

Agosto 2015– Síntesis rápida de evidencia

## ¿Cuáles son los beneficios o riesgos de atender partos planificados en hospitales de baja complejidad?

Actualmente, se discute la pertinencia de la atención de partos en Hospitales de Baja o Alta Complejidad, con el objetivo de conocer los beneficios o riesgos de cada una de las alternativas.

### Mensajes clave

- La atención de partos con personal calificado en establecimientos no convencionales (todo establecimiento que no incluya salas tradicionales de parto en hospital, excluyendo la casa), **no resultaría en una mayor mortalidad** materna, neonatal, perinatal y fetal.
- **Episiotomía, asistencia instrumental, anestesia e inyecciones de oxitocina** se utilizarían con **mayor frecuencia en establecimientos convencionales** que alternativos. Suturas perineales, cesáreas, aliviadores no epidurales, hemorragias post-parto y admisiones a UCI neonatal no presentaron diferencias entre ambos tipos de establecimiento.
- Padres y madres tienen una **visión positiva del parto en establecimientos alternativos** mientras que, después de vivirlo, las madres estarían satisfechas con el parto en casa.
- Los **partos vaginales espontáneos** ocurrirían con **mayor frecuencia en establecimientos alternativos** que convencionales.
- La **lactancia materna es mayor** en madres que tuvieron parto en **establecimientos alternativos de salud**, que en las madres que utilizaron condiciones convencionales en salas de parto.
- La **salud del recién nacido** (medida con Índice Apgar) **no es diferente** entre establecimientos convencionales y alternativos.
- Para los partos asistidos en la casa, las **mujeres nulíparas (o primíparas)** tienden a ser **derivadas a un hospital** en una **mayor proporción que las mujeres múltiparas**.

Este documento se encuentra disponible en

EVIPNET Chile ([evipnet.minsal.cl](http://evipnet.minsal.cl))

### ¿Qué es una síntesis rápida de evidencia?

Es una recopilación de la evidencia disponible para evaluar la pertinencia de una intervención que se realiza en un plazo **no mayor a 20 días hábiles**



#### Este resumen incluye:

- **Introducción:** Contextualización del problema.
- **Principales hallazgos:** Evidencia que aporta argumentos para la toma de decisiones



#### No incluye:

- Recomendaciones explícitas para detallar el desarrollo de una política pública
- Consideraciones de Implementación, tales como precio, marcos regulatorios, impacto en equidad, etc.
- Análisis detallado sobre experiencias internacionales y legislación comparada.
- Listado de stakeholders clave en el área

### El resumen utiliza 4 revisiones sistemáticas

### Tiempo utilizado para preparar esta síntesis:

10 días hábiles

### ¿Quién solicitó este resumen?

Esta síntesis fue solicitada por el **la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)** y **la División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA)**, del Ministerio de Salud de Chile.

# Introducción

A nivel mundial, alrededor de 287 000 mujeres murieron en 2010 producto de complicaciones durante el embarazo o en el parto. Se estima que la mayoría de estas muertes podrían haberse evitado con un acceso adecuado y oportuno a una atención de salud [1].

En Chile, desde el año 2010 se ha definido un plan para trasladar la atención del parto, desde Hospitales de Baja a Alta Complejidad, lo que se ha traducido en una reducción de los nacimientos en sectores que no cuentan con este último tipo de recintos.

Si bien esta iniciativa podría traer beneficios al agregar demanda por atención de salud, el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo del Ministerio de Salud (MINSAL) se basa en la atención de partos en Hospitales de Baja Complejidad. Esto se fundamenta en un modelo centrado en la visión del proceso reproductivo con un enfoque comunitario, más cercano a la población, y con el objetivo de promover una atención personalizada en el proceso reproductivo [2], [3].

En este contexto, la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) y la División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA) han solicitado estudiar evidencia que permita evaluar los beneficios y riesgos de atender partos planificados en Hospitales de Baja Complejidad.

## ¿Para quién es este resumen?

Personas tomando decisiones sobre la decisión de realizar partos en hospitales de alta o baja complejidad en Chile.

