

Resultados maternos y neonatales de la atención del parto en un Centro de Parto Normal perihospitalario*

Nathalie Leister^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-1505-1906>

Gisele Almeida Lopes^{1,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-7897-3553>

Caroline de Oliveira Ferreira Iguchi¹

 <https://orcid.org/0009-0002-2423-1383>

Thalita Vital Botelho³

 <https://orcid.org/0000-0002-5196-0066>

Maria Luiza Gonzalez Riesco¹

 <https://orcid.org/0000-0001-9036-5641>

Destacados: **(1)** El CPNp es seguro para la atención de mujeres de bajo riesgo y sus bebés. **(2)** Las mujeres primíparas tienen mayor probabilidad de recibir oxitocina y amniotomía que las mujeres multíparas. **(3)** Las mujeres primíparas tienen mayor probabilidad de ser derivadas durante el parto que las mujeres multíparas. **(4)** Las mujeres primíparas tienen mayor probabilidad de sufrir traumatismo perineal que las mujeres multíparas. **(5)** Las mujeres primíparas tienen mayor probabilidad de tener un parto con fórceps y por cesárea que las mujeres multíparas.

Objetivo: comparar los desenlaces de la atención materna y neonatal con la paridad de las mujeres y describir la morbilidad y mortalidad neonatal de los bebés de mujeres que ingresaron en trabajo de parto.

Método: estudio transversal con 3.397 mujeres ingresadas para parto en un Centro de Parto Normal perihospitalario y sus recién nacidos. La variable de exposición fue paridad y los desenlaces fueron uso de oxitocina y amniotomía, tipo de parto, condición perineal, hemorragia postparto, derivaciones maternas y neonatales y hospitalización del recién nacido en unidades de terapia intensiva o cuidados intermedios. Se realizó análisis descriptivo de los datos y regresión logística.

Resultados: la primiparidad se asoció con mayor probabilidad de recibir oxitocina y amniotomía, ser derivada durante el parto, tener laceración de 2.º grado, episiotomía, hemorragia postparto, cesárea y parto con fórceps e internación del recién nacido en unidades de terapia intensiva o cuidados intermedios. Los partos se produjeron principalmente en posiciones semisentada y erguida, en la cama y en la bañera. La tasa de derivación materna fue del 21,8% y la tasa de derivación neonatal fue del 3,3%. **Conclusión:** la primiparidad es un factor predictivo de las intervenciones analizadas y de los desenlaces maternos y neonatales indeseables. Sin embargo, el Centro de Parto Normal perihospitalario estudiado puede considerarse seguro para el parto de mujeres de bajo riesgo.

Descriptores: Centros de Asistencia al Embarazo y al Parto; Entorno del Parto; Partería; Evaluación de Resultado en la Atención de Salud; Estudios Transversales; Parto.

* Este estudio fue financiado en parte por la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² City St George's, University of London, School of Health and Medical Sciences, Londres, Reino Unido.

³ Associação Comunitária Monte Azul, Casa Angela - Centro de Parto humanizado, São Paulo, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Leister N, Lopes GA, Iguchi COF, Botelho TV, Riesco MLG. Maternal and neonatal outcomes of childbirth care in a Freestanding Birth Centre. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4596 [cited ____ ____ ____]. Available from: _____.

URL

_____|_____|_____|
año mes día

Introducción

En Brasil, el modelo de atención del parto y nacimiento es hospitalocéntrico, intervencionista y medicocéntrico, se caracteriza por tener altas tasas de cesárea, que en 2022 representaron el 58% de los nacimientos⁽¹⁾. En los centros obstétricos, incluso en embarazos de bajo riesgo, la atención generalmente consiste en intervenciones de rutina, no justificadas por razones clínicas u obstétricas, contrarias a las recomendaciones científicas y a las de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽²⁻³⁾.

Este modelo se cuestiona en el país desde la década de 1990, debido al exceso de cesáreas y al estancamiento de las tasas de mortalidad materna y perinatal⁽⁴⁾. Desde entonces, se han formulado políticas públicas para mejorar la atención obstétrica en el Sistema Único de Salud (SUS). Entre estas políticas, se destacan la propuesta de crear Centros de Parto Normal (CPN), en 1999, y la política de la Red Cegonha, en 2011 (recientemente reestructurada como Red Alyne), que incluyó un conjunto de cambios para promover una atención de calidad, que cuenta con lugares más adecuados para dar a luz, según la elección de la gestante, y con obstetras y enfermeras obstétricas responsables de la atención⁽⁵⁾.

En estudios descriptivos y observacionales realizados en CPN perihospitalarios (CPNp) brasileños, también llamados Casas de Parto, los resultados apuntan al uso de buenas prácticas, como el cumplimiento del derecho a tener un acompañante durante toda la hospitalización, admisión en la fase activa del parto, uso de métodos no farmacológicos para aliviar el dolor, libre adopción de la posición de parto y uso prudente de prácticas como amniotomía, administración de oxitocina y episiotomía⁽⁶⁻⁸⁾.

Además, el CPNp promueve la autonomía y la satisfacción de quienes reciben atención^(7,9). En virtud de los buenos desenlaces, incluso cuando hay derivaciones maternas o neonatales a centros obstétricos, la demanda del parto en entornos extrahospitalarios está creciendo a nivel internacional⁽¹⁰⁾.

Los buenos resultados de la atención que brindan los CPNp dependen de criterios de elegibilidad y triage adecuados de las mujeres embarazadas de bajo riesgo⁽¹¹⁻¹²⁾. Los estudios revelan que hay resultados favorables independientemente de la paridad, aunque las primíparas tienen mayores tasas de derivación y cesárea, hemorragia posparto o necesidad de transfusión e infección amniótica sospechada o confirmada. A su vez, los bebés tienen mayor probabilidad de presentar Apgar < 7 a los 5 minutos, ingresar en la unidad de terapia intensiva neonatal, sepsis y muerte neonatal^(11,13-15).

El Ministerio de Salud de Brasil reconoce los buenos desenlaces maternos y neonatales, por ello lanzó, en

2016, la Guía Nacional de Asistencia al Parto Normal, que recomienda que las gestantes reciban información basada en evidencia científica y en formato accesible sobre los riesgos y beneficios asociados a los lugares de parto⁽¹⁶⁾. A partir de entonces, se esperaba que se incentivara aún más el modelo con la creación de nuevos CPNp y el aumento del número de nacimientos en estos lugares, dado que hay fuerte evidencia de que estos servicios son seguros, tienen mejores resultados maternos y perinatales, reducen las tasas de cesárea, mejoran la satisfacción con el parto y son económicamente más sostenibles que la atención de embarazos y partos de bajo riesgo en centros obstétricos^(6,8-9).

Cabe destacar que la Guía Nacional mencionada fue desarrollada en su mayoría en base a estudios y directrices internacionales junto con la literatura brasileña^(2,17). En este caso, hay pocos estudios sobre configuración, funcionamiento, atención y desenlaces en los CPNp en Brasil.

Con el fin de contribuir y avanzar en el conocimiento del modelo de atención y difundir los desenlaces maternos y neonatales de la atención que brindan, los objetivos de este estudio son: 1) comparar los resultados de la atención materna y neonatal con la paridad de las mujeres que ingresaron en trabajo de parto; 2) describir datos de morbilidad y mortalidad neonatal en un CPNp brasileño.

