



**Universidad
Zaragoza**



Universidad de Zaragoza

Escuela de Enfermería de Huesca

Trabajo de Fin de Grado

Revisión bibliográfica: Parto planificado en casa vs.
parto hospitalario

Bibliographic review: Planned homebirth vs. hospital
birth

Autora:

Raquel Fernández Pelayo

Directora:

Nuria Puig Comas

Año 2021/2022

Índice

Resumen	1
Introducción.....	3
Objetivos.....	5
Metodología	5
Desarrollo	8
Requisitos para tener un parto en casa	8
¿Por qué tener un parto en casa?.....	8
Papel de la matrona y dificultades a las que se enfrentan.....	11
¿Cómo es la organización en otros países comparables a España?....	12
Indicadores de calidad del parto	12
Seguridad del parto domiciliario de bajo riesgo	14
Conclusiones	16
Bibliografía	18
ANEXOS	26

Resumen

Introducción: Hasta hace menos de cien años los partos se seguían atendiendo en los domicilios de las familias. Con el comienzo de la medicalización, éstos se trasladaron a los hospitales, hasta el día de hoy, en el que dar a luz en casa es percibido como una irracionalidad y un aumento de las posibles complicaciones. Esta institucionalización y excesiva medicalización del parto ha llevado a las madres a plantearse dar a luz en casa, dónde se van a sentir más respetadas. Esto se ha visto acrecentado durante la pandemia de la COVID-19, ya que muchas mujeres han tenido que dar a luz sin acompañante o han sido separadas de sus bebés tras su nacimiento.

Objetivos: Verificar si es seguro tener un parto planificado en casa asistido por una matrona comparado con el parto hospitalario y conocer las razones que llevan a las mujeres a elegir esta opción.

Método: Revisión bibliográfica realizada usando artículos obtenidos de varias bases de datos (Pub Med, Web of Science, Cochrane Library, BMJ Open, PLOS, Science Direct), revistas y páginas web.

Resultados: La elección del parto en casa se ve afectada por diversos factores, como la accesibilidad, el cumplimiento de algunos requisitos, el lugar de residencia o experiencias anteriores. Se valoran aspectos como los cuidados respetuosos, el enfoque familiar, la estructura ambiental y la libertad de decisión. Hay factores que influyen negativamente, como el miedo o la incertidumbre. Las matronas también se enfrentan a dificultades, ya que estos partos no están ampliamente aceptados dentro de la sociedad y tienen asociadas ideas erróneas. Diversas asociaciones de matronas nacionales e internacionales apoyan la decisión de las mujeres de tener un parto en casa.

Conclusiones: No hay suficiente evidencia científica para saber si es más seguro o no el parto en casa. Hay muchos factores que influyen, como el sistema sanitario del país. No obstante, el intervencionismo disminuye y las tasas de partos eutócicos aumentan.

Palabras clave: parto domiciliario, partería, entorno del parto y garantía de la calidad de atención de salud.

Abstract

Introduction: Until less than a hundred years ago, births were still attended at the families' homes. With the beginning of medicalization, these were transferred to hospitals, until today, in which giving birth at home is perceived as an irrationality and an increase in possible complications. This institutionalization and excessive medicalization of childbirth has led mothers to consider giving birth at home, where they will feel more respected. This has been increased during the COVID-19 pandemic, as many women have had to give birth unaccompanied or have been separated from their babies after birth.

Objectives: To verify whether it is safe to have a planned home birth assisted by a midwife in comparison to a hospital birth and to find out the reasons that lead women to choose this option.

Method: Bibliographic review carried out using articles obtained from various databases (Pub Med, Web of Science, Cochrane Library, BMJ Open, PLOS, Science Direct), journals and websites.

Results: The choice of home birth is affected by various factors, such as accessibility, fulfilment of some requirements, place of residence or previous experiences. Aspects such as respectful care, family approach, environmental structure and freedom of decision are valued. There are factors that have a negative influence, such as fear or uncertainty. Midwives also face difficulties as these births are not widely accepted within society and have misconceptions associated with them. Various national and international midwifery associations support the decision of women to have a home birth.

Conclusions: There is not enough scientific evidence to know if home birth is safer or not. There are many factors that influence, such as the health system of the country. Nevertheless, interventionism decreases and eutocic delivery rates increase.

Keywords: home childbirth, midwifery, birth setting, health care.

Introducción

Dar a luz es un proceso fisiológico y normal que hasta no hace muchas décadas se producía en los domicilios, con la presencia de la partera y los familiares.

La medicalización del parto comienza en el siglo XVII, cuando ya había intereses en convertir el parto en una competencia médica. Hasta entonces se había considerado como materia femenina, poco importante y sin relevancia para la profesión, asistido por curanderas y parteras, que después se convirtieron en figuras con poco prestigio. ⁽¹⁾

La definición del parto como un asunto de la medicina se consolidó durante el siglo XX. Sitúa al riesgo como el centro de la necesidad de intervención médica. Algunos tocólogos, se referían al embarazo como la "enfermedad normal". ⁽¹⁾

El parto pasa de ser un proceso doméstico y familiar atendido por matronas a ser un proceso que se produce en el hospital, dónde se considera de riesgo y susceptible de ser perfeccionado usando la ciencia y la tecnología. Comienzan a inducirse, a acelerarse y a protocolizarse. Se consideran las madres como objetos de intervención y se produce una deshumanización del nacimiento, que tiene graves consecuencias en la salud física y emocional de las mujeres. ⁽¹⁾

Algunos autores hablan de "*nacimiento industrializado*", en el que tanto la madre como el bebé, se separan, manipulan, pinchan y abandonan; constituyendo parte de una cadena de rutinas hospitalarias. El resultado cobra más importancia que la experiencia materna del parto. ⁽²⁾

La hipótesis Epigenetic Impact of Childbirth (EPIIC) indica que el parto fisiológico podría tener un efecto en determinados genes, como los que participan en respuestas inmunes o los que regulan el peso; mientras que una cantidad elevada o reducida de cortisol, adrenalina u oxitocina durante el parto pueden causar otros cambios epigenómicos que pueden hacer que se produzca una expresión de genes anormal. ⁽³⁾

La Confederación Internacional de Matronas (ICM) respeta el derecho de la mujer a decidirse por un parto en casa como una opción segura. La matrona que brinda servicios profesionales a las mujeres en sus hogares debe poder hacerlo

dentro del sistema de salud de una nación y con acceso a un seguro y una compensación adecuada. Insta a los gobiernos nacionales a revisar la literatura científica y trabajar hacia un sistema de atención de la maternidad que incluya esta opción. ⁽⁴⁾

Cabe destacar que en España, la Federación de Asociaciones de Matronas en España (FAME), junto a otras asociaciones sanitarias elaboró en 2018 la Segunda Guía de Asistencia al Parto en Casa. Mediante ella, se pretende unificar la práctica asistencial en España, para que las matronas puedan proporcionar la asistencia adecuada. Está basada en la evidencia científica más reciente. ⁽⁵⁾

En España en 2020 alrededor de 0.3% de los partos se produjeron en casas, mientras que hace cuarenta años fueron casi un 17%. En 2020, las cesáreas fueron casi un 25%, lejos de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que recomiendan que este porcentaje debe estar entre un 10-15%. ^(6, 7, 8, 9)

Los porcentajes de nacimiento en casa varían de un país a otro, pero por lo general se mantienen bajos (Anexo 1). El país de la Unión Europea en el que más partos se atienden a domicilio es Holanda, en 2020, 16% de los partos se produjeron en casa y, en Inglaterra, fueron el 2%. ^(10, 11)

Parir es una afirmación de la propia fuerza de las mujeres, que a menudo, tras el parto se sienten con mayor autoestima y con mayor capacidad de enfrentarse a situaciones difíciles. El nacimiento en casa debería contemplarse como una opción más. Siempre dando información veraz y actualizada, respetando su decisión e intentándose adaptar a las circunstancias del lugar y momento. ⁽¹²⁾

La elaboración de este trabajo nace a raíz de la medicalización de los partos producida en las últimas décadas, su paso de las casas a los hospitales y de la cuestión sobre si puede ser tan seguro como en el medio hospitalario. Además, de conocer si las tasas de complicaciones maternas y neonatales se ven afectadas.

