



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**PARTO DOMICILIARIO:
RECUPERANDO UNA FORMA
DE ASISTENCIA AL PARTO**

Alumno/a: Reig Rodríguez María

Tutor/a: Prof. D. Juan Miguel Martínez Galiano
Dpto: Departamento de Enfermería

Mayo, 2016



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

PARTO DOMICILIARIO: RECUPERANDO UNA FORMA DE ASISTENCIA AL PARTO

Alumno/a: Reig Rodríguez María

Tutor/a: Prof. D. Juan Miguel Martínez Galiano
Dpto: Departamento de Enfermería

Mayo, 2016

INDICE

1. RESUMEN Y ABSTRACT.....	4
2. INTRODUCCIÓN	6
2.1. Trabajo de parto / Inicio del parto.....	6
2.2. Etapas del parto	7
2.3. Complicaciones materno-fetales	9
2.4. Evolución de la asistencia al parto	10
2.5. Estrategia de asistencia al parto	10
2.6. Análisis de la situación.....	14
2.7. Criterios para el parto domiciliario	19
2.8. Justificación	19
3. OBJETIVOS	20
4. METODOLOGÍA.....	21
5. RESULTADOS.....	23
6. DISCUSIÓN	36
6.1. Limitaciones del estudio	43
7. CONCLUSIONES	43
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
9. ANEXOS.	50

1. RESUMEN Y ABSTRACT

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El creciente aumento de intervenciones hospitalarias junto con la medicación del proceso de parto normal está ligado y tiene como consecuencia el aumento de las tasas de cesáreas. Dicha situación crea insatisfacción en muchas mujeres y profesionales y hace que vayan en busca de un parto más humanizado como es el parto domiciliario.

OBJETIVO: Conocer los riesgos y beneficios maternos y fetales del parto en el domicilio.

MÉTODOS: Se trata de una revisión bibliográfica, comprendida entre noviembre de 2015 y febrero de 2016, en la cual se ha realizado un estudio a partir de 33 documentos en las diferentes bases de datos tanto nacionales como internacionales teniendo en cuenta unos criterios de inclusión.

RESULTADOS: Se observa que el parto en casa está asociado con altas tasas de parto vaginal espontáneo y bajas tasas de intervenciones obstétricas como pueden ser la inducción del parto, la mano de obra o la frecuencia de episiotomías, sin que se produzca un aumento de los resultados maternos adversos como son la hemorragia posparto o la cesárea. Dichos resultados son más significativos en mujeres multíparas. Sin embargo en cuanto a los resultados neonatales se encuentra mayor controversia tanto en las complicaciones, ingresos en unidades de cuidados intensivos neonatales como en las tasas de mortalidad siendo necesario más estudios que diluciden los resultados. El parto domiciliario genera gran satisfacción entre las parejas que lo eligen, siendo estas jóvenes, con relaciones estables, estudios superiores, estabilidad laboral y buen nivel socioeconómico que permite que el parto domiciliario sea una decisión informada.

CONCLUSIONES: En general no existe una base sólida para desaconsejar el parto domiciliario en mujeres de bajo riesgo siempre que el sistema de atención a la maternidad facilite matronas bien entrenadas y un buen sistema de transporte y referencia.

Palabras clave: parto domiciliario, parto en casa, riesgos y beneficios parto domicilio, parto natural y embarazo bajo riesgo.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The increasing growth of hospital interventions, together with the normal delivery process medication, comes along and has as a consequence the increase of caesarean section rates. This situation creates dissatisfaction in many women and professional people and makes them to get a more humanized birth as the home delivery.

OBJECTIVE: Recognize the risks and the benefits in the mother and foetus in the home delivery.

METHODS: It is a bibliographical revision, between november 2015 and february 2016, in which a study of 33 documents has been carried out, in different data basis, national and international ones, taking into account inclusion criteria.

RESULTS: Home delivery is associated to high rates of spontaneous vaginal birth and low rates of obstetric interventions, such as induction of labor, labor or the frequency of episiotomies, without increasing unfavourable maternal results such as postpartum haemorrhages or caesarean section. These results are more significative in multiparous women. However, as for neonatal outcomes, there are more controversies such as possible complications, admission in neonatal intensive care unit, or mortality rates, being necessary to have more studies that elucidate those results. Home delivery creates great satisfaction among couples who choose it, being them young ones, with stable relationships, higher education, job stability and good socioeconomic status that allows home delivery to be an informed decision.

CONCLUSIONS: In general, there is not a solid foundation to discourage the birth home in low-risk women provided that the maternity care system provide well-trained midwives and a good transport system and reference.

Key words: Home childbirth, childbirth at home, risks and benefits of home childbirth, natural childbirth and low-risk pregnancy.

2. INTRODUCCIÓN

Se define el parto como el proceso fisiológico consistente en la expulsión del feto y de los anejos ovulares (placenta, líquido amniótico y membranas) a través de la vagina.^{(1), (2)}

Si la extracción del feto se produce mediante una intervención quirúrgica donde se realiza una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y otra en la pared uterina (histerectomía) se denomina cesárea.⁽³⁾

El parto marca el fin de la gestación y, dependiendo de la duración de ésta, se habla de parto a término entre la 37 y la 42 semanas cumplidas, pretérmino o prematuro si se instaura antes de la semana 37 o postérmino a partir de la semana 42.⁽²⁾

Se considera parto normal o eutócico al que ha transcurrido dentro de unos límites de duración y evolución que se consideran fisiológicos. Tiene un inicio espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones y sin intervención alguna, encontrándose tanto a la madre como al bebé en buenas condiciones después de dar a luz.^{(1), (2)} La forma más frecuente de parto eutócico es el parto en presentación cefálica flexionada o presentación de vértice, en la que la cabeza fetal se sitúa de manera que penetra en el canal del parto, con las dimensiones más pequeñas del mismo. Esta presentación es la que ofrece las mejores condiciones para que no existan complicaciones.⁽⁴⁾

Se produce por la interacción de tres elementos: el motor, el objeto y el canal del parto, de modo que el motor del parto lo forma el músculo uterino que gracias a sus contracciones expulsa al exterior el objeto del parto - feto y anejos ovulares-, a través del canal del parto, el cual está constituido por una pared ósea, la pelvis, y unas partes blandas que la recubren,- el segmento, el cuello y la vagina-.^{(2), (5)}

2.1. Trabajo de parto / Inicio del parto.

Como proceso biológico que es, el inicio de parto es difícil de establecer. Los días previos a su inicio constituyen la fase prodrómica del parto. En ella tienen lugar una serie de síntomas, como aumento de las contracciones (generalmente irregulares y poco intensas), descenso del fondo uterino, expulsión del tapón mucoso, polaquiuria y leucorrea. Mientras tanto se suele ir produciendo la maduración cervical.^{(4), (6)}