Método

Tipo de estudio

Estudio observacional transversal analítico, cuyo informe sigue las directrices *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para estudios transversales.

Lugar

El estudio se realizó en el CPNp *Casa Angela*, Centro de Parto Humanizado, ubicado en la zona sur de la ciudad de São Paulo, SP, Brasil. Se puede obtener información detallada sobre el lugar de estudio en el sitio web de la institución (<https://www.casaangela.org.br/a-casa-angela.html>).

Casa Angela es administrada por la organización no gubernamental *Associação Comunitária Monte Azul*. Fue fundada en diciembre de 2009 y funcionó parcialmente hasta 2011, brindando atención prenatal, cuidado infantil y talleres para adolescentes. En 2012, el servicio se implementó de manera ininterrumpida, con un modelo de subsidio cruzado y empresas sociales, en el que se financiaba a las mujeres habitantes de la región que no podían pagar la atención

mediante el monto cobrado a quienes sí podían pagar el servicio, y también con donaciones y financiamiento de proyectos que desarrollaba la institución. Este modelo funcionó hasta fines de 2015, cuando se estableció una

alianza con la Secretaría Municipal de Salud de la ciudad de São Paulo para financiar la atención. A partir de 2020, la atención pasó a ser financiada completamente por el SUS y las usuarias no pagan por el servicio (Figura 1).

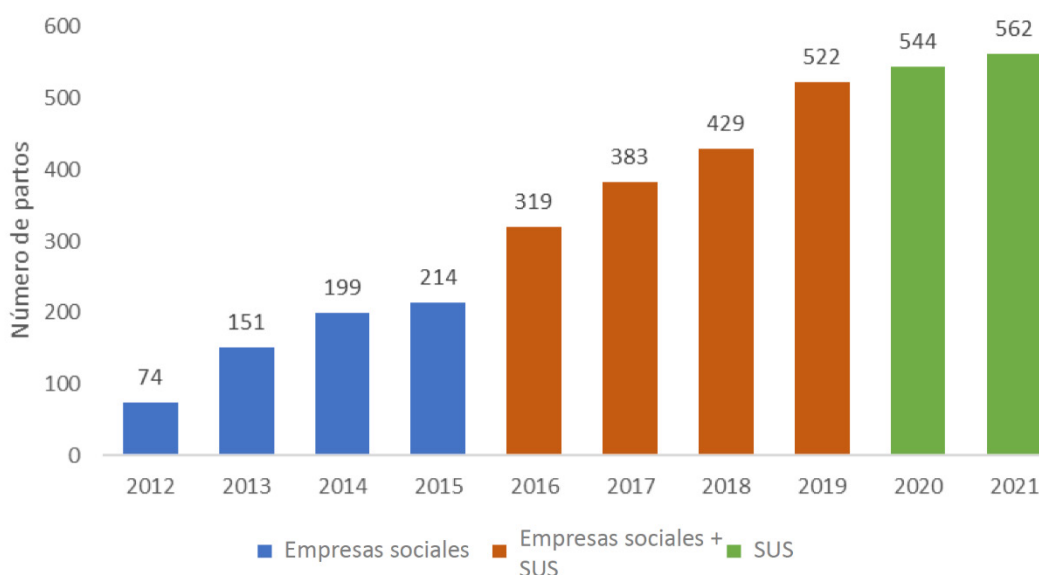


Figura 1 - Distribución de la cantidad de servicios prestados por año y tipo de financiamiento (N = 3.397). São Paulo, SP, Brasil, 2012-2021

Las personas atendidas en *Casa Angela* son derivadas por la unidad básica de salud (UBS) o llegan por demanda espontánea. Las mujeres embarazadas se someten a una evaluación de riesgo y, si cumplen con los criterios de elegibilidad, comienzan a recibir atención prenatal en la institución a partir de las 28 semanas de embarazo. El servicio es exclusivo para personas sanas que cumplan los criterios establecidos en el Manual Técnico de las Casas de Parto del Municipio de São Paulo, documento adoptado como protocolo institucional⁽¹²⁾. El equipo clínico está conformado por 20 obstetras y enfermeras obstétricas y nueve técnicas en enfermería.

La admisión para el parto se realiza después de una evaluación de riesgo y una reevaluación de elegibilidad. La atención del parto se brinda en la sala PPP (preparto, parto y postparto), donde la parturienta/puérpura, el bebé y sus acompañantes permanecen desde el parto hasta 2 horas después del parto. Después del parto, la familia es enviada a una habitación privada en un alojamiento compartido (AC) y el alta se produce alrededor de 24 horas después del parto. Se programan dos consultas posparto con la obstetra o enfermera obstétrica.

Los métodos no farmacológicos y las prácticas integradoras y complementarias de salud (PICS) se adoptan ampliamente. Asimismo, el modelo de atención garantiza la presencia continua de hasta dos acompañantes, todos los bebés se ponen en contacto piel con piel y se los

estimula para que mamen en la primera hora de vida, salvo que requieran atención de emergencia. Aunque estaban disponibles, los datos sobre estas prácticas no se incluyeron en este estudio porque se informaron en estudios previos realizados en el mismo lugar⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Casa Angela cuenta con ambulancia propia para uso inmediato en casos de derivaciones durante el parto, posparto o neonatales al hospital de referencia (*Hospital Municipal do Campo Limpo Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha*), ubicado a 3 kilómetros, con un tiempo aproximado de trayecto de 10 minutos.

Período

El periodo de estudio fue de 2012 a 2021 e incluyó todas las hospitalizaciones de gestantes, los partos y las derivaciones maternas y neonatales.

Población y criterios de selección

Se incluyeron todas las gestantes ingresadas para parto en el CPNp durante el periodo estudiado (n=3.431). Se excluyeron las mujeres embarazadas cuyos registros médicos no fueron localizados (n=5) y las que dieron a luz durante el trayecto a la institución y llegaron al servicio para recibir atención posparto (n=29). La población final estuvo compuesta por 3.397 mujeres.

Variables

La variable de exposición fue la paridad (primíparas, embarazadas que al momento del ingreso para el parto nunca habían dado a luz, o multíparas, que ya habían dado a luz uno o más bebés previamente).

Las variables de desenlace fueron: uso de oxitocina durante el trabajo de parto o el parto (sí o no); realización de amniotomía (sí o no); tipo de parto (vaginal no instrumental, fórceps, cesárea); condición perineal (intacto o laceración perineal de 1^{er} grado, 2.º grado, 3^{er} grado, 4.º grado o episiotomía); hemorragia posparto (HPP) (sí o no); traslado materno al hospital (sí o no, intraparto o postparto); derivación neonatal (sí o no); ingreso neonatal a la unidad de terapia intensiva (UTIN) (sí o no) o unidad de cuidados intermedios (UCIN) (sí o no).

Las otras variables fueron: edad (años); color de piel (blanca, morena, negra o amarilla); educación (primaria incompleta, primaria completa, secundaria completa o superior completa); estado civil (vive o no con la pareja); ingreso mensual (≤ 1 , $>1 \leq 3$, $>3 \leq 6$ o >6); tipo de financiación (empresas sociales o SUS); posición durante el parto (semisentada, cuadrupedia, sentada, en cuclillas, de lado, de pie u otra); lugar del parto (cama, bañera, suelo, banco, ducha u otro); Apgar al 1^{er} y 5.º minuto (0 a 10); morbilidad y mortalidad neonatal relacionada con el parto (descripción de la indicación del ingreso a la UTIN y UCIN).