## ¿Cómo fue preparado este resumen?

Utilizando palabras clave como “Parto planificado”, “Casa”, “Hospital” y “Establecimientos de salud”, se buscó en las bases de datos PubMed, Cochrane Library, PDQ Evidence, Health System Evidence, Health Evidence y EVIPNet Global con el objetivo de identificar revisiones sistemáticas del tema. Luego, se obtienen hallazgos a partir de los resultados de cada estudio seleccionado.

## Objetivo de esta síntesis

Informar la toma de decisiones respecto de los beneficios/riesgos de realizar partos en hospitales de baja complejidad. Se buscan revisiones sistemáticas que evalúen el parto en la casa o en establecimientos de salud alternativos. Se presentan los principales hallazgos encontrados.

# Resumen de Hallazgos

Esta síntesis busca conocer los beneficios/riesgos de realizar partos en **hospitales de baja complejidad**. Se compara contra la atención de partos en **hospitales de alta complejidad**.

Dado que en la literatura no se encuentra la diferenciación entre instituciones de alta y baja complejidad para partos (muy inusual a nivel mundial), se decidió ampliar la perspectiva de esta revisión. Se buscaron estudios que incorporaran **parto en centros asistenciales alternativos<sup>1</sup> o en casa** atendidos por personal calificado (se excluyeron estudios que consideraban el parto en casas por falta de acceso a establecimientos y sin la atención de personal de salud).

La búsqueda se realizó por 2 revisores independientes encontrando 22 revisiones sistemáticas. Aplicando criterios de calidad (AMSTAR) y filtrando por fecha de publicación (desde 2010), se encontraron **4 revisiones sistemáticas**, realizadas entre los años **2011-2014**. De ellas, 1 contiene un meta-análisis de los resultados.

Las **Tablas 1 a 7** sintetizan los resultados obtenidos en cada uno de los estudios mencionados. Algunos datos son calculados a partir de lo reportado en cada artículo (por ej, Odds Ratio, Intervalos de confianza, etc.).

## Hallazgo 1

→ **La atención de partos en establecimientos alternativos<sup>2</sup> (lo más parecido a un Hospital de Baja Complejidad) y con personal calificado, no aumentaría la mortalidad materna, neonatal, perinatal y fetal.**

2 revisiones sistemáticas abordan la mortalidad materna, neonatal, perinatal y fetal [1], [2] (Tabla 1).

En primer lugar, la mortalidad materna no muestra diferencias en la atención de partos en establecimientos no tradicionales, en comparación al parto en hospital. De la misma forma, contar con casas de espera o albergues de maternidad (previo al parto), no generaría diferencias en mortalidad materna.

De manera similar, la mortalidad neonatal no presenta diferencias entre ambas intervenciones.

Por otro lado, pareciera no haber diferencias en la mortalidad perinatal, cuando el parto se llevó a cabo en condiciones no tradicionales, o en un hospital. Sin embargo, un estudio muestra que hay significancia estadística en el Odds Ratio (menor a 1), señalando que los partos que cuentan con casas de espera de maternidad, tienen una menor mortalidad perinatal.

Por último, la mortalidad fetal se reduciría al contar con casas de espera de maternidad, y no aumentaría con el uso de albergues de espera<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Se incluyen en esta definición todos los establecimientos que no sean una sala tradicional de parto en hospital. Se excluye de esta definición el parto en casa. Esta definición sería lo más parecido a un Hospital de Baja Complejidad.

<sup>2</sup> El estudio compara *Alternative Institution Birth Setting* (AIBS) contra *Conventional Birth Setting* (CBS).

<sup>3</sup> *Maternity waiting home* y *Maternity waiting shelter*, respectivamente. Se refieren a establecimientos en los que se realiza el trabajo pre-parto, esperando para ser derivada a un hospital.

## Hallazgo 2

→ **Episiotomía, asistencia instrumental, anestesia e inyecciones de oxitocina se utilizarían con mayor frecuencia en establecimientos convencionales que en alternativos. Suturas perineales, cesáreas, aliviadores no epidurales, hemorragias post-parto y admisiones a UCI neonatal no presentaron diferencias entre ambos tipos de establecimiento.**

2 revisiones sistemáticas analizan procedimientos y/o complicaciones de partos en hospitales y establecimientos alternativos (o en casa) [2], [3] (Tabla 2).