Objetivos

Objetivo general:

- Verificar si es seguro tener un parto planificado en casa asistido por una matrona comparado con un parto atendido en el hospital.

Objetivos específicos:

- Determinar las ventajas del parto domiciliario respecto al parto en un ambiente hospitalario.
- Conocer las razones que llevan a las mujeres a elegir esta opción y los requisitos que deben cumplir.
- Conocer los obstáculos a los que se enfrentan las matronas que deciden asistir este tipo de partos.
- Determinar cuáles son los indicadores de calidad más relevantes para el estudio de la calidad y seguridad de los partos.

Metodología

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en varias bases de datos: Pub Med, Web of Science, Cochrane Library, Science Direct, Cuiden. Las palabras claves escogidas fueron: parto domiciliario, partería, entorno del parto y garantía de la calidad de atención de salud. Para encontrarlas se utilizaron los Descriptores en Ciencias de La Salud (DeCS) tanto en español y portugués, como en inglés (MeSH). Para facilitar la revisión se combinaron con los operadores booleanos AND y OR.

También se ha indagado en diferentes páginas web y finalmente se realizó una búsqueda manual en biblioteca de Jaca. Todo ello se llevó a cabo entre diciembre y abril de 2021-2022.

Se incluyeron algunas referencias que aunque fueran anteriores al año 2012 eran relevantes para el tema de estudio para poder obtener datos de partos en España del año 1980 y para poder definir el término de "violencia obstétrica".

Criterios de inclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Artículos publicados entre 2012 y 2022 • Artículos en español, inglés o portugués • Artículos disponibles a texto completo
Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Artículos que aún conteniendo las palabras clave no fueran pertinentes al tema de estudio

Tabla 1. Criterios de selección de artículos

Búsqueda en bases de datos			
Base de datos	Palabras clave y operadores booleanos	Nº de artículos encontrados	Nº de artículos utilizados
Pub Med	Home childbirth AND midwifery AND health care AND birth setting	201	12
Web of Science	Home childbirth AND midwifery AND health care AND birth setting	82	3
Cochrane library	Home childbirth AND birth setting	17	2
Cuiden	Parto domiciliario AND partería	43	11
Science Direct	Home childbirth AND midwifery AND health care AND birth setting	10	1
Búsqueda en revistas			
Revista	Palabras clave y operadores booleanos	Nº de artículos/libros encontrados	Nº de artículos utilizados
Matronas profesión	Home childbirth	1	1
Musas	Parto domiciliario	9	2
SANUM	Parto domiciliario	1	1
HYGIA	Parto domiciliario	1	1
Revista española de investigaciones sociológicas		1	1

Tabla 2. Resultados búsqueda bibliográfica.

Búsqueda en páginas web			
Página web			Nº de documentos utilizados
El parto es nuestro		/	2
ICM		/	1
Páginas webs utilizadas para la obtención de datos (INE, Perined, ONS, Ministerio de Sanidad)		/	7
Safer Care Victoria		/	1
OMS		/	2
NICE		/	1
NHS		/	3
OECD		/	1
ACNUR		/	1
Búsqueda en bibliotecas			
Biblioteca			Nº de libros utilizados
Biblioteca de Jaca		/	1

Tabla 3. Resultados búsqueda bibliográfica.

Desarrollo

Requisitos para tener un parto en casa

No todos los partos se pueden producir en casa. Hay diferentes criterios (Anexo 2) que el profesional sanitario ha de conocer y a partir de allí, se puede, o no, ofrecer como una opción más.

Criterios a partir de los cuales se puede recomendar un parto en casa ⁽¹³⁾:

- Un embarazo de bajo riesgo sin condiciones médicas preexistentes o en curso que puedan afectar el embarazo, el parto o el período posparto (materno y fetal).
- Embarazo único.
- Al comienzo del trabajo de parto, el bebé está en posición cefálica (cabeza hacia abajo).
- Gestación a término (37+0 a 41+6 semanas completas de gestación).
- Sin cesárea previa ni cirugía uterina.

¿Por qué tener un parto en casa?

El lugar de nacimiento es un aspecto muy importante de la experiencia del parto, asimismo es una decisión compleja. En el caso del parto en casa, son necesarios una multiplicidad de factores para que todos los involucrados ganen la confianza necesaria para planificar lo que, puede ser considerado por muchos, como una decisión "fuera" de la norma. ⁽¹⁴⁾

De acuerdo con algunos autores, el ambiente domiciliario puede ser seguro, pero cumpliendo ciertos requisitos, además de los ya mencionados en el apartado anterior, como planificación previa, embarazo de bajo riesgo, seguimiento durante la preparación prenatal, trabajo de parto y posparto, tener disponible todo el equipo médico necesario, la atención de profesionales sanitarios adecuadamente formados, y finalmente, disponer de una red de traslado coordinada al hospital.

(15, 16)

Varios artículos investigaron sobre los aspectos que las mujeres enfatizan como más importantes del parto en casa, los cuales son:

- Estructura ambiental favorable. Un ambiente acogedor les ayuda a relajarse. El uso de métodos de alivio no farmacológicos como música, agua y reducción de la luz tienen un efecto favorecedor. ⁽¹⁷⁾
- Libertad de decisión. Las mujeres se sienten más seguras y confiadas cuando han podido elegir y participar en los procedimientos que involucran a su parto. ⁽¹⁷⁾
- Apoyo emocional. La presencia de un acompañante promueve confianza y seguridad, genera bienestar emocional y físico, y es capaz de aliviar el dolor y el sentimiento de soledad. La evidencia científica respalda que el apoyo continuo puede aumentar las tasas de parto vaginal. Las mujeres tienen mejor percepción sobre la experiencia de parto y las tasas de uso de analgesia se reducen. En el ámbito domiciliario la mujer puede decidir cuantos acompañantes quiere tener, mientras que en el hospital en la mayoría de las ocasiones no se puede tener más de un acompañante. ^(17, 18, 19)
- Compromiso del equipo de salud. Una relación de confianza con los profesionales sanitarios y un seguimiento individualizado y atento en la evolución del parto influye positivamente en la parturienta, tranquilizándola. Todo esto hace que el parto se pueda desarrollar en un ambiente de cuidado, tranquilidad y afecto. ⁽¹⁷⁾

Hay factores que pueden influir negativamente en el proceso de decisión de un parto en casa planificado. Algunos de los motivos son: ⁽²⁰⁾

- Miedo de tener complicaciones en casa, especialmente las relacionadas con el bebé.
- La incertidumbre de no saber si llegarían a tiempo al hospital si hubiera alguna complicación.
- Si se producen complicaciones no hay tanto material como el que habría en un hospital.

- Las personas de su alrededor consideran el parto en casa como peligroso.
- Imposibilidad de pagarlo.