Fuentes de información e instrumento utilizado

Las fuentes de datos fueron las historias clínicas y los registros de internación, parto y derivación del CPNp, que contienen datos de toda la atención brindada durante el periodo de estudio. Para la recolección de datos, las autoras desarrollaron un instrumento físico con variables demográficas y de atención clínica, obstétrica y neonatal, que fue completado para cada una de las gestantes incluidas.

Recolección de datos

La recolección fue realizada por tres obstetras y una enfermera obstétrica capacitadas, entre junio de 2018 y marzo de 2020. Debido a la pandemia de COVID-19, la recolección se interrumpió entre 2020 y 2021, se reanudó en febrero de 2022 y concluyó en noviembre de 2022.

Procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados de los instrumentos fueron ingresados en una hoja de cálculo de *Microsoft Excel*

y posteriormente transferidos al programa de análisis estadístico R v4.3.2 para ser analizados.

Las variables categóricas se describieron mediante frecuencia absoluta y relativa y las variables continuas, con media y desviación estándar.

Para analizar la asociación entre la exposición y las variables categóricas de desenlace, se utilizó la prueba de chi-cuadrado y, cuando fue necesario, la prueba de chi-cuadrado con simulación de Monte Carlo. Para calcular el *odds ratio* (OR), se utilizaron regresiones logísticas binarias y multinomiales. El intervalo de confianza fue del 95% (IC 95%).

Aspectos éticos

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo (CEP-EEUSP) con dictamen n.º 2.026.648 de 2017 y autorizada por el Comité Científico de *Casa Angela*. No fue necesario completar el formulario de consentimiento libre e informado, dado que los datos fueron recolectados de las historias clínicas, los registros de internación, parto y derivación de la institución.

Resultados

Las 3.397 mujeres embarazadas atendidas en *Casa Angela* de 2012 a 2021 fueron en su mayoría primíparas (72,2%), tenían en promedio 27,6 (DE=5,4) años de edad, color de piel blanca (56,9%), tenían educación superior completa (47,2%), estaban en unión estable (65,9%) y tenían un ingreso mensual promedio entre 1 y 3 salarios mínimos (49,8%). Los partos ocurrieron principalmente en posición semisentada (30,9%), en la cama (38,2%) y en la bañera (24,7%). El hecho de que el número de participantes sea $n < 3.397$ para las variables color de piel, educación, estado civil e ingreso familiar se debe a la falta de información en las fuentes de datos del estudio, con pérdidas que van desde 17,5% (educación) hasta 23,5% (ingreso familiar) (Tabla 1).

Dado que las características de las mujeres presentadas en la Tabla 1 no fueron consideradas exposición, el análisis de estas variables no fue estratificado por paridad.

Con respecto al recién nacido (RN), el puntaje de Apgar promedio en el 1^{er} minuto fue de 8,9 (DE=1,2; mínimo=0; máximo=10) y en el 5.º minuto, de 9,7 (DE=0,8; mínimo=0; máximo=10), lo que indica buena vitalidad al nacer; el 95,3% ($n=3.236$) y el 99,4% ($n=3.375$) tuvieron Apgar ≥ 7 en el 1^{er} y 5.º minuto, respectivamente (datos no incluidos en la tabla).

Tabla 1 - Características de las mujeres ingresadas en *Casa Angela*. São Paulo, SP, Brasil, 2012-2021

Característica	Media (DE) – Mínimo-Máximo
Edad (años) (N=3.397)	27,6 (5,4) – 14-46
	N (%)
Paridad	3.397 (100)
Primípara	2.451 (72,2)
Múltipara	946 (27,8)
Color de piel	2.796 (100)
Blanco	1.591 (56,9)
Moreno	785 (28,1)
Negro	310 (11,1)
Amarillo	85 (3,0)
Indígena	25 (0,9)
Educación	2.854 (100)
Educación superior completa	1.346 (47,2)
Educación secundaria completa	1.285 (45,0)
Educación primaria completa	162 (5,7)
Educación primaria incompleta	61 (2,1)
Estado civil	2.830 (100)
En unión estable	1.865 (65,9)
Sin unión estable	965 (34,1)
Ingreso familiar (salarios mínimos)*	2.610 (100)
≤ 1	268 (10,3)
1 – 3	1.302 (49,8)
3 – 6	688 (26,4)
> 6	352 (13,5)
Posición de parto [†]	2.746 (100)
Semisentada	851 (30,9)
Cuadrupedia	488 (17,8)
Sentada	469 (17,1)
Cuciillas	437 (15,9)
De lado	298 (10,9)
De pie	110 (4,0)
Otra [‡]	93 (3,4)
Lugar del parto ^{†‡}	2.746 (100)
Cama	1.048 (38,2)
Bañera	679 (24,7)
Piso	448 (16,3)
Banco	428 (15,6)
Ducha	107 (3,9)
Otro [§]	8 (0,3)
Fuera de la sala PPP	28 (1,0)

*Corresponde al salario mínimo del año en que la mujer fue atendida en *Casa Angela*, de 2012 a 2021, y oscila entre R\$ 622,00 y R\$ 1.100,00 en ese período; [†]Incluye sólo mujeres que dieron a luz en *Casa Angela*; [‡]Supina, rodillas, "pastor" (una rodilla levantada y la otra apoyada); [§]Silla, sillón; ^{||}Preparto, parto y posparto

Los resultados de la atención y los desenlaces maternos analizados según la paridad se presentan en

la Tabla 2. La tasa de derivación materna total (intraparto y posparto) fue del 21,8% (n=738).

Tabla 2 - Atención materna y desenlaces según la paridad de las mujeres ingresadas en *Casa Angela*. São Paulo, SP, Brasil, 2012-2021

Variable	Primípara	Múltipara	Total	valor p
	N (%)	N (%)	N (%)	
Oxitocina	2.451 (100)	946 (100)	3.397 (100)	<0,001*
Sí	156 (6,4)	18 (1,9)	174 (5,1)	
No	2.295 (93,6)	928 (98,1)	3.223 (94,9)	
Amniotomía	2.451 (100)	946 (100)	3.397 (100)	<0,001*
Sí	339 (13,8)	86 (9,1)	425 (12,5)	
No	2.112 (86,2)	860 (90,9)	2.972 (87,5)	
Tipo de parto	2.451 (100)	946 (100)	3.397 (100)	<0,001*
Vaginal no instrumental	2.147 (87,6)	935 (98,8)	3.082 (90,8)	
Cesárea	270 (11,0)	10 (1,1)	280 (8,2)	
Fórceps	34 (1,4)	1 (0,1)	35 (1,0)	<0,001†
Estado perineal‡	2.085 (100)	915 (100)	3.000 (100)	
Perineo intacto	226 (10,8)	242 (26,4)	468 (15,6)	
Laceración de 1º grado§	1.177 (56,6)	545 (59,6)	1.722 (57,4)	0,023*
Laceración de 2º grado	591 (28,3)	125 (13,7)	716 (23,9)	
Laceración de 3º grado	13 (0,6)	1 (0,1)	14 (0,5)	
Laceración de 4º grado	-	1 (0,1)	1 (0,0)	<0,001*
Episiotomía	78 (3,7)	1 (0,1)	79 (2,6)	
Hemorragia posparto¶	1.853 (100)	893 (100)	2.746 (100)	
Sí	184 (9,9)	65 (7,3)	249 (9,1)	<0,001*
No	1.669 (90,1)	828 (92,7)	2.497 (90,9)	
Derivación	2.451 (100)	946 (100)	3.397 (100)	
Intraparto	598 (24,4)	53 (5,6)	651 (19,2)	0,092*
Posparto	66 (2,7)	21 (2,2)	87 (2,6)	