Se ha de sospechar o anticipar el trabajo de parto si la mujer tiene dolor abdominal intermitente después de las 22 semanas de gestación, dolor a menudo asociado con secreción mucosa con manchas de sangre (expulsión del tapón mucoso) y/o secreción vaginal

acuosa o chorro súbito de agua y se ha de confirmar el inicio del trabajo de parto si hay borramiento del cuello uterino (acortamiento y adelgazamiento progresivos del cuello uterino durante el trabajo de parto) y dilatación del cuello uterino (aumento del diámetro de la abertura cervical medida en centímetros) de al menos 4 cm. ⁽⁷⁾ En el trabajo de parto verdadero, las contracciones suelen ser regulares y con una frecuencia e intensidad que van progresivamente en aumento. El dolor se suele localizar en la espalda y en el abdomen y no desaparece con calmantes. ⁽⁵⁾

2.2. Etapas del parto

Los periodos del parto son tres: dilatación, expulsivo y alumbramiento. Aunque hay que añadir un cuarto periodo, que corresponde al posparto inmediato. ⁽⁵⁾

I. Dilatación.

Periodo que abarca desde el inicio del parto hasta la dilatación completa. Al iniciarse puede haber expulsión de moco o ligera pérdida hemática. ⁽⁶⁾ Dentro de ésta, se pueden distinguir dos fases bastante diferenciadas. Una inicial llamada fase latente y otra, más adelante, denominada fase activa. ⁽⁵⁾

- Fase latente: comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración, y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta de la dilatación hasta los 4 cm. No es posible establecer la duración de la fase latente debido a la dificultad de determinar el comienzo del parto. ⁽⁸⁾
- Fase activa: se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación. La duración de la fase activa del parto es variable entre las mujeres y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal. En las primíparas el promedio de duración es de 8 horas siendo improbable que dure más de 18 horas y en multíparas es de 5 horas siendo improbable que dure más de 12 horas. La velocidad de dilatación se estima que debe ser de 1,2-5 cm/h en nulíparas y de 1,5-10 cm/hora en multíparas. ^{(5), (8)}

Dentro de esta fase se pueden distinguir, a su vez, tres subfases: fase de aceleración, fase de inclinación máxima y fase de desaceleración. La fase de aceleración une la fase latente con la fase activa, iría desde los 3 a los 4 cm de la dilatación y en la mayor parte de las veces no es identificable. La fase de inclinación máxima va desde los 4

hasta los 9 cm de dilatación. La fase de desaceleración va desde los 9 cm hasta la dilatación completa.⁽⁵⁾

II. Expulsivo

Comienza cuando la dilatación cervical es completa (10cm) y termina con la salida al exterior del feto.⁽⁵⁾ A su vez se subdivide en dos fases:

- Fase temprana, no expulsiva o pasiva: Se inicia cuando el cuello del útero completa la dilatación; en esta fase la gestante no muestra deseos de empujar.⁽⁴⁾ La duración normal en nulíparas es de hasta 2 horas tanto si tienen como no anestesia epidural y en multíparas de hasta 1 hora si no tienen anestesia epidural y de 2 horas si la tienen.⁽⁸⁾
- Fase avanzada, expulsiva o activa: Comienza cuando la presentación fetal se encuentra por debajo de las espinas isquiáticas hasta el nacimiento, la mujer siente ganas de empujar con cada contracción.⁽⁴⁾ La duración normal en nulíparas es de hasta 1 hora si no tienen anestesia epidural y de hasta 2 horas si la tienen y en multíparas de hasta 1 hora tanto si tienen como no anestesia epidural.⁽⁸⁾

Aunque en ocasiones el descenso de la presentación se ha iniciado ya en las fases finales de la dilatación (a partir de los 7-8 cm), es durante el expulsivo cuando se produce la mayor parte del descenso de la cabeza fetal.⁽⁵⁾

Para la valoración del descenso de la presentación se emplean los planos paralelos de Hodge. Son la referencia que sirve para indicar en cada momento del parto la altura de la presentación fetal en relación con el canal del parto.⁽⁵⁾

- Primer plano: entre el promontorio y el borde superior de la sínfisis del pubis.
- Segundo plano: pasa por el borde inferior de la sínfisis.
- Tercer plano: pasa por las espinas ciáticas.
- Cuarto plano: pasa por el vértice del coxis.

III. Alumbramiento

Abarca desde la salida del feto hasta la expulsión de las membranas ovulares. La duración se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato con manejo activo y 60 minutos con el alumbramiento espontáneo.^{(6), (8)}

La expulsión de la placenta se produce como consecuencia de la presión ejercida por las paredes del útero, dado que éste con la salida del feto ha modificado en gran manera su tamaño. Los signos de alumbramiento son: ⁽⁴⁾

- Aparición de sangre oscura.
- Descenso del cordón umbilical.
- Visualización de la placenta en la vagina.

IV. Postalumbramiento o puerperio inmediato

Equivale a las dos primeras horas después del nacimiento. El control del estado materno en este momento es importante para la prevención y diagnóstico de complicaciones. En este periodo debe comprobarse que el útero permanece contraído, que no hay sangrado de la cavidad de la episiotomía en el caso de que hubiese, que no se ha producido retención urinaria y que las constantes maternas se mantienen dentro de los límites normales. ⁽⁵⁾

2.3. Complicaciones materno-fetales

Cuando el parto no se desarrolla dentro de los cauces de la normalidad, se define como parto anormal, patológico o distócico, denominándose distocias a las complicaciones que se desencadenan durante el trabajo de parto o están relacionadas con él. ⁽⁴⁾

La dificultad para el progreso normal del parto vaginal o la progresión anormalmente lenta del trabajo de parto es la causa más frecuente de cesárea primaria. Se pueden distinguir tres causas principales: por alteraciones en la dinámica, en el canal del parto y en el objeto del parto. ⁽⁹⁾

- a. Distocia dinámica o del motor del parto. Se definen como el conjunto de alteraciones de la actividad contráctil uterina que interfieren en la normal progresión del parto. ⁽⁹⁾
- b. Distocia del canal del parto. Pueden ser distocias óseas o del canal óseo cuando nos referimos a las alteraciones de la pelvis en su tamaño, forma o inclinación o distocias del canal blando que tienen su origen en las estructuras musculoesqueléticas y que pueden imposibilitar el paso del cilindro fetal, pueden depender de la vulva, la vagina, el cuello y el perineo. ⁽⁹⁾
- c. Distocia del objeto del parto. Se originan por la alteración de la situación y/o presentación del feto. ⁽⁹⁾

2.4. Evolución de la asistencia al parto

Desde 1930, con la institucionalización del nacimiento, los partos pasaron de ser atendidos en el domicilio, en condiciones precarias y con un alto riesgo de mortalidad, a una asistencia puramente hospitalaria. Con ello, se ha conseguido disminuir radicalmente la incidencia de morbi-mortalidad perinatal y materna, pero, como contrapartida, el marco del hospital no ha permitido que el parto se viva como un proceso natural, íntimo y familiar y lo ha convertido en un proceso quirúrgico; el dolor fue aliviado farmacológicamente y el denominado “toque humano” fue relegado.^{(4), (10)}