Se deben de comprender todos estos factores para asegurar que las mujeres puedan acceder al ambiente de parto más apropiado. ⁽²¹⁾

La seguridad, el intervencionismo y las experiencias negativas de partos anteriores serían las razones con más peso para decidirse (Anexo 3). ⁽²²⁾

Una cesárea previa puede causar trauma físico y emocional con un impacto significativo en las mujeres, por esta razón algunas pueden decidirse por dar a luz en casa, aunque sea considerada una contraindicación. Afirman que tener un parto vaginal después de una cesárea tiene beneficios para la relación con su bebé. ⁽²³⁾

Según un estudio realizado en Alicante, algunas parejas optan por un parto en casa para evitar la posible violencia obstétrica y para que sus creencias y valores sean respetados. Las familias entrevistadas consideran que no se van a respetar sus derechos en el hospital. ⁽²⁴⁾

La violencia obstétrica fue definida por primera vez como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.” ⁽²⁵⁾

La pandemia de la COVID-19 también ha hecho replantearse a las parejas dónde es el mejor lugar para dar la bienvenida a sus hijos. El miedo y ansiedad al que las mujeres se han visto sometidas, además del peligro que se percibía al ir al hospital en plena pandemia, les ha hecho optar por un parto en casa. ⁽⁹⁾

Hay que tener en cuenta que la ansiedad puede afectar al proceso de toma de decisiones informada con respecto al lugar de parto planificado en mujeres de bajo riesgo, por lo que debe abordarse adecuadamente. Un estudio realizado en Holanda para mejorar la organización y calidad de los cuidados, afirma que las mujeres que planearon un parto hospitalario y las que cambiaron el parto del

hogar al hospital, informaron con mayor frecuencia ansiedad relacionada con el embarazo o un estado de ánimo ansioso o deprimido. ⁽²⁶⁾

Respecto al tipo de parejas que se deciden por tener un parto en casa, la mayoría, tienen formación universitaria. Lo que indica que tienen facilidad para acceder a la información y al conocimiento biomédico, permitiendo un análisis crítico de las prácticas obstétricas y para argumentar y apoyar su decisión de dar a luz en casa.

⁽²⁷⁾

En general, las mujeres son reivindicativas, confiadas en su intuición y capacidad de dar a luz; los hombres son respetuosos, participativos y protectores. Todos creen que el parto es un proceso normal, que suele ir bien y que se debe de vivir en familia. Además, consideran que el padre tiene más implicación si el parto es domiciliario. ⁽²⁴⁾

Los beneficios, riesgos y mitos sobre el parto en casa se deberían de comunicar a las familias, para que lo tengan en cuenta a la hora de tomar la decisión. (Anexo 4). ⁽²²⁾

Papel de la matrona y dificultades a las que se enfrentan

Las principales dificultades están relacionadas con la regulación de este modelo de atención al parto en los países. En muchos lugares del mundo, el parto en casa está poco aceptado dentro de la sociedad, y tiene informaciones erróneas asociadas. ^(28, 29)

Para muchas matronas, pasar de trabajar en un hospital a hacerlo en domicilios es un proceso que les surge tras haber presenciado muchas experiencias de partos en el hospital. Cambiar el ámbito de trabajo es un proceso que puede verse como un modo de protesta contra el modelo de atención hospitalario. Aun así, muchas de ellas compaginan el trabajo en el hospital con el trabajo en las casas. ⁽²⁹⁾

Las matronas no solo trabajan con sus conocimientos técnicos sobre el parto, sino también teniendo en cuenta los aspectos fisiológicos, psicológicos y emocionales del proceso de parto. Si es necesario, y siguiendo las recomendaciones de atención humanizada de los organismos gubernamentales, realizan intervenciones sin efectos secundarios y utilizan procedimientos mínimamente invasivos. ⁽³⁰⁾

La mayoría de las matronas afirman que debería impartirse formación en conocimientos de parto en casa durante el periodo de formación de especialista en obstetricia y ginecología. Además, deberían pasar por prácticas en domicilios.

(31)

¿Cómo es la organización en otros países comparables a España?

En España, el parto en casa no está incluido en las carteras de servicios del Sistema Nacional de Salud. Por lo que, quién quiera acceder a este servicio debe costeárselo por su cuenta, llegando a costar alrededor de 2000 euros, según fuentes en internet, que no todas las familias pueden permitirse.

En Inglaterra, el parto en casa está incluido dentro de los servicios del National Health Service (NHS). En el caso de elegir esta opción, una matrona lo asistirá y una segunda matrona acudirá si es necesario, e intentará estar durante todo el proceso, si tiene disponibilidad. (32)

En Holanda, el país de Europa con la mayor tasa de partos domiciliarios, las mujeres pueden decidir si dar a luz en casa, en una casa de partos o en el hospital. Todos los holandeses tienen que contratar un seguro social básico que cubre unos beneficios, entre ellos los gastos del nacimiento. Aunque, si no se tiene una causa médica para dar a luz en el hospital, se debe de pagar una suma de alrededor de 300€, que puede estar cubierta por algún seguro. (33)

Indicadores de calidad del parto

Los indicadores de calidad relacionados con el parto, según el Ministerio de Sanidad en España, son (34):

- Realización de amniotomía
- Partos inducidos
- Uso de analgesia locorregional
- Episiotomías en parto vaginal
- Desgarros perineales de III y IV grado en partos no instrumentales
- Desgarros perineales de III y IV grado en partos instrumentales
- Partos instrumentales
- Uso de fórceps y vacuum extractor

He elaborado una tabla (tabla 6) comparativa con otros países europeos destacados en el parto en casa, como Holanda e Inglaterra, teniendo en cuenta los indicadores de calidad más importantes en España. Además de los indicadores anteriores, se ha incluido el porcentaje de cesáreas por su relevancia. La tabla contiene datos de 2018 y 2019. (10, 34, 35, 36, 37, 38, 39)

Indicadores de calidad	Indicador estándar	España (2018)	Holanda (2019)	Inglaterra (2019)
Amniotomía	No realizar de forma rutinaria	13% (en hospitales públicos) (del total de partos en 2018)	/	/
Partos inducidos	<10%	34,2%	/	27,2%-33,44%
Uso de analgesia locorregional	30-80%	63%	21%	37,6%
Episiotomías	<15%	27,5%	18%	14,3%
Desgarros de III y IV grado en partos no instrumentales	0.5-3% si no se hace episiotomía	0,9%	2%	1.15-1.8%
Desgarros de III y IV grado en partos instrumentales	1-5% si se hace episiotomía	5,2%		5.68-8.8%
Partos instrumentales (fórceps, ventosa o espátula)	<15%	17,5%	7%	12,5%
Cesáreas	<15%	26,2%	16%	30,6%

Tabla 6. Comparativa de diferentes indicadores de calidad en España, Holanda e Inglaterra.

Seguridad del parto domiciliario de bajo riesgo

Antes de tomar la decisión de dar a luz en casa hay que tener en cuenta el riesgo y la mortalidad que podría conllevar, debe de ser una elección planificada, vigilada, regulada y evaluada para garantizar la atención más segura y efectiva. Son esenciales un embarazo de bajo riesgo, el acompañamiento de una matrona y un buen sistema de transporte al hospital integrado. (40, 41)

Las mujeres que planifican un parto domiciliario tienen tasas más altas de parto vaginal espontáneo, incluso si son trasladadas al hospital, y menores tasas de episiotomía. (42, 43, 44, 45, 46)

En un estudio que recopiló datos de más de 500.000 partos planificados en casa, se encontró que experimentaron menos intervenciones de parto y resultados maternos y neonatales adversos. Por el contrario, en otro estudio con una muestra similar, se vio que la mortalidad aumenta si se produce una intervención, como una cesárea tras el traslado al hospital. La mortalidad perinatal aumenta en grupos de riesgo no detectados. Si el parto en casa está bien integrado en el sistema sanitario no se asocia con una diferencia en los resultados neonatales graves. (47, 48, 49)

Los estudios relacionados con la muerte perinatal tienen resultados contradictorios. Algunos afirman que no se observa asociación entre el lugar de nacimiento o la asistencia al parto y la mortalidad neonatal temprana, mientras que en otros se afirma que la tasa de mortalidad neonatal aumenta. Coinciden en que la probabilidad de ingreso en UCI neonatal es menor en los partos en casa. (43, 44, 50)

Las mujeres multíparas, cuyo parto fue planificado en el domicilio, presentaron menores tasas de morbilidad materna aguda grave, hemorragia posparto y extracción manual de placenta si se compara con las que planificaron un parto hospitalario. Esta diferencia fue estadísticamente significativa. (48, 51)

La tasa de traslado de mujeres, según algunos artículos, es alrededor de un 7-20%, y casi el 65% se produce en nulíparas, durante el primer periodo del parto. Los motivos más frecuentes son: paro de la dilatación y del progreso de la presentación fetal y desproporción cefalopélvica. (52, 53, 54)