*Prueba de chi-cuadrado; †Incluye datos parciales de los partos hospitalarios; ‡Simulación de Monte Carlo; §Incluye laceraciones vulvares; ||Partos en el hospital; ¶Incluye datos sólo de las mujeres que dieron a luz en *Casa Angela*

En lo que respecta a las mujeres que presentaron HPP, 58 (23,3%) fueron trasladadas al hospital por presentar alteraciones en los signos vitales o anemia grave (nivel de hemoglobina inferior a 7,0 g/dL). Todas las mujeres que presentaron laceración cervical (n=6; 0,2%) y 8 de las 14 mujeres que presentaron laceración perineal de 3º grado en *Casa Angela* fueron derivadas al hospital después del parto para recibir atención médica especializada (datos no incluidos en la tabla).

La tasa de derivación neonatal fue del 3,3% (n=113), el 3,3% (n=81) fue de RN de mujeres primíparas y el 3,4% (n=32) de RN de mujeres múltiparas (p=0,910, prueba de chi-cuadrado) (datos no incluidos en la tabla).

De los RN derivados al hospital, 88 (77,9%) fueron ingresados en el AC para fototerapia, evaluación médica o exámenes, y fueron dados de alta del hospital o

volvieron a *Casa Angela* después del tratamiento (datos no incluidos en la tabla).

De las 3.397 mujeres, 84 (2,5% o 25/1.000) tuvieron el RN ingresado en la UTIN o UCIN; se observó diferencia estadísticamente significativa con respecto a la paridad, como se puede ver en la Tabla 3. En la misma tabla se describen las indicaciones de ingreso a la UTIN o UCIN. Las indicaciones para realizar exámenes complementarios y de rutina hospitalaria incluyen RN con sospecha de malformación o patología a determinar; en general, son procedimientos que siguen el protocolo específico del servicio de neonatología, indicado para cada caso.

Además de las morbilidades descritas en la Tabla 3, también hubo 11 (0,40%) casos de fractura de clavícula y 2 (0,07%) de lesión del plexo braquial. Se registraron 2 (0,07%) mortinatos y 2 (0,06%) muertes neonatales precoces.

Tabla 3 - Ingreso de recién nacidos a UTIN* y UCIN† e indicaciones (N = 3.397). São Paulo, SP, Brasil, 2012-2021

Variable	Primípara	Múltipara	Total	valor p
	N=78 (%)	N=6 (%)	N=84 (%)	
Sin ingreso a UTI/UCI	2.373 (69,85) [‡]	940 (27,67) [‡]	3.313 (97,5)	
Ingreso a UTIN*	53 (1,56) [‡]	5 (0,15) [‡]	58 (1,7)	<0,001 [§]
Ingreso a UCIN†	25 (0,74) [‡]	1 (0,03) [‡]	26 (0,8)	
Indicación de ingreso a UTIN*/UCIN†			84 (100%)	
Molestias respiratorias			24 (28,6)	
Infección o riesgo de infección/tratamiento con antibióticos			18 (21,4)	
Asfixia/hipoxia perinatal			10 (11,9)	
Apgar bajo			9 (10,7)	
Realización de exámenes complementarios			9 (10,7)	
Síndrome de aspiración de meconio			8 (9,5)	
Ictericia			4 (4,8)	
Convulsión por encefalopatía			1 (1,2)	
Rutina hospitalaria			1 (1,2)	

*Unidad de terapia intensiva neonatal; †Unidad de cuidados intermedios neonatales; ‡Debido al % reducido, los valores se presentan con dos decimales;

§Prueba de chi-cuadrado

Los desenlaces maternos que mostraron una diferencia estadísticamente significativa se analizaron mediante modelos de regresión, con cálculo de OR e IC del 95% (Tabla 4).

La probabilidad de recibir oxitocina y amniotomía de las mujeres primíparas es 3,5 y 1,6 veces mayor que la de las múltiparas, respectivamente. La probabilidad de las mujeres primíparas de tener una laceración de 2.º grado, tener HPP y ser derivada durante el parto también es

mayor (2,6, 40,4 y 5,5 veces, respectivamente). En cuanto a la cesárea, el fórceps y la episiotomía, la probabilidad también fue mayor para las mujeres primíparas (11,8, 14,8 y 43,7, respectivamente), a pesar de que un IC del 95% es amplio (Tabla 4).

En lo que respecta a la hospitalización del RN en la UTIN o UCIN, los resultados revelaron que la probabilidad de que el bebé sea ingresado en estas unidades neonatales fue 5,2 veces mayor en el caso de las mujeres primíparas (Tabla 4).

Tabla 4 - Odds ratio (OR) e intervalo de confianza del 95% (IC95%) de los desenlaces maternos y de hospitalización neonatal según la paridad de las mujeres ingresadas para parto en Casa Angela. São Paulo, SP, Brasil, 2012-2021

Desenlace (n=3.397)	OR (IC 95%)	valor p
Oxitocina	3,5 (2,2-5,9)	<0,001*
Amniotomía	1,6 (1,3-2,1)	<0,001*
Cesárea	11,8 (6,2-22,2)	<0,001†
Fórceps	14,8 (2,0-108,3)	0,008†
Laceración perineal de 2.º grado	2,6 (2,1-3,8) [‡]	<0,001†
Episiotomía	43,7 (6,1-314,2) [‡]	<0,001†
Hemorragia posparto	40,4 (1,1-1,9)	0,024*
Derivación intraparto	5,5 (4,1-7,4)	<0,001†
Ingreso del recién nacido a la UTIN/UCIN [§]	5,2 (2,4-13,3)	<0,001*

*Regresión logística binaria; †Regresión logística multinomial; ‡Calculado versus perineo intacto y laceración perineal de 1.º grado juntos; §Unidad de terapia intensiva neonatal/Unidad de cuidados intermedios neonatales

Discusión

Este estudio presenta los resultados del proceso de atención del parto en el modelo de CPNp a partir de la

caracterización de Casa Angela, la población atendida, la atención brindada y los desenlaces maternos y neonatales a lo largo de 10 años de funcionamiento. Dada la escasez y subutilización del CPNp en Brasil, estos resultados buscan

contribuir a la difusión del modelo, expansión, incentivo y creación de nuevos CPNp.