El deseo de que el parto culmine con el nacimiento de una criatura sana, sin menoscabo de la salud materna, ha propiciado la institucionalización de los partos, su dirección médica sistemática y el que se realicen intervenciones médicas y quirúrgicas sin disponer de la suficiente evidencia sobre su seguridad y eficacia. Así, en las últimas décadas, se ha producido una rápida expansión en el desarrollo y uso de un abanico de prácticas ideadas para iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso del parto, con el propósito de mejorar el desenlace para las madres y sus hijos, habiendo llegado a convertirse en prácticas habituales y rutinarias, incluso en partos de mujeres sanas sin complicaciones.⁽⁸⁾

La llamada a retornar al proceso natural en muchas partes del mundo civilizado hizo que se abrieran los paritorios a los padres y a otros miembros de la familia, pero la ubicación siguió siendo la misma: el hospital.⁽¹⁰⁾

La opción del parto domiciliario en la mayoría de los países desarrollados desapareció. Sin embargo esta práctica está desigualmente distribuida ya que en el lado opuesto están aquellas partes del mundo en las que no más del 20 % de las mujeres tienen acceso a algún tipo de facilidad para dar a luz. Para ellas el parto domiciliario no constituye una opción, es inevitable debido a razones de tipo económico, cultural o geográfico.⁽¹⁰⁾

2.5. Estrategia de asistencia al parto

El parto y el nacimiento son experiencias profundas y únicas y, al mismo tiempo, procesos fisiológicos complejos. Así pues, el tipo de atención que se les preste a las mujeres tiene importantes efectos en ellas y en sus hijos, tanto físicos como emocionales, a corto y a largo plazo, en particular en el caso de aquellas que consideran fundamental ser protagonistas de su propio parto.⁽⁸⁾

En este sentido, ya en 1985, en una reunión de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina Regional de América y la Organización Panamericana de la Salud que tuvo lugar en Fortaleza (Brasil), se establecieron una serie de recomendaciones sobre el uso de la tecnología apropiada en los partos. Posteriormente, en 1996 la OMS elaboró una Guía Práctica sobre los cuidados en el Parto Normal, donde quiera que tenga lugar, desde el domicilio hasta centros de referencia terciarios.^{(8), (10)}

En los años 90, en algunos países de Europa y en América del Norte aparecieron movimientos de mujeres y profesionales en defensa de una asistencia al parto normal menos intervencionista.⁽¹¹⁾

En el año 2000, profesionales de todo el mundo se reunieron en Fortaleza (Brasil), y propusieron la humanización del nacimiento como concepto central para el desarrollo de las sociedades sostenibles del siglo XXI. De aquí surgió la Declaración de Ceará.⁽¹²⁾ En ese mismo año aparece la primera guía sobre el cuidado al parto dirigido por matronas.⁽¹¹⁾

En 2007, El Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró la “Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud”, consensuada por todas las CCAA, la cual está impulsando una profunda transformación en el modelo de atención al parto. Este cambio pretende un nuevo modelo cuyos principios rectores serían la consideración del parto como un proceso generalmente fisiológico y la pertinencia de ofrecer una atención personalizada e integral que contemple tanto los aspectos biológicos como los emocionales y familiares, basada en la evidencia científica y respetuosa con el protagonismo y el derecho a la información y a la toma de decisiones informadas que la legislación reconoce a las mujeres.⁽⁸⁾

Las preferencias de una gran proporción de mujeres de la sociedad actual han tendido hacia la seguridad que ofrecen los centros hospitalarios hoy en día. Sin embargo cabe destacar que hay grupos de mujeres que reclaman poder elegir entre el parto tradicional hospitalario u otra forma que les permita más protagonismo en su vivencia.⁽⁴⁾

Por los mismos motivos surgieron en América durante los años setenta los llamados “*alternative birth rooms*” (habitaciones alternativas de nacimiento), habitaciones hospitalarias decoradas con buen gusto donde las mujeres de bajo riesgo pueden parir en la cama con los familiares presentes y a tan solo unos segundos de un paritorio convencional donde podría resolverse una emergencia.⁽¹³⁾

En algunos países desarrollados, dicha insatisfacción hizo que algunas mujeres y matronas empezaran la práctica de partos domiciliarios como confrontación con el sistema oficial de seguimiento del parto.⁽¹⁰⁾

En España, en 1988, surge la asociación “Nacer en Casa” como respuesta a la necesidad de aglutinar a los profesionales que en ese momento trabajaban en favor de recuperar el nacimiento domiciliario.⁽¹⁴⁾ En 2003 apareció la asociación “El parto es nuestro”, que pide a los profesionales una asistencia más acorde con las recomendaciones de la OMS y que propugna una asistencia al parto con menos intervención. En esta asociación han aunado su voz mujeres y profesionales sanitarios.⁽¹⁵⁾

En Europa, dependiendo de donde viva la mujer embarazada, podrá elegir o no donde puede parir. Las regulaciones y recomendaciones son dispares. Hay países que lo fomentan y lo financian, otros lo ofrecen (aunque no necesariamente lo aconsejen), otros lo toleran y unos pocos ponen trabas explícitas.⁽¹⁶⁾(Figura 1)

Figura 1. Legislación en Europa en 2014.

Sólo se indica el % de partos programados en casa si es mayor del 1%



Fuente: Artículo Nosotras parimos, pero ¿dónde? El País⁽¹⁶⁾

En diversos países europeos existen servicios públicos de asistencia al parto a domicilio, atendidos por comadronas y coordinados con los equipos medicoquirúrgicos hospitalarios ante cualquier riesgo y con la posibilidad de un traslado inmediato. ⁽⁴⁾

España tolera el parto domiciliario. El Ministerio de Sanidad circunscribe sus recomendaciones a la atención en el Sistema Nacional de Salud, pero donde no se contempla nada de la atención domiciliaria al parto, ni de apoyo, ni de prohibición. ⁽¹⁶⁾ La opción no está contemplada en la cartera de servicios públicos; aun así, algunas mujeres eligen esta opción y son atendidas mayoritariamente por matronas privadas. ⁽¹⁷⁾ Sin embargo, en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares, se ofrece libertad de elección, ofreciendo información adecuada de las diferentes opciones de parto, con las ventajas y los inconvenientes de cada opción, permitiendo a la mujer ser protagonista de la decisión del tipo y de la modalidad del parto que desea. ⁽¹²⁾

En Francia, la atención domiciliaria al parto, que no está financiada por el sistema público de salud, es poco frecuente. ⁽¹⁷⁾

