes: «Una fase latente prolongada (por ejemplo, más de 20 horas en mujeres nulíparas y más de 14 horas en las múltiparas) no debería ser indicación para cesárea; trabajo de parto lento pero progresivo en primera fase de trabajo de parto no debería

ser indicación para cesárea; la dilatación cervical de 6 cm debería ser considerada el umbral para la fase activa de la mayoría de las mujeres en trabajo de parto; por lo tanto, la cesárea para detener la fase activa en la primera fase del trabajo de parto debería estar reservada para las mujeres con 6 cm de dilatación o más con rotura de membranas y que no logran progresar.» (Consenso de la atención obstétrica de 2014 p.7). Las recomendaciones no abordan la movilidad en la primera fase del trabajo de parto, pero mirando los factores principales que han llevado al aumento del índice de cesáreas en los Estados Unidos, 1) distocia en el trabajo de parto, 2) rastros de frecuencia cardíaca fetal anormal o indeterminada, y 3) mala presentación fetal, todos pueden ser potencialmente positivamente afectados por la movilidad durante el trabajo de parto.

Superación de Barreras a la Movilidad en el Trabajo de Parto

Una barrera para promover la movilidad durante el trabajo de parto es la falta de comprensión del proceso fisiológico del parto por parte de las mujeres y sus proveedores de cuidados. Con el fin de lograr alcanzar una atención óptima en el trabajo de parto, las barreras para recibir y proporcionar ese cuidado necesitan ser superadas. El término «atención óptima» se origina en el concepto de optimalidad en el cuidado de maternidad derivado del Colegio Americano de Enfermeras Parteras (Goer y Romano, 2012). La libertad de movimiento es una práctica para lograr la atención óptima en el trabajo de parto. Tradicionalmente, los educadores para el parto han hablado de las 3 P's: el poder de las contracciones uterinas; el pasajero que es el tamaño y la posición de la presentación fetal; y el pasaje de la madre, como las claves para el progreso en el trabajo de parto. En *Optimal Care in Childbirth*, Goer y Romano sugieren una lista alternativa de las P's. Los cuatro factores que deben estar presentes para apoyar la autonomía y la movilidad de las parturientas son: el Permiso, el entorno físico [Physical], las Prácticas y la gente [People] (Goer y Romano, 2012).

Las mujeres tienen que percibir que tienen *permiso* para moverse y elegir la posición que escojan sin que sus médicos o su equipo limiten su elección a menos que ocurra una indicación médica real. La elección informada es parte de un proceso de toma de decisiones compartidas entre la mujer y su proveedor de atención médica para revisar los riesgos, beneficios y alternativas de una práctica recomendada, --en este caso, una restricción de movilidad que el proveedor de cuidados desea que la mujer cumpla.

El entorno físico debe ser lo suficientemente amplio para apoyar la libertad de movimiento. En un estudio piloto realizado en dos hospitales canadienses, las mujeres en trabajo de parto fueron asignadas aleatoriamente a una sala de labor regular o a una "sala ambiente". La intención de la sala ambiente era crear un ambiente de calma para promover la relajación, incluyendo herramientas que ayudan a la movilidad. Los resultados fueron que las mujeres parturientas pasaron 50% menos tiempo en la cama y usaron menos aceleración del trabajo de parto con infusiones de oxitocina (Hodnett, Stremler, Weston, y McKeever, 2009). Otro ejemplo es un hospital de California que anima a las madres a usar pelotas de nacimiento para «rock and roll» en su trabajo de parto. El objetivo de este programa es el aumento de éxitos de rutas para el trabajo de parto en las mujeres que buscan un parto vaginal después de cesárea (Cedar Sináí, 10 de Mayo, 2013). Un estudio demostró que el uso de la pelota de parto para movimientos mecánicos redujo significativamente las calificaciones de dolor del grupo que usó la pelota de parto en el trabajo de parto activo, consistente con estudios previos que indicaron que el dolor de espalda baja se reduce en posiciones erguidas entre los 6-8 cm (Traavoni et al., 2011; Adachi, Shimada, & Usai, 2003).