El traslado de casa al hospital tiene una media de duración de trece minutos. Un 0.4% de los embarazos de bajo riesgo requerirán un traslado urgente. Un tiempo de más de veinte minutos al hospital se asocia a un aumento de la mortalidad y a resultados adversos. ⁽⁴⁸⁾

Los desgarros perineales disminuyen en partos en casa; en la mayoría de los casos son de primer y segundo grado, casi la mitad no necesita suturas. En el caso de las nulíparas, es más probable que sufran desgarros de tercer y cuarto grado que implican daño del esfínter anal, aunque esta asociación no fue significativa en el análisis de sensibilidad. ^(46, 54)

Si se produce en un país en el que está integrado en el sistema sanitario no se asocia con diferencias respecto al parto en el hospital. Sin embargo, en el resto de países, no se puede afirmar el parto planificado en casa sea igual de seguro que en el hospital. ⁽⁵⁵⁾

Conclusiones

Tras la revisión de los artículos encontrados podemos llegar a la conclusión de que:

- No hay suficiente evidencia como para afirmar que es más seguro el parto en casa que en el hospital. También depende de si el sistema sanitario respalda con la infraestructura suficiente la atención del parto en el domicilio y garantiza la coordinación y el traslado a un centro sanitario en caso necesario.
- En los países dónde el parto domiciliario asistido por matronas está bien integrado en el sistema sanitario, no se asocia con una diferencia en los resultados neonatales adversos graves, en comparación con el parto hospitalario, por el contrario, se asocia con menos intervenciones durante el parto y con un aumento de las tasas de partos vaginales.
- No se ha encontrado evidencia suficiente respecto a la muerte perinatal, los resultados de los estudios son contradictorios.
- Las mujeres multíparas que tuvieron un parto planificado en casa tienen menores tasas de morbilidad, hemorragia postparto, extracción manual de placenta y episiotomías.
- Los traslados se producen mayoritariamente en nulíparas. Cuando se producen, las urgencias son bajas. Las tasas de partos vaginales se mantienen altas incluso cuando se produce un traslado.
- Los desgarros perineales disminuyen en los partos en casa. Son, principalmente, de primer y segundo grado, y casi la mitad no necesita suturas.

- Las mujeres que dan a luz en casa valoran sentirse respetadas, que haya un enfoque familiar o que la estructura ambiental sea favorable, entre otros. Confían en su intuición, tienen un nivel de estudios alto y consideran que en el hospital sus preferencias no serían respetadas.
- Algunas deciden planificar el nacimiento en el domicilio aún cuando está contraindicado, como es el caso de una cesárea previa. Ya que el riesgo de que se produzca una urgencia vital, como la rotura uterina, aumenta.
- Las matronas que atienden partos en casa, en ocasiones, se deben de enfrentar a los prejuicios sociales, ya que la información que tiene al respecto la sociedad es escasa. Pero también es cierto, que últimamente se está dando más información basada en la evidencia científica para que las mujeres y sus parejas tomen una decisión informada.
- Queda acreditada la importancia de respetar todo el proceso del nacimiento tanto como sea posible, ya tenga lugar en el hospital o en el domicilio. Igualmente, hay que aceptar cualquier intervención médica justificable, para lograr un nivel óptimo de salud materno-infantil.

Bibliografía

1. Vallana V. "La enfermedad normal" Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. Sexualidad, Salud y Sociedad- Revista Latinoamericana. 2020 (34): 90-107. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.06.a>
2. Gutman L. Puerperios y otras exploraciones del alma femenina. Ed. 2014. Barcelona: Planeta; 2014.
3. Dahlen HG, Kennedy HP, Anderson CM, Bell AF, Clark A, Foureur M, et al. The EPIIC hypothesis: Intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. Med Hypotheses. 2013; 80 (5): 656-662. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3612361/pdf/nihms447569.pdf>
4. ICM. Position Statement. Home Birth. Países Bajos; 2017 [Acceso el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2019/06/eng-home-birth14-converted-new-letterhead.pdf>
5. Alcaraz Vidal L, Casadevall Castañé L, Díaz-Maroto S, Domínguez Cano P, Franch Ferrer M, García Morales R, Huerta Díaz M, Laínez Villabona B, Marcos Marcos I, Marcos Marcos M, Monllau Ros M, Sàrries Zgonc I. Guía de Asistencia al Parto en Casa. Associació Catalana de Llevadores, editor. Barcelona; 2018 [Acceso el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/guia_partocasa_2018.pdf
6. Partos según residencia de la madre por Comunidad Autónoma, madurez, tamaño de los municipios y capital, normalidad del parto y asistencia sanitaria. INE. 2020; 9 de diciembre de 2021 [acceso el 9 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?tpx=50549>
7. De Miguel JM. Sociología de la población y control de la natalidad en España. Revista española de investigaciones sociológicas. 1980; (10): 26.

8. Nacimientos por tipo de parto y orden del nacimiento. INE. 9 de diciembre de 2021 [acceso el 9 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?tpx=50437>
9. Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas. Ginebra: OMS, HRP; 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.0_2_spa.pdf;jsessionid=E93E420B299DE88402F647DE6C709950?sequence=1
10. Broeders L, van Dijk AE, Rosman AN, de Winter G. Perinatale zorg in Nederland anno 2020. Utrecht: Perined; 2021. Disponible en: <https://assets.perined.nl/docs/3d6a2b46-aa8a-417e-a55e-de0184fe2078.pdf>
11. Provisional births in England and Wales. Office for National Statistics. 24 de junio 2021 [Acceso el 26 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/datasets/provisionalbirthsinenglandandwales>
12. Costa Abós S, Behaghel M. Parir en casa en tiempos de coronavirus. *Musas*. 2020;5(2):4-22 [Acceso el 6 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1344/musas2020.vol5.num2.1>
13. Safer Care Victoria. Homebirth Clinical guidance. Victoria. Victoria State Government; 2021 [acceso el 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.bettersafercare.vic.gov.au/sites/default/files/2021-05/GUIDANCE_Homebirth.pdf
14. Grigg CP, Tracy SK, Schmied V, Daellenbach R, Kensington M. Women's birthplace decision-making, the role of confidence: Part of the Evaluating Maternity Units study, New Zealand. *Midwifery* [Internet]. 2015;31(6):597-605 [Acceso el 3 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613815000637>
15. Rodríguez-Garrido P, Pino-Morán JA, Goberna-Tricas J. Exploring social and health care representations about home birth: An Integrative Literature Review. *Public Health Nurs*. 2020;37(3):422-38 [Acceso el 3 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/phn.12724>

16. Pérez romero MP, Moreno Rubio B, Fuentes Iglesias ML. El parto domiciliario como alternativa al parto hospitalario. El papel de la enfermera especialista (matrona). Rev Paraninfo Digital. 2016;25 [Acceso el 3 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/pdf/167.pdf>
17. Fróes de Oliveira Sanfelice C, Kakuda Shimo AK. Boas práticas em partos domiciliares: perspectiva de mulheres que tiveram experiência de parto em casa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016;18 [Acceso el 6 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.31494>.
18. Bohren MA, Hofemyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2017;(7) [Acceso el 12 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
19. Recomendaciones de la OMS. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. OMS [Internet]. 2018 [Acceso el 6 de febrero de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Volpato F, Costa R, Brüggemann OM, Monguilhott JJC, Gomes IEM, Colossi L. Information that (de)motivate women's decision-making for Planned Home Birth. Rev Bras Enferm. 2021; 74(4) [Acceso el 6 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0404>
21. Steel A, Adams J, Frawley J, Broom A, Sibbritt D. The characteristics of women who birth at home, in a birth centre or in a hospital labour ward: A study of a nationally-representative sample of 1835 pregnant women. Sex Reprod Healthc [Internet]. 2015;6(3):132–7 [Acceso el 6 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575615000233>
22. Walker J. Planned home birth. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2017 [Acceso el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.06.001>
23. Keedle H, Schimied V, Burns E, Dahle HG. Women's reasons for, and experiences of, choosing a homebirth following a caesarean section. BMC