En Inglaterra (Reino Unido) se ha pasado de un parto medicalizado a una atención menos intervencionista que le otorga a la mujer un protagonismo importante. Este cambio se ha debido básicamente a los movimientos de mujeres aparecidos en la década de los años ochenta que presionaron a las instancias públicas, de modo que en 1993 apareció el informe *Changing Childbirth*, prometiendo un gran cambio en la asistencia prestada en las maternidades del Reino Unido. ⁽¹³⁾ Así, se identifican tres tipos de localizaciones clínicas esenciales para estructurar la organización de los servicios de atención al parto dentro del *National Health Service (NHS)*: *obstetric units*, *alongside midwifery units* y *freestanding midwifery units*. ⁽¹⁷⁾ Entre el 2% y el 3% de los partos son domiciliarios. ⁽¹²⁾ Según la nueva guía de sanidad, publicada en 2014, Reino Unido recomienda el parto domiciliario a embarazadas de bajo riesgo, no primerizas y acompañadas por una matrona. ⁽¹⁶⁾

En Holanda, la atención a la maternidad centrada en la familia es conocida por su promoción de los partos domiciliarios, asistidos en su mayoría por matronas. ⁽¹¹⁾ Se promueve el parto domiciliario para mujeres de bajo riesgo sin restringir la libertad de elección siendo cubierto por la sanidad pública. El 16,3% de los partos son domiciliarios. ⁽¹⁶⁾

En Irlanda, dentro del sistema público existen clínicas con matronas que realizan las visitas antenatales y asisten al parto en el domicilio. Si la mujer opta por un parto domiciliario

y este servicio no está disponible en su zona de residencia, el gobierno ofrece una ayuda económica para asumir parte del coste que supone contratar una matrona privada. ⁽¹⁷⁾

En Dinamarca, se ofrece libertad de elección. El parto domiciliario se incluye dentro de la sanidad pública pero no se promueve. El 1% de los partos son domiciliarios. ⁽¹²⁾

En países como República Checa, Ucrania, Croacia o Lituania la ley prohíbe a los profesionales sanitarios planificar y atender un parto domiciliario. ⁽¹⁶⁾

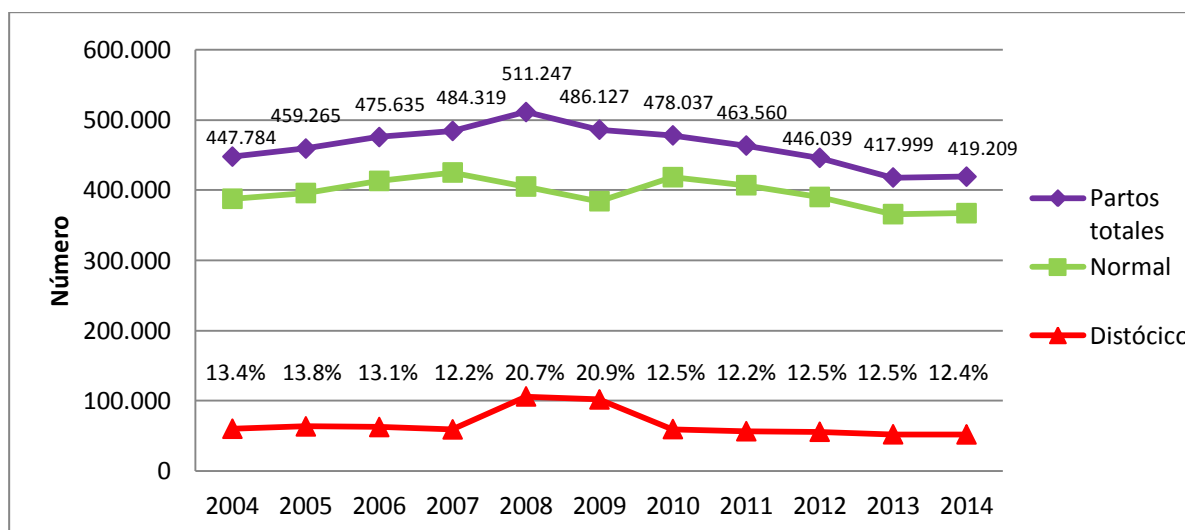
En Australia, los modelos con financiación pública permiten elegir entre la atención domiciliaria al parto, la cual se financia de forma parcial. ⁽¹⁷⁾

En Canadá, la atención a la maternidad ha estado tradicionalmente integrada en los hospitales y bajo responsabilidad médica, pero en esta última década algunos gobiernos provinciales han promulgado políticas para integrar a las matronas y también la opción de parto domiciliario en su sistema de salud. ⁽¹⁷⁾

2.6. Análisis de la situación

Cada año se producen más de 135 millones de partos. ⁽¹⁸⁾ El parto es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles, de ellos un porcentaje son distócicos como podemos observar en el gráfico. ^(Gráfico 1)

Gráfico 1. Partos según normalidad. España 2004-2014

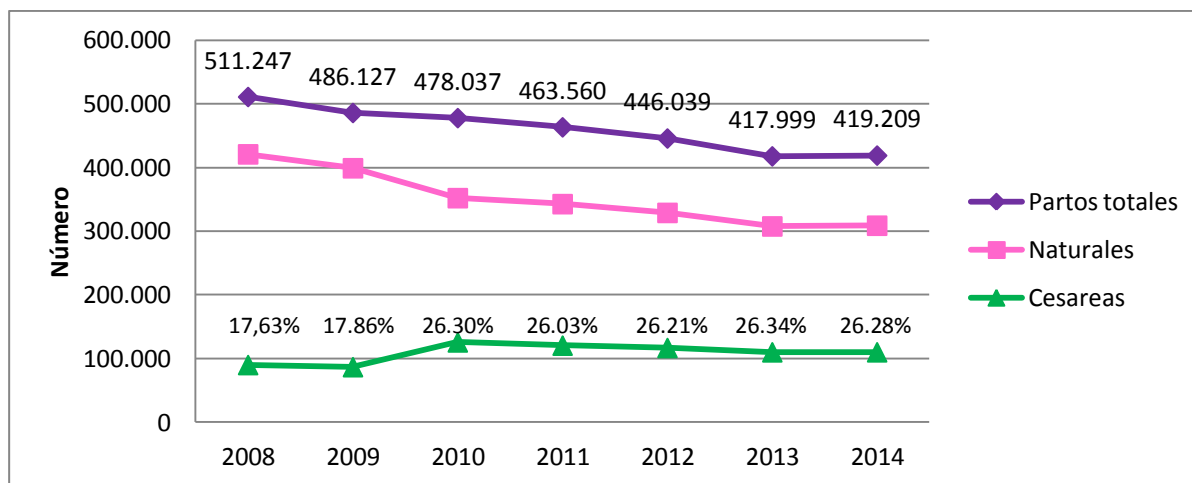


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística. ⁽²⁴⁾

El 26,3% de los partos atendidos en España en 2014 se realizó mediante cesárea, incrementándose en casi más de 10 puntos porcentuales la tasa de cesáreas registrada en 2008 como muestra el gráfico 2. La continua elevación en las tasas de cesáreas es un motivo de preocupación, ya que se trata de una intervención de cirugía mayor con una

morbimortalidad superior que un parto normal para la madre y una mayor morbilidad fetal con necesidad incrementada de asistencia ventilatoria. ⁽¹⁹⁾(Gráfico 2)