Los datos disponibles sobre la caracterización de las mujeres que recibieron atención difieren tanto en los artículos publicados a nivel nacional como internacional, lo que dificulta comparar los resultados. En cuanto al color de piel, a diferencia de los hallazgos de este estudio, en las Casas de Parto de Minas Gerais y Río de Janeiro, la mayoría de las mujeres declaró que se consideraba negra o morena^(6,8); mientras que, en estudios realizados en el Reino Unido y Estados Unidos, el 88% de las mujeres declaró que pertenecía a la etnia blanca^(14,20-21) (*white British, white European o any other white ethnicity*).

El perfil de los usuarios de *Casa Angela* en relación al color de piel, estado civil y educación sugiere un acceso limitado para personas en situación de vulnerabilidad, lo que indica que es necesario promover políticas y acciones locales para aumentar la difusión del servicio.

Con respecto a la paridad femenina, los datos coinciden con los de un estudio reciente realizado en Río de Janeiro⁽⁶⁾ y Australia⁽²²⁾, en los que predominan las mujeres primíparas, pero difieren de los obtenidos en estudios realizados en Reino Unido^(14,23). Los resultados del estudio "*Birthplace*", que analizó los desenlaces maternos y neonatales de mujeres con embarazos de bajo riesgo, informaron que las primíparas eran minoría en los CPNp del Reino Unido y que el 36% de las primíparas que optaron por dar a luz en Casas de Parto fueron derivadas al hospital durante el trabajo de parto⁽¹⁵⁾. Este hallazgo puede disuadir a las madres primerizas de elegir este modelo como primera opción para dar a luz, dado que aproximadamente 1/3 de ellas termina dando a luz en el hospital; dicho dato no coincide con el del presente estudio.

En *Casa Angela* las posiciones de parto adoptadas fueron variadas y predominaron las posiciones verticales. Esto demuestra la práctica asistencial adoptada por el modelo de los CPN brasileños, que incentiva y apoya las elecciones de las mujeres. Durante el período expulsivo hay que evitar las posiciones supinas (dorsal, ginecológica y de litotomía), ya que se asocian a una mayor incidencia de anomalías en los latidos cardíacos fetales y a la práctica de episiotomía, además de dificultar el parto vaginal espontáneo⁽²⁴⁾. Estudios recientes sobre CPNp no informan la posición de parto elegida por las mujeres, tal vez debido a la falta de información en las historias clínicas o a que no hay asociación entre las posiciones y los desenlaces de morbilidad y mortalidad, que comúnmente son el foco de los estudios.

De manera similar, los CPN fomentan que el parto no se realice en la cama, que a menudo se considera el principal lugar para dar a luz. El segundo lugar donde más mujeres dieron a luz en *Casa Angela* fue la bañera. El parto

en el agua reduce el uso de analgésicos y anestésicos debido a su efecto relajante, que provoca alivio del dolor durante las contracciones. También reduce la práctica de la episiotomía al permitir un parto *hands off* (que ocurre sin que el profesional toque la región perineal de la mujer), reduce las posibilidades de HPP, aumenta las posibilidades de que el perineo siga intacto y la satisfacción de la mujer con la atención del parto. Además, el parto en el agua no altera ningún resultado clínico del RN⁽²⁵⁾.

Complicaciones como laceraciones cervicales o perineales graves son raras en las Casas de Parto. Cabe destacar que, durante el período estudiado, no se realizaron episiotomías en *Casa Angela*, pero se reportaron tasas entre 1,0% y 8,3% en otros CPNp^(6,22-23). La práctica de la no episiotomía se basa en estudios científicos sobre protocolos de no-episiotomía, dado que dicha intervención no previene laceraciones graves⁽²⁶⁾.

Hay que considerar que las prácticas menos intervencionistas influyen en los traumas perineales. Por ello, las tasas de episiotomía son menores y hay mayor integridad perineal en los partos que ocurren en CPN⁽¹⁹⁾. La clasificación del grado de laceración puede variar, pero con el entrenamiento del equipo se puede mejorar⁽²⁷⁾. En *Casa Angela* las abrasiones perineales y vulvares y las laceraciones en el labio interno se clasifican como laceraciones de 1^{er} grado.

En general, las tasas de laceraciones de 3^{er} y 4.^o grado son bajas, pero los datos de este estudio difieren de los encontrados en una revisión sistemática de países de altos ingresos, donde la tasa fue del 2,7%⁽²⁸⁾. La diferencia observada debe ser estudiada más a fondo, pero puede estar vinculada a la (in)disponibilidad de los datos perineales de las mujeres derivadas intraparto al hospital o a la subnotificación.

No se encontraron estudios que informen la presencia de laceraciones cervicales. En *Casa Angela*, las laceraciones cervicales y perineales severas son motivo de derivación postparto.

Con respecto a la HPP, aunque se presentó en el 9,1% de los partos en este estudio, sólo el 2,1% de las mujeres debió ser derivada al hospital por este motivo. Estudios internacionales arrojan datos similares: en Australia, el 3,4% de las mujeres que tuvieron HPP recibieron transfusiones posparto⁽²²⁾; una pérdida de sangre superior a 1.000 ml representa alrededor del 1,2% de los partos en CPNp ubicados en países de altos ingresos⁽²⁸⁾.

Como los medicamentos para prevenir y controlar la HPP son parte de los protocolos de atención^(12,16), cuando no hay cambio en los signos vitales o diagnóstico de anemia posthemorrágica, los profesionales de la Casa de Parto pueden tratar y continuar brindándoles atención a esos casos, sin necesidad de derivarlos al hospital.

Un estudio sobre los factores de riesgo de ingreso hospitalario debido a HPP, definida como pérdida de sangre > 1.000 ml, clasificó el riesgo de HPP como medio para las mujeres con una cicatriz uterina o más de tres partos vaginales previos⁽²⁹⁾. No se encontraron estudios que relacionen la paridad como factor independiente de HPP, especialmente en CPNp. Sin embargo, el presente estudio reveló que ser primípara aumenta el riesgo de HPP. Este hallazgo puede estar relacionado con el hecho de que los factores de riesgo previos al parto de HPP hacen que la mujer embarazada no sea elegible para el parto en la Casa de Parto. Por ende, en los CPNp prevalecen los factores de riesgo intraparto de presencia de HPP, como trabajo de parto prolongado, trauma perineal de 3^{er} y 4.º grado y la detención de la progresión, que son más frecuentes en primíparas que en múltiparas⁽³⁰⁾.

En cuanto al tipo de parto, se sabe que las altas tasas de cesárea no son beneficiosas y aumentan la morbilidad y mortalidad materna, especialmente en países de ingresos medios y bajos⁽³¹⁾. Según la OMS, las tasas ideales para que los resultados de la cirugía sean beneficiosos y generen una experiencia positiva serían entre 10 y 15%⁽³²⁾. Por lo tanto, la tasa de cesáreas del 58% en Brasil⁽¹⁾ requiere un análisis crítico, dado que está muy por encima de la tasa recomendada.

Los CPN fueron implementados en el SUS para, además de promover la reducción de las tasas de cesáreas, cualificar la atención obstétrica y brindar una atención humanizada, que respete la autonomía de la mujer y el proceso fisiológico del parto⁽⁵⁾. La selección adecuada de embarazos de bajo riesgo, profesionales capacitados y cualificados y el ambiente de los CPNp (una estructura que favorece el parto fisiológico, a diferencia del parto hospitalario), pueden dar como resultado partos con menos intervenciones, que no comprometan los desenlaces maternos y neonatales⁽³³⁾.