- Pregnancy Childbirth [Internet]. 2015;15:206 [Acceso el 6 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-015-0639-4.pdf>
24. Martínez-Mollá TM, Siles J, Solano MC. Evitar la violencia obstétrica- motivo para decidir el parto en casa. *Musas*. 2019;4(2):53-77 [Acceso el 6 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol4.num2.4>
25. Asamblea Nacional de la República Boliviana de Venezuela. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*. 23 de abril de 2007 [Acceso el 2 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
26. Witteveen AB, De Cock P, Huizink AC, De Jonge A, Klomp T, Westerneng M, Geerts CC. Pregnancy related anxiety and general anxious or depressed mood and the choice for birth setting: a secondary data-analysis of the DELIVER study. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet]*. 2016;16(1):363 [Acceso el 6 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5118894/>
27. Feyer ISS, Monticelli M, Knobel R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [Internet]*. 2013;17(2):298-305 [Acceso el 6 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728367014>
28. Dos Santos Pascoto G, Zambrano Tanaka, Rodrigues Fernandez LC, Kakuda Skimo AK, Froés de Oliveira Sanfelice C. Dificultades en la atención domiciliario desde la perspectiva de las enfermeras obstetras. *Rev. baiana enferm.* [Internet]. 2020 [acceso el 7 de febrero de 2022]; 34. Disponible en: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100334&lng=pt
29. Froés de Oliveira Sanfelice C, De Souza Freitas Abbud F, Separavich Pregnolato O, Gonçalves da Silva M, Kakuda Shimo AK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Rev Rene*. 2014;15(2):362-370

- [Acceso el 7 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3170/2433>
30. Rossi Kissula Souza SR, de Jesus Drygla Oliveira MC, Dias Aldrighi J, de Oliveira Peripolli L, Loewen Wall M. La enfermería obstétrica en el cuidado al parto domiciliario planeado- revisión integradora. REFACS [Internet]. 2019;7(3):357-365 [Acceso el 7 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/3758>
 31. Quirós Córdoba C, Nuño Aguilar MC, Martín Cortés MT. La atención al parto domiciliario en Andalucía. Visión de las matronas. HYGIA. 2021;108:5-9 [Acceso el 7 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.enfermeriasevilla.com/wp-content/uploads/Hygia108.pdf>
 32. East Sussex Hospitals NHS Trust. Information for women planning to give birth at home. 2019 [Acceso el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.esht.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/06/0331.pdf>
 33. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. State of Health in the EU: The Netherlands - Country Health Profile 2021. Bruselas. 2021 [Acceso el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/fd18ea00-en.pdf?expires=1644339368&id=id&accname=quest&checksum=78335EBF4811162E078C843379E80094>
 34. Ministerio de Sanidad. Atención perinatal en España: análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018. Minist Sanidad Gob España [Internet]. 2021 [Acceso el 8 de febrero de 2022]. Disponible: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf
 35. Nacimientos por tipo de parto y orden del nacimiento. INE. 12 de diciembre de 2021 [acceso el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=36016&L=0>
 36. National Institute for Health and Clinical Excellence. Western Health & Social Care Trust (WHST) Reducing Obstetric Anal Sphincter Injuries- The O.A.S.I.S

- care bundle (for research use only). NICE. 2021 [Acceso el 12 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/sharedlearning/western-health-social-care-trust-whsct-reducing-obstetric-anal-sphincter-injuries-the-o-a-s-i-s-care-bundle>
37. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. Diciembre 2012 [Acceso el 12 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en///organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
38. NHS [Internet]. Episiotomy and perineal tears. 20 de marzo de 2020 [Acceso el 6 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.nhs.uk/pregnancy/labour-and-birth/what-happens/episiotomy-and-perineal-tears/>
39. NHS Digital [Internet]. NHS Maternity Statistics, 2019-20: HES NHS Maternity Statistics Tables. 29 de octubre de 2020 [Acceso el 6 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-maternity-statistics/2019-20#summary>
40. Rodríguez-Garrido P, Goberna Tricas J. (In) seguridad del parto en el domicilio: una revisión bibliográfica. *Matronas Prof.* 2020;21(2):37-46 [Acceso el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://matronasprofesion.es/archivo/vol-21-num-2-2020/?ver=3-1-2>
41. Campiotti M, Campi R, Zanetti M, Olivieri P, Faggianelli A, Bonati M. Low-Risk Planned Out-of-Hospital Births. Characteristics and Perinatal Outcomes in Different Italian Birth Settings. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020;17 [Acceso el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/8/2718>
42. 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* [Internet]. 2019;19(1):513 [Acceso el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2584-0>

43. Snowden JM, Tilden EL, Snyder J, Quigley B, Caughey AB, Cheng YW. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. *N Engl J Med*. [Internet]. 2015; 373:2642-2653 [Acceso el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1501738>
44. Gómez Abero AM, Díaz-Jiménez D, Somavilla Luengo C. Parto en casa versus parto en el hospital. Revisión bibliográfica de la literatura actual. *SANUM*. 2019;3(3):6-15 [Acceso el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://revistacientificasanum.com/articulo.php?id=63>
45. Alcaraz-Vidal L, Escuriet R, Sàrries Zgonc I, Robleda G. Planned homebirth in Catalonia (Spain): A descriptive study. *Midwifery* [Internet]. 2021;98 [Acceso el 13 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102977>
46. Bolten N, de Jonge A, Zwagerman E, Zwagerman P, Klomp T, Zwart JJ, Geerts CC. Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: a cohort study in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):329 [Acceso el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-016-1130-6.pdf>
47. Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton EK. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*. 2020;21 [Acceso el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32280941/>
48. Van der Kooy J, Birnie E, Denktas S, Steegers EAP, Bonsel GJ. Planned home compared with planned hospital births: mode of delivery and Perinatal mortality rates, an observational study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2017;17(1):177 [Acceso el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1348-y>
49. Hutton EK, Cappelletti A, Reitsma AH, Simioni J, Horne J, McGregor C, Ahmed RJ. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-