Gráfico 2. Partos según tipo. España 2008-2014



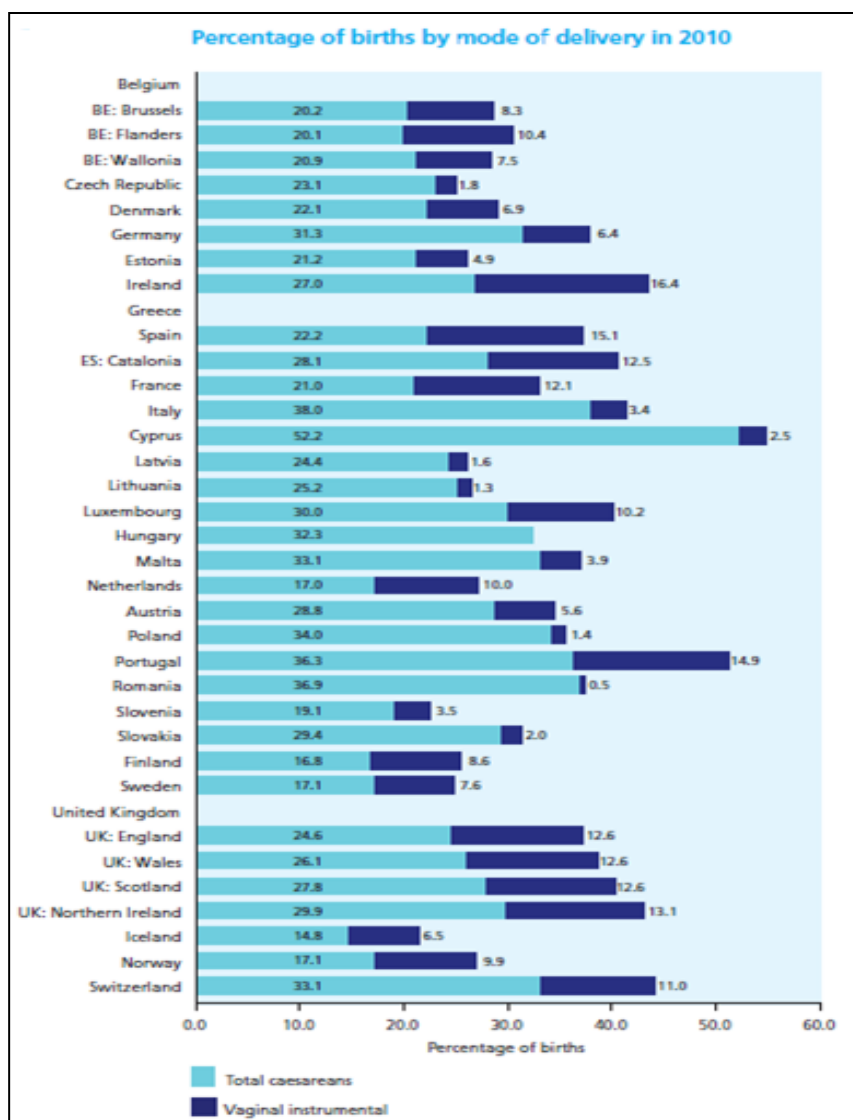
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística. ⁽²⁴⁾

La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal; sin embargo, no están demostrados los beneficios para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. ⁽²⁰⁾

Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. ⁽²⁰⁾

Así vemos que en 2007 la tasa estimada de cesáreas en el mundo fue del 15%. La tasa promedio en África fue de 3,5%, en Asia fue de 15,9%, en América Latina y el Caribe fue de 29,2% ⁽²¹⁾ y en Europa, según los datos de las estadísticas mundiales de la OMS (2006-2012) destacan las cifras de Italia 38%, Portugal 35% y Alemania 32%, poco inferior son las de Irlanda 28%, Reino Unido 27%, Dinamarca 21% y Francia 21%, y rozando las recomendaciones de la OMS, Holanda con una tasa del 17% . En EEUU la cifra asciende al 33%, en Canadá al 27% y en Australia al 32%. ⁽¹⁸⁾(Gráfico 3)

Gráfico 3. Porcentaje de nacimientos según el tipo de parto en 2010



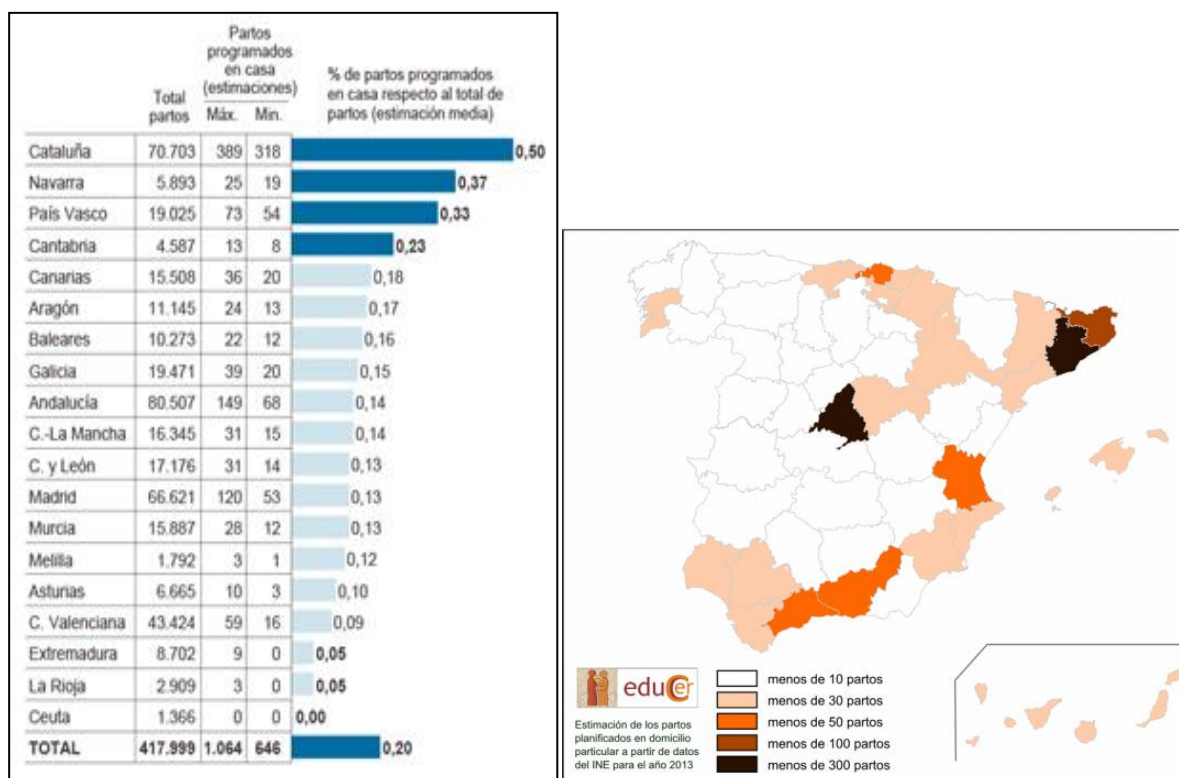
Fuente: Informe Euro-Peristat 2010 ⁽²²⁾

Dado que no existe en España un registro general sobre el lugar donde los partos han sido planificados (con independencia del lugar donde finalmente ocurran) los datos proporcionados a continuación por el informe EDUCER son sólo una aproximación. ⁽²³⁾