Los resultados muestran que no habría diferencias entre atender un parto en casa o en hospital, en términos de suturas perineales (no obstante el tamaño de población es muy pequeño, lo que se evidencia con los amplios intervalos de confianza). Sin embargo, las episiotomías se realizan con más frecuencia en salas de parto convencionales que en condiciones alternativas.

Por otro lado, los establecimientos alternativos realizarían una menor cantidad de partos instrumentalmente asistidos, mientras que no habría diferencia en el número de cesáreas.

Además, los partos sin anestesia se realizarían con mayor frecuencia en establecimientos alternativos, no obstante no habría diferencias en aliviadores no epidurales del dolor.

Las mujeres que tuvieron un parto en establecimientos convencionales fueron inyectadas con oxitocina con mayor frecuencia que las mujeres atendidas en establecimientos alternativos.

Por último, no hay diferencias en hemorragias post-parto y admisiones a UCI neonatal entre establecimientos convencionales y alternativos para el parto.

## Hallazgo 3

→ **Los padres y madres tienen una visión positiva del parto en establecimientos alternativos mientras que, después de vivirlo, las madres estarían satisfechas con el parto en casa.**

La Tabla 3 resume los resultados en cuanto a la percepción de la atención que considera 2 revisiones sistemáticas [2], [3].

En términos de la percepción de los padres, la evidencia mostraría que los establecimientos alternativos generarían una visión más positiva del parto (independiente de si son atendidos o no por el mismo equipo de profesionales), en comparación a condiciones convencionales del parto. Además, esta percepción sería mayor en el caso de las madres (no obstante el resultado tiene un amplio intervalo de confianza).

## Hallazgo 4

→ **Los partos vaginales espontáneos ocurrirían con mayor frecuencia en establecimientos alternativos que convencionales.**

La Tabla 4 resume los resultados de este hallazgo que considera 1 revisión sistemática [2].

Para los partos vaginales espontáneos, la evidencia (con muy poca heterogeneidad) muestra que éstos ocurrirían con mayor frecuencia en establecimientos alternativos, que en las condiciones convencionales de una sala de parto. Este resultado es independiente de si los partos son atendidos por el mismo o diferente equipo de profesionales.

## Hallazgo 5

→ **La lactancia materna es mayor en madres que tuvieron parto en establecimientos alternativos, que en las madres que utilizaron condiciones convencionales en salas de parto.**

La Tabla 5 resume los resultados de este hallazgo que considera 2 revisiones sistemáticas [2], [3].

En términos de lactancia materna, la evidencia muestra que la proporción de niños amamantados entre 6 y 8 semanas sería mayor entre los nacidos en establecimientos alternativos, que los nacidos en condiciones convencionales en una sala de parto.

## Hallazgo 6

→ **No hay diferencias en la salud del recién nacido (medida con Índice Apgar) entre establecimientos convencionales y alternativos.**

La Tabla 6 resume los resultados de este hallazgo que considera 1 revisión sistemática [2].

La cantidad de niños con índice Apgar menor a 7 a los 5 minutos, no es significativamente diferente entre los nacidos en establecimientos alternativos que los nacidos en salas de parto convencionales.

## Hallazgo 7

→ **Para los partos asistidos en casa, las mujeres nulíparas (o primíparas) tienden a ser derivadas a un hospital en una mayor proporción que las mujeres multíparas.**

Al estudiar la proporción de partos en la casa que son derivados a un hospital (durante o después), se puede comprobar que ésta varía entre 9.1% y 45.4% (Tabla 7 basada en 1 estudio [4]).

Por otro lado, este porcentaje depende de la paridad de la mujer: en mujeres nulíparas o primíparas, la proporción de partos que se deriva a un hospital pareciera ser mayor (entre 23-45%) que en el caso de mujeres multíparas (entre 5-12%) [4].

Por último, pareciera que en los sistemas de salud en que incorporan la atención asistida por matronas del parto en la casa, las mujeres nulíparas serían derivadas con mayor frecuencia que en el caso de partos en la casa asistido por matronas independientes al sistema de salud.