Las mujeres también *necesitan permiso* para evitar *las prácticas* que interfieren con la movilidad. Ejemplos de estas prácticas son: 1) los catéteres intravenosos que podrían estar reservados para administrar medicamentos, permitiendo a las mujeres tener fluidos orales y calorías y, cuando sea necesario, insertar en el brazo en lugar de en la mano a fin de no restringir la movilidad, y 2) salvo que se indique médicamente, usar telemetría o control intermitente para monitorización fetal electrónica para que las mujeres puedan estar moviéndose. Las *prácticas* no farmacológicas basadas en la evidencia conocidas por reducir el dolor del trabajo de parto deben ser reconocidas y alentadas como adjuntas a la movilidad. Estas prácticas son: relajación, masaje, acupuntura, e inmersión en agua (Jones et al, 2012.). Además, en un ensayo controlado aleatorio, las duchas calientes fueron un método eficaz no farmacológico para la reducción del dolor, además de ser económicas, convenientes, y de apoyo para la postura erguida (Lee et al., 2012). Muchas otras prácticas que son utilizadas por los educadores para el parto y las doulas pueden utilizarse de forma segura en el apoyo, aunque no todas han sido investigadas para determinar su eficacia. Algunas de muchas otras son: balanceo pélvico, desplantes, bailar lentamente y subir escaleras. Estas intervenciones ayudan a las mujeres a participar plenamente en el proceso del parto, y a sentirse cuidadas y reconfortadas.

La «P» más importante es la *gente [people]*. Los profesionales de la salud que cuidan a las parturientas necesitan creer en el proceso fisiológico. Comportamientos-no críticos, de apoyo, y serviciales de los proveedores de atención incluyen los que en primer lugar, respetan las elecciones de las mujeres; en segundo lugar, la ayuda para el logro de sus deseos; y en tercer lugar, abogar por otros proveedores de atención de salud en su nombre. El miedo al trabajo de parto es un inhibidor importante del progreso del trabajo de parto. Un estudio de 2.206

mujeres que deseaban tener un parto vaginal se inscribieron en una evaluación del miedo al parto (Cuestionario de las Expectativas en el Parto, de Wijma). Los resultados determinaron que el trabajo de parto promedió 47 minutos más en las mujeres que obtuvieron una puntuación alta en la evaluación (Adams, Eberhard-Gran, y Eskild, 2012). Las mujeres necesitan educación para ayudar a entender y creer en el proceso fisiológico. En una encuesta de elección discreta, Escocia informó que las mujeres valoran el parto vaginal. Lo más influyente en sus valores fueron sus experiencias de parto anteriores. Hubo algunas contradicciones en este estudio, donde las mujeres querían que el más alto nivel de intervenciones estuviera disponible, e idealmente preferían experimentar los niveles más bajos disponibles. Algunas ventajas y desventajas fueron aceptables, tales como ser enviadas a casa si no estaban en trabajo de parto activo con el fin de evitar tiempo en el hospital, y para reducir la probabilidad de algunas intervenciones (Scotland et al., 2011).

Los hospitales también son *personas*. Un ejemplo de una política de hospital que se necesita es la disuasión de admisión en trabajo de parto latente basándose en el informe del consenso de que el trabajo de parto activo comienza a los 6 centímetros (Laughon et al., 2013). Las mujeres que dieron a luz recientemente indican que aceptarían los intentos de reducir las primeras admisiones a las salas de parto si lograran reducciones en la duración del tiempo pasado en la sala de partos, y si redujeran la posibilidad de ser inmovilizadas durante el parto (Scotland et al., 2011). Obviamente, las políticas dirigidas a abordar la admisión y la intervención temprana durante el parto deben incluir esfuerzos para educar a las mujeres sobre la potencialmente larga duración de la fase latente del trabajo de parto, el momento adecuado de admisión, y que un largo trabajo de parto no es en sí mismo una señal de que sea necesaria una intervención (Scotland et al., 2013). Además, las mujeres necesitan las herramientas y la confianza para trabajar con su trabajo de parto latente en casa y, después de la admisión, la libertad de movimiento para reducir la necesidad de intervenciones invasivas.