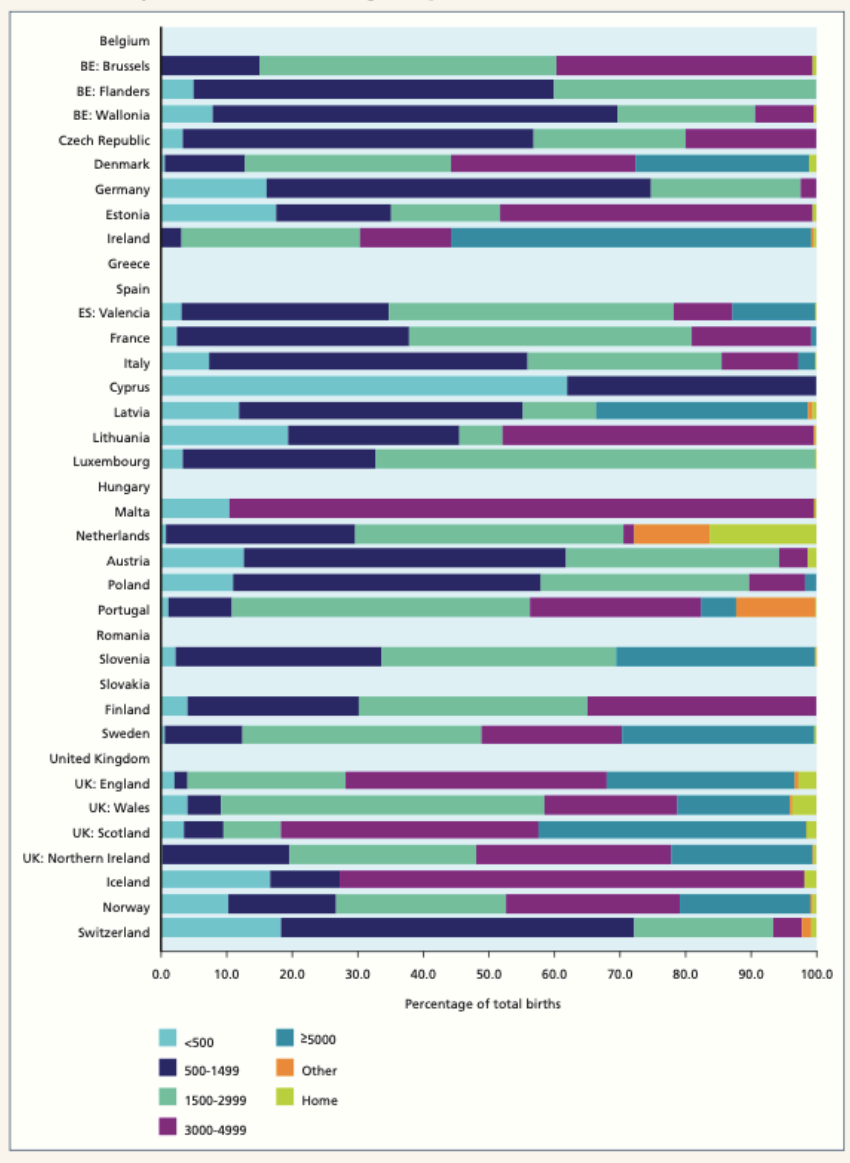
- risk pregnancies. CMAJ. 2016;188(5) [Acceso el 19 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1503/cmaj.150564>
50. Bellizzi S, Sobel HL, Mathai M, Temmerman M. Does place and attendance at birth improve early neonatal mortality? Secondary analysis of nine Demographic and Health Surveys. BJOG. 2017;124(10):1558-1565 [Acceso el 9 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.14422>
51. De Jonge A, Mesman JAJM, Mannien J, Zwart JJ, van Dillen J, van Roosmalen J. Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. BMJ [Internet]. 2013;346 [Acceso el 9 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f3263>
52. Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM. Planned home births assisted by nurse midwives: maternal and neonatal transfers. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(1):15-21 [Acceso el 9 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Wzyq5p8crFgpr8nShN9gM3z/?lang=en>
53. Silva dos Santos S, Mabelle Milfont Boeckmann L, Cyntia Paulin Baraldi A, Costa Melo M. Resultados de partos domiciliarios planeados assistidos por enfermeiras obstétricas. REUFMS [Internet]. 2018;8(1):129-143 [Acceso el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.5902/2179769228345>
54. Koettker JG, Brüggemann OM, Knobel R. Maternal results from planned home births assisted by nurses from the *hanami* team in the south of brazil, 2002-2012. Texto Contexto Enferm. 2017;26(1) [Acceso el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003110015>
55. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2012;(9) [Acceso el 12 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000352.pub2>

ANEXOS

Anexo 1

Distribución de los nacimientos por volumen de partos en unidades de maternidad.

Figure 1. Distribution of births by maternity unit volume of deliveries in 2010.
(Note: Twenty-nine countries or regions provided data for this indicator) (2).



Fuente: Sandall J. Place of birth in Europe. *Entre nous*. 2015 (81): 16-17.

Anexo 2

Condiciones médicas que indican un aumento del riesgo de parto planificado en unidades obstétricas.

Área	
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad cardíaca confirmada• Hipertensión arterial
Respiratoria	<ul style="list-style-type: none">• Asma que requiera un aumento del tratamiento o tratamiento hospitalario• Fibrosis quística
Hematológica	<ul style="list-style-type: none">• Hemoglobinopatías: enfermedad de células falciformes, beta-talasemia mayor• Antecedentes de trastornos tromboembólicos.• Púrpura trombocitopénica inmune u otro trastorno plaquetario o recuento de plaquetas inferior a 100×10^9/litro• Enfermedad de Von Willebrand• Trastorno hemorrágico en la mujer o el feto• Anticuerpos atípicos que conllevan un riesgo de enfermedad hemolítica del recién nacido
Endocrina	<ul style="list-style-type: none">• Hipertiroidismo• Diabetes
Infectiva	<ul style="list-style-type: none">• Factores de riesgo asociados al estreptococo del grupo B por los que se recomendaría antibióticos en el trabajo de parto• Hepatitis B/C con pruebas de función hepática anormales• Portador/infectado por el VIH• Toxoplasmosis: mujeres que reciben tratamiento• Infección activa actual de varicela/rubéola/herpes genital en la mujer o el bebé• Tuberculosis en tratamiento
Inmune	<ul style="list-style-type: none">• Lupus eritematoso sistémico• Escleroderma
Renal	<ul style="list-style-type: none">• Función renal alterada• Enfermedad renal que requiera supervisión de un nefrólogo
Neurológica	<ul style="list-style-type: none">• Epilepsia• Miastenia gravis• Accidente cerebrovascular previo
Gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad hepática asociada con pruebas de función hepática anormales actuales
Psiquiátrica	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad psiquiátrica que requiera atención hospitalaria

Otros factores que indican aumento del riesgo del parto planificado en unidades obstétricas.

Factor	Información adicional
Complicaciones previas	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte fetal/neonatal inexplicable o muerte previa relacionada con dificultad intraparto • Bebé anterior con encefalopatía neonatal • Preeclampsia que requiere parto prematuro • Desprendimiento de placenta con resultado adverso • Eclampsia • Ruptura uterina • Hemorragia posparto primaria que requiere tratamiento adicional o transfusión de sangre • Placenta retenida que requiere extracción manual en cesárea de quirófano • Distocia de hombros
Embarazo actual	<ul style="list-style-type: none"> • Parto múltiple • Placenta previa • Preeclampsia o hipertensión inducida por el embarazo • Trabajo de parto prematuro o ruptura prematura de membranas antes del trabajo de parto • Desprendimiento de la placenta • Anemia: hemoglobina inferior a 85 g/litro al inicio del trabajo de parto • Muerte intrauterina confirmada • La inducción del trabajo de parto • Mal uso de sustancia • Dependencia del alcohol que requiere evaluación o tratamiento • Inicio de la diabetes gestacional • Malpresentación: posición de nalgas o transversa • IMC en la reserva de más de 35 kg/m² • Hemorragia anteparto recurrente • Pequeño para la edad gestacional en este embarazo (menos del quinto percentil o velocidad de crecimiento reducida en la ecografía) • Frecuencia cardíaca fetal anormal/estudios doppler Diagnóstico por ultrasonido de oligo-/polihidramnios
Historia ginecológica	<ul style="list-style-type: none"> • Miomectomía • Histerotomía

Fuente: Fuente: National Institute for Health and Clinical Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. NICE. 2017 [Acceso el 26 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>

Anexo 3. ⁽²²⁾

Razones para elegir un parto en casa en EEUU.

Table 3 Reasons for choosing homebirth in the US[20]

	Reasons for choosing homebirth in the US	Total 169
1	safety	38
2	avoidance of unnecessary medical interventions common in hospital births	38
3	previous negative hospital experience	37
4	more personal control	35
5	comfortable, familiar environment	30
6	women's trust in the birth process	25

Anexo 4. ⁽²²⁾

Tabla resumen de los riesgos y beneficios de dar a luz en casa

Table 4: Summary of Homebirth risks and benefits which vary depending on country and available networks

Homebirth benefits, risks and myths	
Benefits	
	Reduced medical interventions
	Better than previous hospital experience
	More personal control
	Comfortable, familiar environment
Risks	
	Increased risk of neonatal morbidity in primigravida
	Need for hospital transfer in up to 45% of cases in primigravida
	Less choice of analgesia
	Less skilled midwifery support
	Women's over trusting of the birth process
Myths	
	Homebirth is not safer although interventions may be less
	Epidurals are not less necessary, they are just not available without transfer
	The caesarean section rate is not reduced
	Women are not happier after homebirth

Anexo 5

Tabla-resumen de la bibliografía incluida en la revisión bibliográfica.