En España, en 2013, el porcentaje promedio de partos planificados en casa sobre el total de partos se estimó que era del 0,2%. La comunidad autónoma donde está más extendida esta práctica es Cataluña con un 0,5% mientras que comunidades como Extremadura o la Rioja tienen cifras promedio del 0,05%. En Andalucía se estimó que el 0,14% de los partos fueron domiciliarios. ⁽²³⁾(Figura 2)

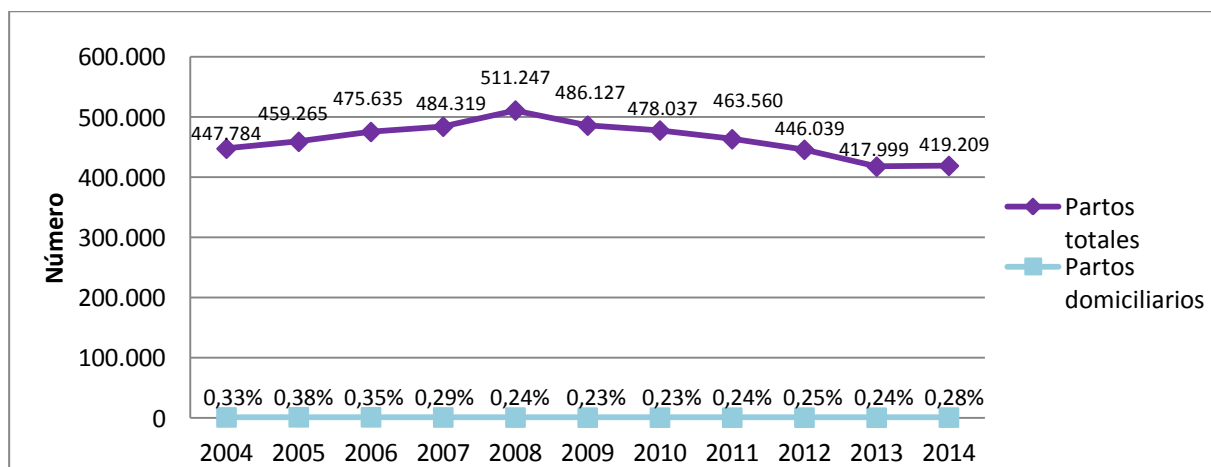
Figura 2. Mapa del parto en casa en España.

Incidencia del parto planificado en casa por comunidades y provincias. Año 2013

Fuente: Informe EDUCER⁽²³⁾

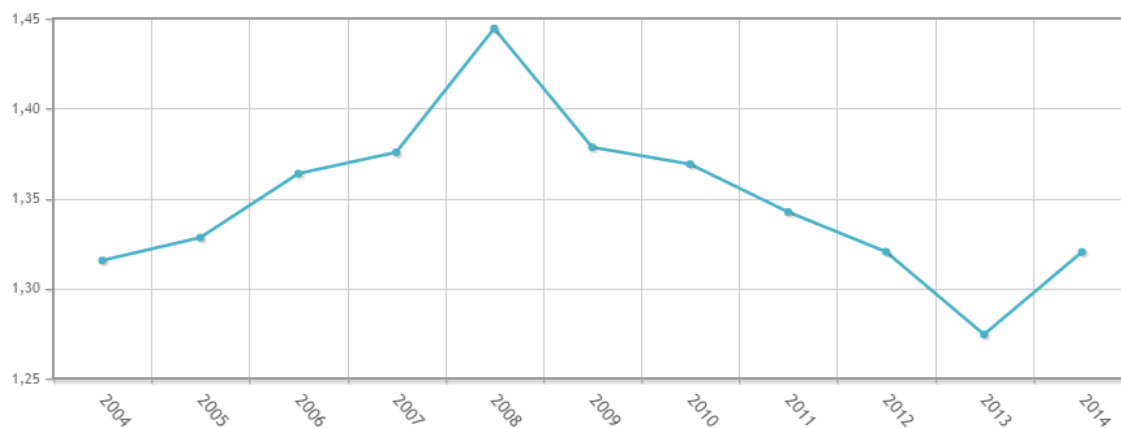
Según el tipo de asistencia de los partos registrados podemos ver a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) que las cifras de partos domiciliarios en los últimos diez años están alrededor del 0,25% siendo el año 2005 donde más partos domiciliarios se registraron (0,38%). En 2014 la cifra fue del 0,28%.⁽²⁴⁾(Gráfico 4)

Gráfico 4. Partos según asistencia. España 2004-2014

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística⁽²⁴⁾

El descenso de los nacimientos en España tiene su origen en una menor fecundidad (el indicador coyuntural de fecundidad o “número de hijos por mujer” ha ido disminuyendo progresivamente desde 1,44 en 2008 a 1,27 en 2013, habiendo tenido en 2014 una pequeña elevación).^{(24) (25)}(Gráfico 5)

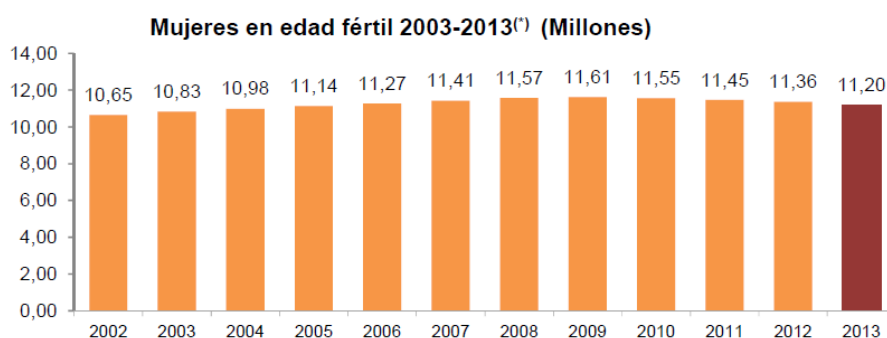
Gráfico 5. Indicador coyuntural de fecundidad 2001-2014



Fuente: Instituto Nacional de Estadística⁽²⁴⁾

Esta disminución se debe también a la progresiva reducción del número de mujeres en edad fértil (mujeres entre 15 y 49 años) que desciende desde 2009 debido a que llegan a ese rango de edades generaciones menos numerosas (nacidas durante la crisis de natalidad de los 80 y primera mitad de los 90)⁽²⁵⁾(Gráfico 6)

Gráfico 6. Mujeres en edad fértil 2003-2013 (Millones)