**Tabla 1. Mortalidad**

Referencia	País	Período	Población	Tamaño de población		Intervención		Indicador	Resultado						
				Grupo estudio	Grupo control	Grupo estudio	Grupo control		Grupo estudio	Grupo control	OR	IC			
(Hussein et al, 2011) [1]	Zimbawe	1989-1991	Mujeres en sectores rurales	1 556	2 859	Casas de espera de maternidad****	Parto en hospital sin pasar por casa/albergue de espera	Mortalidad materna	0.06%	0.07%	0.92	(0.08, 10.14)			
				1 556	2 859			Mortalidad neonatal	0.84%	1.33%	0.63	(0.33, 1.18)			
				1 573	2 915			Mortalidad perinatal	1.91%	3.22%	0.58*	(0.39, 0.88)			
				1 573	2 915			Mortalidad fetal***	1.08%	1.92%	0.56*	(0.32, 0.96)			
				277	757	Albergues de espera de maternidad****		Mortalidad materna	0.36%	0.4%	0.91	(0.09, 8.79)			
				277	757			Mortalidad neonatal	1.44%	0.92%	1.57	(0.46, 5.4)			
				280	773			Mortalidad fetal***	1.07%	2.07%	0.51	(0.15, 1.77)			
Ref	Países	Período	Población	Núm estudios	Tamaño de población		Intervención		Indicador	Resultado				Heterogeneidad	
					Grupo estudio	Grupo control	Grupo estudio	Grupo control		Grupo estudio	Grupo control	OR	IC	I <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup> **
(Hodnett et al, 2012) [2]	Grupo de países desarrollados	1997-2009	Mujeres embarazadas con bajo riesgo de complicaciones obstétricas	2	2 007	1 465	Parto en establecimientos alternativos atendidos por diferentes profesionales	Condiciones convencionales para el parto (Sala de Parto)	Mortalidad o grave morbilidad materna (casos)	3	2	1.0	(0.16, 6.15)	0%	No
		1994		1	1 866	935				Parto en establecimientos alternativos atendidos por los mismos profesionales del grupo control	1	0	1.5	(0.06, 36.88)	NA
		1997-2009		2	2 007	1 465	Parto en establecimientos alternativos atendidos por diferentes profesionales		Mortalidad o grave morbilidad perinatal (casos)	25	12	1.51	(0.31, 7.43)	80%	Si
		1994		1	1 820	918	Parto en establecimientos alternativos atendidos por los mismos profesionales del grupo control			34	20	0.86	(0.5, 1.48)	NA	NA
		1984-2011		8	6 729	4 477	Parto en establecimientos alternativos		Mortalidad Perinatal (n)	45	15	1.67	(0.93, 3)	0%	No

\*Resultados estadísticamente significativos con nivel de significancia de 0.05

\*\*Significancia (nivel de significancia 0.05) de la prueba estadística Chi cuadrado para heterogeneidad de meta-análisis

\*\*\**Stillbirths*: Muertes fetales después de las 24 semanas. Mortalidad perinatal = *Stillbirths* + muertes en la primera semana de vida [5].

\*\*\*\**Maternity waiting home* y *Maternity waiting shelter*, respectivamente.

NA: No aplica

**Tabla 2. Procedimientos y/o complicaciones durante o posteriores al parto.**

Referencia	País	Período	Población		Tamaño de población		Intervención		Indicador	Resultado					
					Grupo estudio	Grupo control	Grupo estudio	Grupo control		Grupo estudio	Grupo control	OR	IC		
(Olsen & Clausen, 2012) [3]	Reino Unido	1994	Mujeres multíparas con evaluación obstétrica de riesgo baja		5	6	Parto en casa	Parto en hospital	Suturas perineales	2	3	1.44	(0.15, 14)		
									Casos con anestesia durante el parto (pethidine)	0	1	6.25	(0.12, 320.4)		
Ref	Países	Período	Población	Núm estudios	Tamaño de población		Intervención		Indicador	Resultado				Heterogeneidad	
					Grupo estudio	Grupo control	Grupo estudio	Grupo control		Grupo estudio	Grupo control	OR	IC	I <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup> **
(Hodnett et al, 2012) [2]	Grupo de países desarrollados	1993-2011	Mujeres embarazadas con bajo riesgo de complicaciones obstétricas	6	5 579	3 374	Parto en establecimientos alternativos	Condiciones convencionales para el parto (Sala de Parto)	Casos sin analgesia/anestesia intraparto	10,9%	12,1%	1.18*	(1.05, 1.33)	0%	No
		1984-2011		8	6 583	4 348			Casos con analgesia epidural	15,5%	19,9%	0.8*	(0.74, 0.87)	0%	No
		1984-2011		8	6 688	4 443			Inyección de oxitocina durante trabajo de parto	16,0%	23,3%	0.77*	(0.67, 0.88)	61%	Si
		1984-2011		8	6 728	4 474			Partos vaginales con instrumentos de apoyo	9,9%	10,7%	0.89*	(0.79, 0.99)	0%	No
		1984-2011		8	6 663	4 392			Casos de episiotomía	18,6%	21,8%	0.83*	(0.77, 0.9)	26%	No
		1984-2011		9	6 804	4 546			Casos de cesárea	8,3%	9,0%	0.88	(0.78, 1)	0%	No
		1994-2011		6	6 485	4 227			Casos de hemorragias post parto	7,1%	8,6%	0.94	(0.82, 1.08)	0%	No
		1984-2011		7	6 613	4 365			Admisiones a UCI neonatal	6,8%	6,7%	1.09	(0.94, 1.26)	26%	No