En el presente estudio, la tasa de parto normal fue del 90,8%. Una revisión sistemática en países de altos ingresos informa que la tasa de parto normal de la atención iniciada en CPN es del 83%, mientras que en la atención iniciada en el hospital la tasa es del 61,7%⁽²⁸⁾. Un estudio australiano informó que recibir atención durante el trabajo de parto en un CPN aumenta tres veces la probabilidad de tener un parto normal⁽²²⁾. Además, una revisión integradora, que analizó 56 estudios, demostró que los partos realizados en CPNp tuvieron un número significativamente menor de intervenciones⁽⁷⁾. Por lo tanto, la elección del lugar de parto incide directamente en el tipo de parto; es decir, planificar el parto fuera del entorno hospitalario aumenta la probabilidad de parto normal y reduce las cesáreas y los partos instrumentales^(22,28).

La Guía de Atención del Parto Normal de Brasil y el *Intrapartum Care Guideline* del Reino Unido recomiendan el uso prudente de la oxitocina y la amniotomía⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. El uso de oxitocina en este estudio fue incluso menor que en otros CPNp brasileños, donde la administración de oxitocina se realizó en el 27,5%-30,7% de los casos^(6,8). Sin embargo, la práctica de amniotomía fue mayor que la del CPNp de Río de Janeiro (1,2%)⁽⁶⁾. No fue posible comparar estos datos con estudios realizados en países de altos ingresos, ya que la oxitocina no está disponible para ser utilizada durante el trabajo de parto en los CPNp, sino solo para la prevención y el manejo de la HPP. Cuando se identifica que es necesario llevar a cabo la conducción del parto, la mujer es derivada al hospital⁽¹⁷⁾.

La tasa de derivación intraparto varía mucho en los estudios nacionales e internacionales (3,6%-37,4%)^(8,15,34-36), y es mayor en mujeres primíparas (22,5%-34,1%) que en múltiparas (2,9%-12,2%)^(22,34). Es necesario estudiar mejor esta gran variación, sin embargo, puede estar asociada a las particularidades de cada institución, como ubicación, proximidad y convenios con el hospital de referencia, profesionales que atienden el parto, protocolos de atención y derivación, disponibilidad de recursos humanos y materiales, entre otros.

En lo que respecta a las derivaciones posparto y neonatales, hay menor discrepancia entre los estudios. Las derivaciones posparto rondan el 1,0% y las derivaciones neonatales están entre 6,1% y 6,9%^(6,35).

Los buenos resultados de la atención a las mujeres ingresadas para parto en *Casa Angela* son independientes de la paridad, es decir, las intervenciones y los desenlaces maternos y neonatales indican el cumplimiento de las recomendaciones para el éxito del modelo^(5,12,16,28). Esta conclusión se basa en estudios nacionales e internacionales que comparan a las mujeres de bajo riesgo que planearon dar a luz en Casas de Parto con las que planearon dar a luz en hospitales^(8,15,21-22).

En cuanto a los RN, se destacan los excelentes puntajes de Apgar, que coinciden con los encontrados en diferentes Casas de Parto brasileñas, donde el 95,2%-99,6% de los bebés obtuvieron Apgar ≥ 7 en el 1^{er} minuto y 98,9%-99,9% en el 5^o^(6,8). Un estudio reciente realizado en Estados Unidos también observó que el 97,9% de los bebés tenía Apgar ≥ 7 en el 5.º minuto de vida⁽²⁰⁾. En CPNp, los factores asociados con Apgar < 7 al 5.º minuto incluyen complicaciones como distocia de hombros, prolapso del cordón, sangrado intraparto y estado fetal no tranquilizador⁽⁸⁾ y, en estudios comparativos, los puntajes de Apgar son similares a los encontrados en bebés de bajo riesgo nacidos en el hospital^(6,20).

Con respecto a la derivación neonatal, en el CPNp los recursos están restringidos a la atención de bajo riesgo; por lo tanto, en los casos en los que se requiere realizar

una evaluación médica, exámenes complementarios o tratamientos específicos, como la fototerapia, hay que derivar al RN al hospital. Dichos motivos no se relacionan directamente con la atención del parto. Como resultado, en este estudio, la gran mayoría de los RN (77,9%) fueron trasladados por motivos no relacionados con el parto e ingresados en AC, no presentaban repercusión clínica grave y no fue necesario ingresarlos a la UTIN o UCIN.

En cuanto a los ingresos a UTIN o UCIN, se encontraron resultados similares en estudios internacionales (1,2%-2,6%), algunos no especificaban si se trataba de cuidados intensivos o intermedios⁽²⁸⁾. En el presente estudio, los principales motivos de hospitalización en estas unidades de atención fueron dificultad respiratoria, infección o riesgo de infección, Apgar bajo, asfixia o hipoxia perinatal, ictericia y síndrome de aspiración de meconio.

Si bien observamos que la probabilidad de que el RN sea ingresado en una UTIN o UCIN era 5,2 veces mayor en las mujeres nulíparas, un estudio sobre CPN intra y perihospitalaria en el Reino Unido no encontró diferencias con la paridad⁽³⁷⁾.

La morbilidad neonatal es una de las principales preocupaciones en la atención del parto en CPNp y destaca la importancia de cualificar a las obstetrices y enfermeras obstétricas para la evaluación y atención inmediata de los RN.

Lo mismo ocurre con la muerte neonatal. Este estudio encontró una tasa del 0,06%, mientras que la revisión sistemática de países de altos ingresos encontró 0,02%⁽²⁸⁾ y el estudio estadounidense 0,03%⁽²⁰⁾. Sin embargo, un estudio realizado en CPNp australianos informó una tasa del 0,3%⁽³⁶⁾, cinco veces más alta que la del presente estudio.

Cabe destacar que, a pesar de las diferencias encontradas en las tasas de morbilidad y mortalidad entre los estudios sobre CPNp, estas no son diferentes de las encontradas en bebés de mujeres con bajo riesgo que dan a luz en un ambiente hospitalario⁽¹³⁾.

En *Casa Angela* solo se presentaron dos casos de mortinatos (0,06%) durante el periodo analizado por este estudio, tres veces más que los datos de la revisión sistemática de estudios de países de altos ingresos, que informaron un 0,02% de mortinatos⁽²⁸⁾. Sin embargo, un estudio australiano reportó un porcentaje cuatro veces mayor, 0,24%⁽²²⁾.

Los datos de mortalidad deben analizarse con cautela debido a la rareza del evento y al tamaño de la muestra de los estudios. La tasa de partos que ocurren en CPNp es de alrededor del 0,3% en Brasil⁽¹⁾, lo que imposibilita calcular el tamaño de la muestra utilizando la mortalidad neonatal como desenlace primario; por lo tanto, cuando ocurre una muerte en un estudio con una muestra no calculada para ese desenlace, los datos informados pueden estar sesgados.

La mayoría de los estudios se centran en los resultados de los partos en los CPNp y no realizan un seguimiento de las mujeres y los bebés después de derivarlos al hospital. Esto afecta negativamente la calidad de los datos y puede estar relacionado con las tensiones y desafíos que aún existen en la relación entre las Casas de Parto y los hospitales de referencia.