Título	Autor	Año	Tipo de estudio	Resumen
"La enfermedad normal" Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto.	Vallana V	2020	Investigación histórica	Artículo sobre la evolución de los pensamientos y comportamientos sobre el parto a lo largo de la historia.
Puerperios y otras exploraciones del alma femenina	Gutman L.	2014	Libro	Libro que trata sobre las vivencias de la maternidad.
Intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes	Dahlen HG, Kennedy HP, Anderson CM, Bell AF, Clark A, Foureur M, et al.	2013	Hipótesis	El parto fisiológico podría influenciar la manifestación de algunos genes.
Home Birth	ICM	2017	Declaración de posición	Declaración de posición de la ICM respecto al parto en casa.
Guía de Asistencia al Parto en Casa	Alcaraz Vidal L, Casadevall Castañé L, Díaz-Maroto S, Domínguez Cano P, Franch Ferrer M, García Morales R, et al.	2018	Guía	Guía elaborada en España de asistencia al parto en casa.
Partos según residencia de la madre por Comunidad Autónoma, maduridad, tamaño de los municipios y capital, normalidad del parto y asistencia sanitaria	INE	2020	Estadística	Datos sobre el parto en 2020.
Sociología de la población y control de la natalidad en España	De Miguel JM	1980	Estudio sociológico	Estudio realizado en España en 1980 con datos interesantes.
Nacimientos por tipo de parto y orden del nacimiento	INE	2021	Estadística	Datos sobre el parto en 2020
Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas	OMS	2015	Declaración	Datos sobre las cesáreas.
Perinatale zorg in Nederland anno 2020	Broeders L, van Dijk AE, Rosman AN, de Winter G	2021	Estudio poblacional	Datos sobre la natalidad en Holanda en 2020.
Provisional births in England and Wales	Office for National Statistics	2021	Estadística	Datos sobre los partos en Inglaterra y Gales en 2020.

Parir en casa en tiempos de coronavirus	Costa Abós S, Behaghel M	2020	Estudio fenomenológico	Descripción de la experiencia vivida por una madre en relación al su parto en casa durante la pandemia.
Homebirth Clinical Guidance	Safer Care Victoria	2021	Guía clínica	Guía clínica sobre el parto en casa.
Women's birthplace decision-making, the role of confidence: Part of the Evaluating Maternity Units study, New Zealand	Grigg CP, Tracy SK, Schmied V, Daellenbach R, Kensington M	2015	Diseño de cohortes prospectivo de métodos mixtos.	El lugar de parto es un aspecto muy importante de esta experiencia. La decisión es compleja. Hay muchos factores influyentes que tienen que coincidir para que todos los implicados ganen la confianza necesaria.
Exploring social and health care representations about home birth: An Integrative Literature Review	Rodríguez-Garrido P, Pino-Morán JA, Goberna-Tricas J	2020	Revisión integrativa de la literatura	Se encontraron 4 dimensiones: empoderamiento en el parto; estudios socio-médicos comparativos del parto; dimensión institucional del parto; dimensión cultural del parto. Desde el punto de vista de la organización sanitaria, el parto en casa no está completamente aceptado. Sin embargo, las mujeres se están interesando más debido a la excesiva medicalización e institucionalización.
El parto domiciliario como alternativa al parto hospitalario. El papel de la enfermera especialista (matrona)	Pérez romero MP, Moreno Rubio B, Fuentes Iglesias ML	2016	Revisión bibliográfica	La satisfacción es mayor en las mujeres que han tenido un parto en casa. Experimentan menos miedo, inseguridad e incomodidad en los partos en casa. Las matronas son escogidas la figura más importantes del parto en casa.
Boas práticas em partos domiciliares: perspectiva de mulheres que tiveram experiência de parto em casa	Frões de Oliveira Sanfelice C, Kakuda Shimo AK	2016	Investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva	Se identificaron buenas prácticas en los partos domiciliarios: estructura ambiental favorable; libertad de decisión; apoyo emocional; compromiso del equipo de salud.
Continuous support for women during childbirth	Bohren MA, Hofemyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A	2017	Revisión sistemática	El apoyo continuo durante el parto puede aumentar las tasas de parto vaginal.
Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva	OMS	2018	Documento de orientación técnica	Recomendaciones para abordar algunos aspectos específicos del manejo del trabajo de parto y las principales causas de mortalidad y morbilidad maternas y neonatales.
Information that (de)motivate women's decision-making for Planned Home Birth.	Volpato F, Costa R, Brüggemann OM, Monguilhott JJC, Gomes IEM, Colossi L	2021	Estudio descriptivo exploratorio	Las aspectos que desmotivan la elección son miedo de complicaciones, necesidad de estructura médico-hospitalaria y

				opiniones de otras personas sobre el riesgo que conlleva.
The characteristics of women who birth at home, in a birth centre or in a hospital labour ward: A study of a nationally-representative sample of 1835 pregnant women	Steel A, Adams J, Frawley J, Broom A, Sibbritt D	2015	Encuesta transversal	Las decisión del lugar del parto se ve afectada por factores como los valores personales, la situación económica o la política. Se deben de entender para asegurar que todas las mujeres puedan acceder al ambiente de parto más apropiado.
Planned home birth	Walker J	2017	Artículo de revisión	Responde a la pregunta de si el parto en casa es seguro. Hay que tener en cuenta las razones por las que se escoge un parto en casa y los riesgos y beneficios que conlleva.
Women's reasons for, and experiences of, choosing a homebirth following a caesarean section	Keedle H, Schimied V, Burns E, Dahle HG	2015	Entrevista	Una cesárea previa puede causar un trauma físico y emocional. Las mujeres afirman que un parto vaginal después de una cesárea tiene beneficios en la relación con su bebé. Las políticas de los hospitales las llevan a buscar otras opciones.
Evitar la violencia obstétrica- motivo para decidir el parto en casa	Martínez-Mollá TM, Siles J, Solano MC	2019	Diseño cualitativo de corte etnográfico	Las familias no están de acuerdo con muchas creencias arraigadas en la sociedad. Consideran que con un parto en casa evitan la violencia obstétrica y se respetan sus creencias y valores.
Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.	Asamblea Nacional de la República Boliviana de Venezuela	2007	Ley	Ley que definió por primera vez el término de "violencia obstétrica".
Pregnancy related anxiety and general anxious or depressed mood and the choice for birth setting: a secondary data-analysis of the DELIVER study.	Witteveen AB, De Cock P, Huizink AC, De Jonge A, Klomp T, Westerneng M, Geerts CC	2016	Estudio de cohortes dinámico	La ansiedad aumenta más frecuentemente en mujeres que planearon un parto en el hospital o que tuvieron que cambiar el lugar de parto de casa al hospital.
Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas	Feyer ISS, Monticelli M, Knobel R	2013	investigación exploratoria-descriptiva	La vivencia del parto en casa se vive con mayor autonomía y brinda una acogida más acogedora al recién nacido. La mayoría de las parejas tienen formación universitaria.
Dificultades en la atención domiciliario desde la perspectiva de las enfermeras obstetras	Dos Santos Pascoto G, Zambrano Tanaka, Rodrigues Fernandez LC, Kakuda Skimo AK, Froés de Oliveira Sanfelice C	2020	Estudio descriptivo de abordaje cualitativo	Las dificultades están relacionadas con la falta de regulación de este modelo, el prejuicio social, dificultades en la adquisición de suministros y servicios necesarios para una práctica domiciliaria segura y de calidad.