\*Resultados estadísticamente significativos con nivel de significancia de 0.05.

\*\*Significancia (nivel de significancia 0.05) de la prueba estadística Chi cuadrado para heterogeneidad de meta-análisis.

**Tabla 3. Percepciones de padres**

Referencia	País	Período	Población	Tamaño de población		Intervención		Indicador	Resultado			
				Grupo estudio	Grupo control	Grupo estudio	Grupo control		Grupo estudio	Grupo control	OR	IC
(Olsen & Clausen, 2012) [3]	Reino Unido	1994	Mujeres multíparas con evaluación obstétrica de riesgo baja	5	6	Parto en casa	Parto en hospital	Madres decepcionada sobre asignación en grupo estudio o control	0	4	12.18*	(1.05, 141.17)
(Hodnett et al, 2012) [2]	Grupo de países desarrollados	1997	Mujeres embarazadas con bajo riesgo de complicaciones obstétricas	593	555	Parto en establecimientos alternativos atendidos por diferentes profesionales	Condiciones convencionales para el parto (Sala de Parto)	Visión muy positiva del cuidado	526	253	1.95*	(1.77, 2.14)
		2009		29	30	Parto en establecimientos alternativos atendidos por los mismos profesionales del grupo control			18	7	2.66*	(1.31, 5.40)

\*Resultados estadísticamente significativos con nivel de significancia de 0.05

**Tabla 4. Partos vaginales espontáneos**

Ref	País	Período	Población	Núm estudios incluidos	Tamaño de población		Intervención		Indicador	Resultado				Heterogeneidad	
					Grupo estudio	Grupo control	Grupo estudio	Grupo control		Grupo estudio	Grupo control	OR	IC	I <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup> **
(Hodnett et al, 2012) [2]	Grupo de países desarrollados	1997-2011	Mujeres embarazadas con bajo riesgo de complicaciones obstétricas	5	4 823	3 470	Parto en establecimientos alternativos atendidos por diferentes profesionales	Condiciones convencionales para el parto (Sala de Parto)	Partos vaginales espontáneos	3 873	2 745	1,03*	(1.01, 1.06)	0%	No
		1984-2009		3	1 905	1 004	Parto en establecimientos alternativos atendidos por los mismos profesionales			1 479	748	1,04*	(0.99, 1.08)	0%	No

\*Resultados estadísticamente significativos con nivel de significancia de 0.05

\*\*Significancia (nivel de significancia 0.05) de la prueba estadística Chi cuadrado para heterogeneidad de meta-análisis



**Tabla 5. Lactancia materna**

Referencia	País	Período	Población	Tamaño de población		Intervención		Indicador	Resultado			
				Grupo estudio	Grupo control	Grupo estudio	Grupo control		Grupo estudio	Grupo control	OR	IC
(Olsen & Clausen, 2012) [3]	Reino Unido	1994	Mujeres multíparas con evaluación obstétrica de riesgo baja	5	6	Parto en casa	Parto en hospital	Niños no amamantados	1	2	1.84	(0.15, 23.38)
(Hodnett et al, 2012) [2]	Grupo de países desarrollados	1997	Mujeres embarazadas con bajo riesgo de complicaciones obstétricas	593	554	Parto en establecimientos alternativos	Condiciones convencionales para el parto (Sala de Parto)	Niños amamantados entre 6 y 8 semanas	581	522	1.04*	(1.02, 1.06)