La paridad, como predictivo de intervenciones (oxitocina y amniotomía) y de desenlaces indeseables (cesárea, fórceps, laceración de 2.º grado, episiotomía, HPP, derivación intraparto y hospitalización del RN en UTIN y UCIN), indica que la primiparidad aumenta la probabilidad de las mismas, excepto la derivación postparto. Si bien las mujeres primíparas tienen peores desenlaces que las mujeres múltiparas en este CPNp, los mismos no son peores que los desenlaces que tendrían si decidieran dar a luz en el hospital^(6,8,21-22). La relevancia de este hallazgo indica que es necesario prestarles mayor atención a las mujeres primíparas que a las múltiparas, pero también destaca la calidad y seguridad de la atención que se brinda.

El modelo de atención, la cultura local, los recursos físicos y materiales, la organización del trabajo, los recursos humanos, el liderazgo y la facilidad de cambio y adaptación son condiciones importantes para que la atención del parto se realice con menos intervenciones y un uso adecuado de tecnologías⁽³⁸⁻³⁹⁾. Si bien, desde el lanzamiento del Guía de Atención del Parto Normal, que les recomiendan a los profesionales de la salud informar que los CPNp son una opción segura para las mujeres de bajo riesgo, el potencial de estos establecimientos aún no se aprovecha, ya sea por la subutilización de las Casas de Parto existentes, el casi inexistente incentivo para crear nuevos CPNp, o porque no se reconoce la autonomía de las obstetrices y enfermeras obstétricas en la atención del parto. Cabe destacar que otros países también enfrentan las mismas barreras y dificultades para expandir este modelo de servicio⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾.

Este estudio concuerda con las prioridades de investigación para enfermería propuestas por la Asociación Brasileña de Enfermería, que recomienda el análisis de indicadores de atención en los CPN⁽⁴²⁾.

Sin embargo, dados los buenos resultados observados en este estudio, se deberían fomentar más investigaciones sobre CPNp. Este lugar de parto, junto con el liderazgo de la atención que brindan las obstetrices y enfermeras obstétricas, es un potenciador de la lucha contra el modelo biomédico e intervencionista vigente en el país.

Cabe destacar que, desde su concepción y creación, el objetivo de dichos lugares y profesionales ha sido ofrecer y promover un modelo de atención biopsicosocial, fisiológico y respetuoso.

Recomendamos que futuros estudios incluyan los desenlaces de las derivaciones intraparto, posparto y neonatales y destaquen que el modelo de atención en el CPNp está vinculado al hospital de referencia. No informar esos resultados desconoce la existencia de esta asociación colaborativa con el hospital, que hace posible y viable la existencia de los CPNp⁽³⁹⁾.

Para contribuir al avance científico, también recomendamos que se lleven a cabo estudios prospectivos, a pesar de que se conocen las dificultades y el tiempo que requieren debido al bajo número de mujeres que recibe atención en estos lugares. Entendemos que de esta manera contribuimos al conocimiento y difusión de indicadores y a la promoción del CPNp como lugar de parto seguro para la atención de mujeres con embarazos de bajo riesgo.

Las limitaciones del estudio se relacionan principalmente con el diseño transversal, con las fuentes de datos secundarias (historias clínicas y registros de internación) y posibles sesgos de información y de confusión. Algunos datos relativos a las variables que caracterizan a la mujer embarazada, además del lugar y la posición de parto, han sufrido cambios importantes a lo largo de los años. Por ese motivo, no se pudo recolectar información sobre color de piel, educación, estado civil, ingreso familiar, posición de parto y lugar del parto de toda la población del estudio, solo de la que estaba disponible en las fuentes de datos.

Conclusión

En comparación con las mujeres multíparas, las primíparas tienen mayor probabilidad de derivación intraparto, uso de oxitocina, amniotomía, laceración perineal de 2.º grado, episiotomía, HPP, fórceps, cesárea y hospitalización del RN en UTIN o UCIN.

Sin embargo, incluso en las mujeres primíparas, las prácticas de atención en el CPNp revelan uso restringido de intervenciones (oxitocina, amniotomía, episiotomía), prevalencia de integridad perineal o traumatismo perineal leve (laceraciones de 1.º grado) y elección por parte de las mujeres de posiciones verticales y parto fuera de la cama. Cabe destacar que las bajas tasas de cesáreas y fórceps y de morbilidad y mortalidad materna y neonatal son compatibles con el perfil de mujeres de bajo riesgo que reciben atención en el lugar.

A su vez, contar con apoyo hospitalario es fundamental para la atención de la mujer y del RN, dado que las derivaciones maternas y neonatales, incluso con tasas bajas, son un desenlace previsto en el modelo de CPNp.

Por lo tanto, los resultados indican el parto en *Casa Angela* es seguro y que las Casas de Parto son importantes como lugar de parto en Brasil para luchar contra las altas tasas de cesárea e intervenciones innecesarias durante el parto.

Agradecimientos

Nos gustaría agradecerle a Bernardo dos Santos su colaboración en el análisis de los datos.

Referencias

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos [Internet]. Brasília; 2022 [cited 2024 Dec 5]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
2. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2023 Dec 19]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;sequence=1>.
3. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Suppl 1):S17-S32. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
4. Motta CT, Moreira MR. Will Brazil comply with the SDG 3.1 of the 2030 Agenda? An analysis of maternal mortality, from 1996 to 2018. *Cienc Saude Colet*. 2021;26(10):4397-409. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10752021>
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 5.350 de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 5];178(Seção 1):90-4. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html
6. Medina ET, Mouta RJO, Carmo CND, Theme MM Filha, Leal MDC, Gama SGND. Good practices, interventions, and results: a comparative study between a birthing center and hospitals of the Brazilian Unified National Health System in the Southeastern Region, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2023;39(4):e00160822. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT160822>
7. Bączek G, Tataj-Puzyna U, Sys D, Baranowska B. Freestanding midwife-led units: A narrative review. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2020;25:181-8. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_209_19
8. Santos NCP, Vogt SE, Duarte ED, Pimenta AM, Madeira LM, Abreu MNS. Factors associated with low Apgar in newborns in birth center. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(suppl 3):297-304. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0924>
9. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D, Soltani H, et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane*