Do parto institucionalizado ao parto domiciliario	Froés de Oliveira Sanfelice C, De Souza Freitas Abbud F, Separavich Pregnotatto O, Gonçalves da Silva M, Kakuda Shimo AK	2014	Estudio descriptivo de abordaje cualitativo	El cambio de trabajo de un hospital a los domicilios es un proceso que a muchas matronas les nace de haber presenciado muchas experiencias de partos en el hospital. Puede verse como una protesta contra el modelo de atención hospitalario.
La enfermería obstétrica en el cuidado al parto domiciliario planeado- revisión integradora	Rossi Kissula Souza SR, de Jesus Drygla Oliveira MC, Dias Aldrighi J, de Oliveira Peripolli L, Loewen Wall M	2019	Revisión integradora	La matrona no trabaja solo con su competencia técnica, también lo hace teniendo en cuenta los aspectos psicológicos, emocionales y fisiológicos del proceso del parto.
La atención al parto domiciliario en Andalucía. Visión de las matronas.	Quirós Córdoba C, Nuño Aguilar MC, Martín Cortés MT	2021	Estudio cualitativo fenomenológico	Se considera que se debería impartir formación sobre el parto en casa durante la residencia, al igual que prácticas.
Atención perinatal en España: análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018.	Ministerio de Sanidad	2021	Informe	Datos sobre los indicadores de calidad.
Nacimientos por tipo de parto y orden del nacimiento	INE	2021	Estadística	Datos sobre el parto en 2019.
Western Health & Social Care Trust (WHSCT) Reducing Obstetric Anal Sphincter Injuries-The O.A.S.I.S care bundle	NICE	2021	Medidas para el cuidado de la salud	Datos sobre los desgarros en Inglaterra.
Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud	Ministerio de Sanidad y Consumo	2012	Informe	Datos sobre el parto en España.
Episiotomy and perineal tears	NHS	2020	Parte de una página web	Datos sobre episiotomías en Inglaterra.
NHS Maternity Statistics, 2019-20: HES NHS Maternity Statistics Tables	NHS Digital	2020	Estadística	Datos sobre partos en Inglaterra en 2020.
Information for women planning to give birth at home	East Sussex Hospitals NHS Trust	2019	Folleto informativo	Información sobre el parto en casa.
State of Health in the EU: The Netherlands - Country Health Profile 2021	OECD/European Observatory on Health Systems and Policies	2021	Perfil de salud	Datos sobre la organización del parto en Holanda.
(In) seguridad del parto en el domicilio:	Rodríguez-Garrido P, Goberna Tricas J	2020	Revisión bibliográfica	Hay ciertos estándares de seguridad que deben de ser

una revisión bibliográfica				respetados, como: embarazo de bajo riesgo, acompañamiento de una matrona y un sistema de transferencia sanitaria integrado.
Low-Risk Planned Out-of-Hospital Births	Campiotti M, Campi R, Zanetti M, Olivieri P, Faggianelli A, Bonati M	2020	Estudio observacional	Parir en casa puede ser una opción segura. Debe de planearse cuidadosamente y evaluarse de acuerdo con el sistema sanitario para garantizar el cuidado más seguro y efectivo para la madre y el recién nacido.
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	Scarf VL, Viney R, Yu S, Foureur M, Rossiter C, Dahlen H, et al	2019	Estudio de cohortes retrospectivo basado en la población	Las mujeres que han planificado dar a luz en casa tienen tasas más altas de parto vaginal, incluso cuando tienen que ser transferidas al hospital.
Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes	Snowden JM, Tilden EL, Snyder J, Quigley B, Caughey AB, Cheng YW	2015	Estudio de cohortes retrospectivo basado en la población	El parto planificado en casa se asoció con una mayor tasa de muerte perinatal comparado con el parto planificado en el hospital. Las probabilidades de convulsiones neonatales fueron mayores en el parto en casa pero las de hospitalización en una UCI neonatal menores. El parto en casa también se asoció fuertemente con parto vaginal y con menores probabilidades de procedimientos obstétricos.
Parto en casa versus parto en el hospital. Revisión bibliográfica de la literatura actual	Gómez Abero AM, Díaz-Jiménez D, Somavilla Luengo C	2019	Revisión bibliográfica	Las cifras de mortalidad materna son similares en casa y en el hospital, siempre que sean embarazos de bajo riesgo. En casa hay menos probabilidades de bajo peso, prematuridad e ingreso en UCI neonatal.
Planned homebirth in Catalonia (Spain): A descriptive study	Alcaraz-Vidal L, Escuriet R, Sàrries Zgonc I, Robleda G	2021	Estudio descriptivo	Las tasas de morbilidad neonatal y materna muestran que el parto en casa es seguro, y reflejan el trabajo que hacen las matronas independientes en Cataluña. Los porcentajes de desgarro perineal de alto grado y episiotomías fueron bajos.
Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes	Bolten N, de Jonge A, Zwagerman E, Zwagerman P, Klomp T, Zwart JJ, Geerts CC	2016	Estudio de cohortes	Las mujeres que planearon un parto en casa tuvieron más frecuentemente parto espontáneo y menos episiotomías comparadas con

among low-risk women: a cohort study in the Netherlands				aquellas que planearon un parto en el hospital. Las nulíparas tuvieron más a menudo daño de esfínteres, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas.
Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses	Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton EK	2020	Revisión sistemática y metaanálisis.	Las mujeres con embarazo de bajo riesgo, sufrieron menos intervenciones durante el parto y resultados maternos adversos.
Planned home compared with planned hospital births: mode of delivery and Perinatal mortality rates, an observational study	Van der Kooy J, Birnie E, Denktas S, Steegers EAP, Bonsel GJ	2017	Estudio observacional	En los partos en casa, las mujeres multíparas mostraron menos tasas de intervenciones. Sin embargo, esto se ve contrarrestado por el aumento de la mortalidad en caso de que se tenga que producir una intervención. Hay un aumento de riesgo en los grupos de riesgo no identificados.
Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies	Hutton EK, Cappelletti A, Reitsma AH, Simioni J, Horne J, McGregor C, Ahmed RJ	2016	Estudio de cohortes	Se compararon 11493 partos planificados en casa y 11493 partos planificados en el hospital. El parto planificado en casa asistido por matronas, en un sistema dónde está bien integrado, no se asoció con una diferencia en los resultados neonatales adversos graves, por el contrario, se asocia con menos intervenciones durante el parto
Does place and attendance at birth improve early neonatal mortality? Secondary analysis of nine Demographic and Health Surveys	Bellizzi S, Sobel HL, Mathai M, Temmerman M	2017	Análisis retrospectivo	No se encontró asociación entre el lugar de parto y la mortalidad neonatal.
Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study	De Jonge A, Mesman JAJM, Mannien J, Zwart JJ, van Dillen J, van Roosmalen J	2013	Estudio de cohortes	Los embarazos de bajo riesgo que tuvieron un parto planificado en casa tuvieron menos tasas de morbilidad materna, hemorragia postparto y extracción manual de placenta comparados con las que planearon un parto en el hospital. En mujeres multíparas estas diferencias fueron significativas.

Planned home births assisted by nurse midwives: maternal and neonatal transfers	Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM	2013	Estudio descriptivo exploratorio	La tasa de traslado fue 11,0%, mayoritariamente de nulíparas (63,3%), todas ellas trasladadas durante el primer período clínico del parto. Los motivos más frecuentes obedecieron a interrupción de dilatación cervical, progresión de presentación fetal y desproporción cefalopélvica. Se muestran buenos resultados incluso cuando se produjo traslado.
Resultados de partos domiciliarios planejados asistidos por enfermeiras obstétricas	Silva dos Santos S, Mabelle Milfont Boeckmann L, Cyntia Paulin Baraldi A, Costa Melo M	2018	Estudio descriptivo exploratorio retrospectivo de carácter cuantitativo	La minoría de las mujeres (21,1%) y de los recién nacidos (1,2%) fueron trasladados al hospital, sin complicaciones.
Maternal results from planned home births assisted by nurses from the hanami team in the south of brazil, 2002- 2012	Koettker JG, Brüggemann OM, Knobel R	2017	Estudio descriptivo exploratorio retrospectivo de carácter cuantitativo	Los desgarros fueron de primer grado (64,7%) y de segundo (7%), casi la mitad no necesito sutura (46,8%). La tasa de traslado fue de 7,4%.
Planned hospital birth versus planned home birth	Olsen O, Clausen JA	2012	Revisión sistemática	No hay suficiente evidencia como para favorecer o el parto planificado en hospital o en casa. En algunos países, se cree que el lugar más seguro para dar a luz es el hospital, mientras que en otros se cree que si se ha tenido un embarazo de bajo riesgo y ha sido controlado y asistido por una matrona, la transferencia de la mujer al hospital no sería complicado.

Fuente: elaboración propia.