\*Resultados estadísticamente significativos con nivel de significancia de 0.05

**Tabla 6. Salud del recién nacido**

Ref	País	Período	Población	Núm estudios incluidos	Tamaño de población		Intervención		Indicador	Resultado				Heterogeneidad	
					Grupo estudio	Grupo control	Grupo estudio	Grupo control		Grupo estudio	Grupo control	OR	IC	I <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup> *
(Hodnett et al, 2012) [2]	Grupo de países desarrollados	1984-2011	Mujeres embarazadas con bajo riesgo de complicaciones obstétricas	7	4 404	3 261	Parto en establecimientos alternativos	Condiciones convencionales para el parto (Sala de Parto)	Recién nacidos con Apgar score <7, evaluado en los 5 primeros minutos**	87	56	0.98	(0.70, 1.38)	0%	No

\*Significancia (nivel de significancia 0.05) de la prueba estadística Chi cuadrado para heterogeneidad de meta-análisis

\*\*El índice de Apgar estudia la condición física del niño al minuto de nacer y a los 5 minutos de nacido valorizando 5 áreas (Latidos cardiacos, Signos de respiración, reflejos, actividad muscular y apariencia) con un puntaje de 0 a 2.

**Tabla 7. Paridad de la madre e institucionalidad del parto en casa**

Referencia	País	Período	Población	Tamaño de población		Intervención		Indicador	Resultado			
				Grupo estudio	Grupo control	Grupo estudio	Grupo control		Grupo estudio	Grupo control	OR	IC
(Blix et al, 2014) [4]	UK	2008-2010	Parto asistidos por matronas en la casa, como parte del sistema de salud	4 568	12 272	Mujeres Nulíparas o Primíparas	Mujeres Multiparas	Derivación a hospital	45.4%	12%	6.01*	(5.58,6.48)
	Canadá	2003-2006		2 293	4 339				30.7%	5.8%	7.25*	(6.29, 8.34)
	Noruega	1990-2007	Parto asistido por matronas independiente en la casa	369	1 262				31.7%	6.3%	6.86*	(5.15, 9.14)
	Australia	1983-1986		52	113				26.9%	10.6%	3.1*	(1.35, 7.13)
	Suecia	1992-2005		244	781				23.4%	9.1%	3.05*	(2.1, 4.42)
	Canadá	1983-1988		360	641				32.2%	7.6%	5.74*	(4.09, 8.08)

\*Resultados estadísticamente significativos con nivel de significancia de 0.05

# Información Adicional

## Citación sugerida

C. Mansilla, A. Basagoitia, C. Herrera; ¿Cuáles son los beneficios o riesgos de atender partos planificados en hospitales de baja complejidad? Agosto 2015. EVIPNet Chile; Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

## Palabras Clave

Birth; Hospital complexity; Parturition; Birthing centers; Delivery rooms; Labor; Health Facilities; Delivery; Facility-based delivery; Planned home birth; Rapid Response Synthesis.

## Referencias

- [1] J. Hussein, L. Kanguru, M. Astin, and S. Munjanja, “What kinds of policy and programme interventions contribute to reductions in maternal mortality,” 2011.
- [2] E. D. Hodnett, S. Downe, and D. Walsh, “Alternative versus conventional institutional settings for birth.,” *Cochrane database Syst. Rev.*, vol. 8, p. CD000012, Jan. 2012.
- [3] O. Olsen and J. A. Clausen, “Planned hospital birth versus planned home birth,” in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 9, O. Olsen, Ed. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2012, p. CD000352.
- [4] E. Blix, M. Kumle, H. Kjærgaard, P. Øian, and H. E. Lindgren, “Transfer to hospital in planned home births: a systematic review.,” *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 14, p. 179, Jan. 2014.
- [5] World Health Organization, “WHO | Maternal and perinatal health.” [Online]. Available: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/maternal\\_perinatal/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/). [Accessed: 12-Aug-2015].