(*) 2013 Datos provisionales

Fuente: Instituto Nacional de Estadística⁽²⁵⁾

Todo ello, junto al menor aporte de la inmigración exterior y al mayor número de emigraciones al exterior durante estos últimos años, hace visible el descenso de la natalidad.⁽²⁵⁾

2.7. Criterios para el parto domiciliario

Criterios de inclusión para el parto domiciliario: ⁽¹²⁾

Para acoger la petición de acompañamiento de parto en casa es necesario que:

- El plan de nacimiento sea establecido antes de las 28 semanas de gestación. A partir de esta fecha será cada profesional quien valorará la conveniencia, o no, de atender a las embarazadas que lo decidan posteriormente.
- Es recomendable realizar un mínimo de cuatro visitas clínicas antes de la asistencia al parto, una de ellas se hará en el propio domicilio de la gestante.
- Las mujeres aportarán todos los controles ecográficos y analíticos y otras pruebas complementarias necesarias que se hayan efectuado.
- La gestación será de un sólo bebé y en presentación cefálica.
- El parto se asistirá en el domicilio cuando suceda entre la semana 37 y 42 de gestación.
- Es necesario que los criterios de normalidad se mantengan durante todo el proceso, es decir, que el embarazo sea de bajo riesgo. Cualquier desviación será valorada particularmente y atendida según se requiera, y se derivará a la embarazada en los casos oportunos.
- La elección de parir en casa tiene que ser una decisión informada y libre de la mujer. Nunca se la ha de convencer ni debe imponerse. Es crucial que la responsabilidad de la mujer y de su pareja en la elección de parir en casa quede establecida y asumida desde el principio.
- La gestante y su pareja, si la hay, complementarán la historia clínica. Este documento será confidencial y quedará archivado y custodiado por el profesional.

2.8. Justificación

La cascada de intervenciones hospitalarias junto a la medicalización el proceso de parto normal, está ligado y tiene como consecuencia el aumento del número de cesáreas, el cual va incrementándose cada año. Dicha situación hace que mujeres y profesionales vayan en busca de un parto más humanizado. ^{(14), (15)}

El número de partos domiciliarios en nuestro país, se mantienen en cifras muy bajas, alrededor del 0,30%, de igual modo que en el resto de Europa excepto en Holanda y Reino Unido. ^{(16), (23)}

En España, el parto domiciliario es un tema de interés creciente al igual que una fuente de debate y así lo manifiestan los medios de comunicación. Aparecen documentales, anuncios, debates de televisión, artículos de periódico y libros.

Así, cabe resaltar documentales de RTVE como “Los dolores de parto” en Línea 900 (24 diciembre 2005) ⁽²⁶⁾ o “De parto” en Documentos TV (30 octubre 2006) ⁽²⁷⁾. Debates como “Parir en casa” en Espejo público de A3 (3 noviembre 2008) ⁽²⁸⁾, o el reportaje “Parto en casa” en Las Noches Blancas de Telemadrid (26 septiembre 2012) ⁽²⁹⁾. También destaca el anuncio de Flex, realizado por la agencia Sra. Rushmore, que muestra un nacimiento real en casa (abril 2009) ⁽³⁰⁾. Al igual que los artículos de El País “El desastre de parir” (13 agosto 2006) ⁽³¹⁾, “Nosotras parimos, pero ¿dónde? (21 Diciembre 2014) ⁽¹⁶⁾ y “El parto es mío” (25 marzo 2007) ⁽³²⁾ o “Así es un parto en casa en España” del ABC (9 diciembre 2014) ⁽³³⁾. Igualmente señalar el libro “La revolución del nacimiento” de Isabel Fernández del Castillo (2006) ⁽³⁴⁾. Recalcar también la aparición de varios blogs, asociaciones y páginas webs relacionadas con el parto y el nacimiento. En la organización Change.org aparece la petición “Por la opción de tener un parto domiciliario amparado por la Seguridad Social española” firmada por más de 12.000 personas. ⁽³⁵⁾

Ante esta situación, dada la creciente tendencia actual a la naturalización y humanización del parto y apoyado en la evidencia, a nivel mundial, estatal y autonómico sobre la atención al parto normal se plantea profundizar en el tema y hacer una revisión narrativa de la bibliografía.

3. OBJETIVOS

Objetivo general:

1. Conocer los beneficios y riesgos materno-fetales del parto domiciliario.

Objetivos específicos:

1. Describir las características del tipo de parto realizado en el domicilio.
2. Identificar las complicaciones de la madre en el parto planificado en casa.
3. Analizar el estado del recién nacido tras el nacimiento en el domicilio.
4. Conocer la satisfacción de la mujer tras dar a luz en el hogar.
5. Señalar el perfil de los padres que solicitan el parto domiciliario.

4. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado en primer lugar una búsqueda de la literatura para crear el marco teórico o conceptual.

Tras ello, se realiza una revisión bibliográfica narrativa dónde la búsqueda está comprendida entre noviembre de 2015 y febrero de 2016.

Para la obtención de los artículos se ha buscado en las bases de datos de Cuiden, Web of Science (WOS), Pubmed y Scopus a través de la Biblioteca de la Universidad de Jaén.

Los descriptores utilizados han sido:

- Medical Subject Headings (MeSH): “home childbirth”, “risk”. También “maternal health”, “maternal welfare” y “newborn” aunque no se hayan obtenido resultados útiles con estos últimos.
- Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): “parto domiciliario”. Para “salud materna” los resultados encontrados no fueron útiles.

También se han hecho búsquedas con lenguaje libre utilizando los términos: “riesgos”, “beneficios” y “complicaciones”

Las cadenas de búsqueda empleadas han sido las siguientes:

- Cuiden: parto and domiciliario
- WOS: parto domiciliario
- Pubmed: (home childbirth[mh]) and (risks or benefits)
- Scopus: (home childbirth) and (risks) and (benefits)

Los criterios de inclusión han sido la búsqueda de partos en humanos en artículos online y gratuitos, en inglés, español y portugués, publicados desde 2005 hasta la actualidad, en las bases de datos mencionadas anteriormente y donde los artículos dan respuesta a los objetivos. Los criterios de exclusión utilizados fueron el no cumplir con los criterios de inclusión.