- Database Syst Rev. 2024;4(4):CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>
10. MacDorman MF, Barnard-Mayers R, Declercq E. United States community births increased by 20% from 2019 to 2020. *Birth*. 2022;49:559-68. <https://doi.org/10.1111/birt.12627>
 11. Shazly SA, Borah BJ, Ngufor CG, Torbenson VE, Theiler RN, Famuyide AO. Impact of labor characteristics on maternal and neonatal outcomes of labor: A machine-learning model. *PLoS One*. 2022;17(8):e0273178. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273178>
 12. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual Técnico das Casas de Parto do Município de São Paulo [Internet]. São Paulo: SMS-SP; 2019 [cited 2024 Dec 5]. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/manual_tecnico_das_casas_de_parto_23_4_2019.pdf
 13. Phillippi JC, Danhausen K, Alliman J, Phillippi RD. Neonatal outcomes in the birth center setting: A systematic review. *J Midwifery Womens Health*. 2018;63(1):68-89. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12701>
 14. Christensen LF, Overgaard C. Are freestanding midwifery units a safe alternative to obstetric units for low-risk, primiparous childbirth? An analysis of effect differences by parity in a matched cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;(1):14. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1208-1>
 15. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2011;343:d7400. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7400>
 16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal [Internet]. Brasília: MS; 2017 [cited 2024 Dec 5]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
 17. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care. Londres: NICE; 2023 [cited 2024 Dec 5]. 128 p. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>
 18. Leister N, Teixeira TT, Mascarenhas VHA, Gouveia LMR, Caroci-Becker A, Riesco ML. Complementary and integrative health practices in a Brazilian freestanding birth center: A cross-sectional study. *Holist Nurs Pract*. 2025;39(1):40-8. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000535>
 19. Lopes GA, Leister N, Riesco MLG. Perineal care and outcomes in a birth center. *Texto Contexto Enferm*. 2019;(28):e20180168. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0168>
 20. Grünebaum A, McCullough LB, Bornstein E, Lenchner E, Katz A, Spiryda LB, et al. Neonatal outcomes of births in freestanding birth centers and hospitals in the United States, 2016-2019. *Am J Obstet Gynecol*. 2022;226(1):116.e1-116.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.06.093>
 21. Nethery E, Schummers L, Levine A, Caughey AB, Souter V, Gordon W. Birth outcomes for planned home and licensed freestanding birth center births in Washington State. *Obstet Gynecol*. 2021;138(5):693-702. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004578>
 22. Homer CSE, Cheah SL, Rossiter C, Dahlen HG, Ellwood D, Foureur MJ, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth in Australia 2000 - 2012: A linked population data study. *BMJ Open*. 2019;9(10):e029192. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029192>
 23. Denham S, Humphrey T, Taylor R. Quality of care provided in two Scottish rural community maternity units: A retrospective case review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):198. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1374-9>
 24. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;5(5):CD002006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
 25. Burns E, Feeley C, Hall PJ, Vanderlaan J. Systematic review and meta-analysis to examine intrapartum interventions, and maternal and neonatal outcomes following immersion in water during labour and waterbirth. *BMJ Open*. 2022;12(7):e056517. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056517>
 26. Amorim MM, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: A randomized clinical trial. *Reprod Health*. 2017;14(1):55. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0315-4>
 27. Macedo MD, Engh ME, Siafarikas F. Detailed classification of second-degree perineal tears in the delivery ward: An inter-rater agreement study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2022;101(8):880-8. <https://doi.org/10.1111/aogs.14369>
 28. Scarf V, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2018;62:240-55. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>
 29. Martins RIL, Novais JSM, Reis ZSN. Postpartum hemorrhage in electronic health records: risk factors at admission and in-hospital occurrence. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2024;46:e-rbgo14. <https://doi.org/10.61622/rbgo/2024AO14>

30. Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica [Internet]. Brasília: OPAS; 2018 [cited 2024 Dec 5]. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34879/9788579671241-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Sobhy S, Arroyo-Manzano D, Murugesu N, Karthikeyan G, Kumar V, Kaur I, et al. Maternal and perinatal mortality and complications associated with caesarean section in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;393(10184):1973-82. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32386-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32386-9)
32. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2024 Dec 5]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1
33. Lang G, Farnell EA IV, Quinlan JD. Out-of-hospital birth. *Am Fam Physician* [Internet]. 2021;103(11):672-9 [cited 2024 Dec 5]. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/0601/p672.pdf>
34. Scarf VL, Viney R, Yu S, Foureur M, Rossiter C, Dahlen H, et al. Mapping the trajectories for women and their babies from births planned at home, in a birth centre or in a hospital in New South Wales, Australia, between 2000 and 2012. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):513. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2584-0>
35. Oliveira TCM, Pereira ALF, Penna LHG, Rafael RMR, Pereira AV. Adequacy of prenatal assistance in birth houses and causes associated with hospital transfers. *Rev Gaucha Enferm*. 2019;40:e20180419. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180419>
36. Homer CS, Leap N, Edwards N, Sandall J. Midwifery continuity of carer in an area of high socio-economic disadvantage in London: A retrospective analysis of Albany Midwifery Practice outcomes using routine data (1997-2009). *Midwifery*. 2017;48:1-10. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.02.009>
37. Hollowell J, Li Y, Bunch K, Brocklehurst P. A comparison of intrapartum interventions and adverse outcomes by parity in planned freestanding midwifery unit and alongside midwifery unit births: Secondary analysis of 'low risk' births in the birthplace in England cohort. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):95. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1271-2>
38. Walsh D, Spiby H, McCourt C, Grigg C, Coleby D, Bishop S, et al. Factors influencing the utilisation of free-standing and alongside midwifery units in England: A qualitative research study. *BMJ Open*. 2020;10(2):e033895. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033895>
39. Rocca-Ihenacho L, Batinelli L, Thaelis E, Rayment J, Newburn M, McCourt C. Midwifery Unit Standards [Internet]. London: City University London; 2018 [cited 2024 Dec 5]. Available form: <https://www.midwiferyunitnetwork.org/wp-content/uploads/PDFs/LY1309BRO-MUNet-Standards-PRINT-opt.pdf>
40. Stoll K, Titoria R, Turner M, Jones A, Butska L. Perinatal outcomes of midwife-led care, stratified by medical risk: a retrospective cohort study from British Columbia (2008-2018). *CMAJ*. 2023;195(8):e292-e299. <https://doi.org/10.1503/cmaj.220453>
41. Rayment J, Rance S, McCourt C, Sandall J. Barriers to women's access to alongside midwifery units in England. *Midwifery*. 2019;77:78-85. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.06.010>
42. Rocha ESC, Barbosa DA, Oliveira SA. Prioridades em pesquisa para enfermagem: Proposta preliminar [Internet]. Brasília: ABEn; 2023 [cited 2023 Dec 5]. 47 p. Available from: <https://doi.org/10.51234/aben.23.NT-01>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Nathalie Leister, Maria Luiza Gonzalez Riesco. **Obtención de datos:** Nathalie Leister, Gisele Almeida Lopes, Caroline de Oliveira Ferreira Iguchi, Thalita Vital Botelho, Maria Luiza Gonzalez Riesco. **Análisis e interpretación de los datos:** Nathalie Leister, Gisele Almeida Lopes, Thalita Vital Botelho, Maria Luiza Gonzalez Riesco. **Análisis estadístico:** Nathalie Leister, Gisele Almeida Lopes, Caroline de Oliveira Ferreira Iguchi, Thalita Vital Botelho, Maria Luiza Gonzalez Riesco. **Redacción del manuscrito:** Nathalie Leister, Gisele Almeida Lopes, Caroline de Oliveira Ferreira Iguchi, Thalita Vital Botelho, Maria Luiza Gonzalez Riesco. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Nathalie Leister, Gisele Almeida Lopes, Caroline de Oliveira Ferreira Iguchi, Thalita Vital Botelho, Maria Luiza Gonzalez Riesco. **Todos los autores aprobaron la versión final del texto.** **Conflicto de intereses:** los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 19.12.2023

Aceptado: 03.02.2025

Editora Asociada:

Andreia Catia Jorge Silva da Costa

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autora de correspondencia:

Nathalie Leister

E-mail: natly@usp.br

 <https://orcid.org/0000-0002-1505-1906>