Resumen

Hay una manera óptima de dar a luz, y es apoyando el proceso fisiológico (Lothian, 2009; Goer y Romano, 2012; Y, 2013). Ningún estudio ha demostrado nunca que caminar durante el trabajo de parto sea perjudicial en mujeres sanas con trabajos de parto normales, que es la conclusión basada en la evidencia de la práctica del nacimiento amigable para la madre para proporcionar a la parturienta la libertad de caminar, moverse, y asumir las posiciones de su elección durante el trabajo de parto, publicado por la Coalición para la Mejora de los Servicios de Maternidad (CIMS) (Storton, 2007). «La posición de una mujer en el trabajo de parto, la movilidad y el miedo y la ansiedad o, por el contrario, la confianza pueden influir en su experiencia del dolor» (Jones et al., 2013). La práctica actual, que es la intervención intensiva, ha contribuido al alto índice de cesáreas en los EE.UU. de casi un tercio de las mujeres, y ha dado lugar a una mayor morbilidad y mortalidad (Consenso de la Atención Obstétrica, (2014) Ya que la distocia es la indicación más frecuente para una cesárea, los esfuerzos para reducir el índice de cesáreas deben incluir esfuerzos para apoyar el proceso fisiológico, en el que la capacidad de las mujeres para estar móviles es la clave. Las mujeres necesitan sentir que pueden estar en trabajo de parto en un ambiente de apoyo que disminuye su miedo al dolor mediante el apoyo a su capacidad para hacer frente al dolor del parto, incluyendo tener la libertad de caminar, moverse y cambiar de posición durante el trabajo de parto.

Implicaciones para la práctica basada en la evidencia

Las filosofías y las preferencias de los proveedores de atención materna, -médicos parteras, enfermeras, doulas y educadores para el parto- influyen las recomendaciones que hacen a las mujeres en trabajo de parto. Algunos modelos de atención y ambientes para el parto utilizan la movilidad con más frecuencia que otros. Aunque hay pruebas de que caminar y las posiciones verticales reducen la duración de la primera etapa del parto, hay una necesidad de estudios de mejor calidad con el fin de demostrar la importancia a los proveedores de atención y dirigirlos en las recomendaciones más precisas para la deambulación y el movimiento. No hay suficiente comprensión de lo que facilita o inhibe el uso de posicionamiento para un parto fisiológico (Priddis, Dahlen, y Schmeid, 2012). La revisión Cochrane relacionada con la movilidad deja algunas preguntas importantes para contestar, como el manejo después de la rotura de membranas y la anestesia epidural (Lawrence et al, 2013; Goer, 2013). Sobre la base de la información actual, podemos animar a las mujeres a elegir las posiciones o posturas de su elección. Más investigación sobre los factores y prácticas dentro de los sistemas de salud actuales que facilitan o inhiben a las mujeres para adoptar varias posiciones durante el trabajo de parto y el nacimiento, es la sugerencia de Hollis Martin (2013). Las respuestas a tres preguntas de investigación proporcionarían tanto a los proveedores de cuidados de maternidad como a las mujeres mayor claridad sobre cómo usar el movimiento y la posición no sólo para acortar el trabajo de parto, sino para

proporcionar alivio del dolor. Las preguntas de investigación que propone Martin Hollis son:

1. ¿Cuáles son las experiencias cualitativas de las mujeres de deambular o estar confinadas al reposo en cama semi-reclinadas durante la primera etapa del parto?
2. ¿Cuáles son las influencias ambientales, educativas y culturales que persuaden / disuaden a las mujeres a estar físicamente activas durante la primera fase del trabajo de parto?
3. ¿Qué posiciones y actividades maternas detalladas son eficaces en la progresión de la primera fase del parto?

Referencias

- Adachi, K., Shimada, M., & Usai, A. (2003). The relationship between the parturient's positions and perceptions of labor pain intensity. *Nursing Research*, 52(1), 47–51.
- Adams, S.S., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: A study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG*, 119(10), 1238-1246.
- American College of Nurse-Midwives, Midwives Alliance of North America, & National Association of Certified Professional Midwives. (2012). *Supporting healthy and normal physiologic childbirth: A consensus statement by ACNM, MANA, and NACPM*.
- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Risher, P. (2002). *Listening to mothers: Report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Maternity Center Association.
- Declercq, E.R., Sakala, C., Corry, M.P., Applebaum, S. & Herrlich, A. (2013). Major survey findings of Listening to Mothers III: Pregnancy and birth. *Journal of Perinatal Education*, 23(1), 9-16, <http://dx.doi.org/10.1891/1058-1234.23.1.9>
- Goer, H. (2013). Cochrane systematic review supports Lamaze Healthy Birth Practice #2-Walk, Move Around and Change Positions in Labor. *Science & Sensibility Blog*. Retrieved from <http://scienceandsensibility.org/?p=770>
- Goer, H., & Romano, A.M. (2012) *Optimal care in childbirth: The case for a physiologic approach*. Seattle, WA: Classic Day Publishing.
- Hodnett, E. D., Stremler, R., Weston, J. A., & McKeever, P. (2009). Re-conceptualizing the hospital labor room: A pilot trial. *Birth*, 36(2), 159–166.
- Hollins Martin, C.J., & Martin, C. (2013). A narrative review of maternal physical activity during labour and its effects upon length of first stage. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19, 44-49 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2012.09.001>).
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T. Alfierevic, Z., Gates, S., Newborn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J. (2012). Pain management for women in labour: An overview of systematic reviews. *Cochrane Library of Systematic Reviews*, <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009234.pub2/full>>.
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T. Alfierevic, Z., Gates, S., Newborn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J. (2013). Pain management for women in labour: An overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Retrieved March 6, 2014, published on-line June 5, 2013 <<http://summaries.cochrane.org/CD009234/pain-management-for-women-in-labour---an-overview>>
- Laughon, S.K., Branch, D.W., Beaver, J., & Zhang, J. (2012). Changes in labor over 60 years. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 206(5), 419.e1-9, doi: 10.1016/j.ajog.2012.03.003.Epub2012Mar10.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G.J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oct 9; 10: No.: CD003934. doi: 10.1002/14651858. CD003934.pub4 . Retrieved March 6, 2014 from <http://summaries.cochrane.org/CD003934/mothers-position-during-the-first-stage-of-labour>>
- Lee, S.L., Liu, C.Y., Lu, Y.Y. & Gau, M.L. (2012). Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. *JOGNN*, 42(1), 19-28.
- Lothian, J. (2009). Safe, fealthy birth: What every pregnant women needs to know. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 48-54. doi: 10.1624/105812409X461225
- Moms rock and roll through childbirth*. (2013). A program at Cedar Sinai Hospital, Los Angeles, CA.

- Retrieved March 16, 2014 from <http://www.wcax.com/story/22218884/rock-and-roll-deliveries?>.
 Obstetric Care Consensus. (2014). Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery: ACOG and SMFM. *Obstetrics & Gynecology*. Retrieved March 6, 2014 from http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Obstetric_Care_Consensus_Series/Safe_Prevention_of_the_Primary_Cesarean_Delivery
- Priddis, H., Dahlen, H. & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, & implications of birth positions? A review of the literature. *Women and Birth*, 25 (3), 100-106.
- Romano, A.M., & Lothian, J.A. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: A look at the evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(1),94-105. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x 18
- Sakala C., & Corry, M.P. (2008). Evidence-based maternity care: what it is and what it can achieve. New York, NY: Milbank Memorial Fund. Retrieved March 15, 2014 from www.childbirthconnection.com
- Scotland, G., McNamee, P., Cheyne, H., & Barnett, C. (2011). Women's preferences for aspects of labor management; results from a discrete experiment. *Birth*, 38(1), 36-47.
- Simkin, P., & Ancheta, R. (2011). *The labor progress handbook: Early interventions to prevent and treat dystocia (3rd ed.)*. New York, NY: Wiley-Blackwell.
- Shilling, T., Romano, A.M., DiFranco, J. (2007). Care practice: freedom of movement throughout labor. *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 21-4.
- Shilling, T. (2009). Lamaze International Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. Retrieved March 5, 2014 from www.lamazaeinternational.org/cm/id/fid=83
- Storton, S. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis of mother-friendly care. Step 4: Provide the birthing woman with freedom of movement to walk, move, and assume positions of her choice. *Journal of Perinatal Education*, 16 (Supp 1), 25S-27S.
- Traavoni, S., Abdolahian, A.S., Haghani, H., Neysani, L. (2011). Effect of birth ball usage on pain in the active phase of labor: a randomized controlled trial. *Journal of Nurse-Midwifery & Women's Health*, 56(2), 137-140, doi:10.1111/j.1541-2011.2010.00013.x.
- World Health Organization. (1996). *Care in normal birth: A practical guide*. Geneva, Switzerland: Author.

BIOGRAFÍA DE LA AUTORA

MICHELE ONDECK es educadora para el parto y trabaja en Magee-Womens Hospital [Hospital de la Mujer] de la UPMC desde hace más de 30 años. Es Presidente de la Junta Directiva de Lamaze International y consultora en educación comunitaria.

Correspondencia referente a este artículo deberá dirigirse a: Michele L. Ondeck, RN, MEd, IBCLC, LCCE, FACCE.
 E-mail: mondeck@mail.magee.edu o ondeml@mail.magee.edu