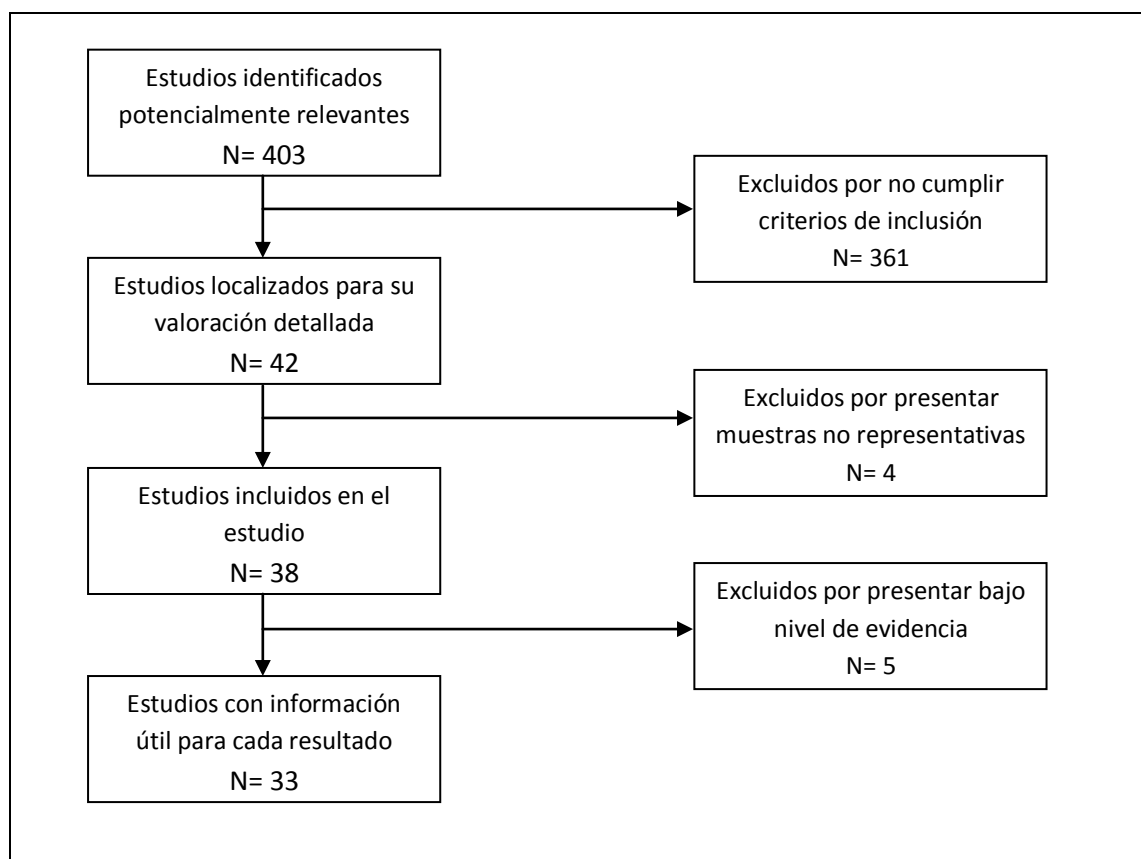
A continuación se muestra la tabla 1 y la tabla 2 dónde se puede visualizar de un modo más gráfico los documentos obtenidos durante la búsqueda.

Tabla 1. Documentos obtenidos tras la búsqueda bibliográfica

Palabras clave	Bases de datos	Documentos encontrados	Documentos revisados (Título y resumen)		Documentos revisados (Completo)	Muestra final
			Elegidos	Descartados		
Parto domiciliario	Cuiden	50	12	38	12	5
Parto domiciliario	WOS	28	5	23	5	3
Home childbirth and risks or benefits	Pubmed	265	26	239	26	21
Home childbirth and risks and benefits	Scopus	60	4	56	4	4

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Diagrama de flujo de los estudios incluidos y excluidos



Fuente: Elaboración propia

5. RESULTADOS

A continuación, a partir de los criterios de búsqueda y de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se hace una síntesis con los documentos incluidos para la revisión bibliográfica.

TÍTULO	AUTOR/ES, , REVISTA AÑO PUBLICACIÓN	PAÍS	PARTICIPANTES (N, criterios inclusión)	TIPO ESTUDIO	RESULTADOS	CONCLUSIÓN
PERFIL DE CASAS QUE OPTAM PELO PARTO DOMICILIAR ASSISTIDO POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS ⁽³⁶⁾	Feyer, ISS.; Monticelli, M.; Knobel, R. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 2013	Brasil	N= 25 parejas (25 embarazadas y sus acompañantes). - Parto asistido por parteras en el hogar.	Estudio descriptivo.	- La mayoría de las parejas que practican el parto domiciliario son personas jóvenes, con educación superior, relación estable, que viven en sus propias casas y tienen seguridad laboral. La gran mayoría no es natural de Florianópolis y algunas parejas vinieron de otras ciudades para que el nacimiento tuviera lugar en esta ciudad.	La opción del parto domiciliario está relacionada con la revalorización del ambiente doméstico y no a un rescate del pasado.
PARTOS DOMICILIARES PLANEJADOS ASSISTIDOS POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS: TRANSFERÊNCIAS MATERNAS NEONATAIS ⁽³⁷⁾	Koettker, JG.; Brüggemann, OM.; Dufloth, RM. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2013	Brasil	100 partos domiciliarios planeados asistidos por enfermeras obstetras. N= 11 mujeres y sus recién nacidos. - Mujeres trasladadas al hospital durante la asistencia del parto domiciliario planeado.	Estudio descriptivo transversal.	- La tasa de traslado fue del 11%, mayoritariamente en nulíparas, todas durante el primer periodo del parto. Los motivos más frecuentes son: interrupción en la dilatación cervical, en la progresión fetal y desproporción céfalopélvica. - Las puntuaciones de Apgar fueron >7 en 81,8% de los casos, no produciéndose hospitalización en UCIN(Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal).	No se concluye sobre la seguridad en el parto domiciliario debido la necesidad de una muestra más representativa y datos prospectivos. Sin embargo se concluye que el parto domiciliario atendido por enfermeras obstétricas exhibió buenos resultados maternos y neonatales, incluso cuando fue necesario el traslado hospitalario.

PARTO DOMICILIARIO: RECUPERANDO UNA FORMA DE ASISTENCIA AL PARTO

PARTO DOMICILIARIO PLANEJADO: RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS ⁽³⁸⁾	Colacioppo, PM.; Koiffman, MD.; Gonzalez Riesco, ML.; Schneck, CA.; Osava, RH. Revista de Enfermagem Referência 2010	Brasil	N= 70 mujeres. - Parto domiciliario planeado. - Atendidos por enfermeras obstetras. - Embarazadas de bajo riesgo. - Un solo feto en presentación cefálica. - Edad gestacional mayor de 37 semanas con ausencia de complicaciones.	Estudio descriptivo.	- El 61,4% de las mujeres tenían 30 años o más, el 71,4% educación superior, el 97,1% vivían con la pareja, el 64,3% eran empleadas. El 54,3% eran primíparas. - La tasa de transferencia al hospital fue del 5,7% por indicación obstétrica y del 14,3% por demanda de la mujer. - El 92,9% de los partos fueron normales. El 63,6% optaron por posiciones verticales. El 57,5% tuvieron periné intacto o desgarro perineal de primer grado. - Todos los recién nacidos tuvieron Apgar ≥ 7 a los 5 minutos y un bebé fue trasladado al hospital por arritmia cardiaca.	Las características socio-demográficas de la mayoría de las mujeres de este estudio están relacionadas con un mejor acceso de la información y por tanto a una elección informada. Los motivos para la elección del parto domiciliario fueron la continuidad de los cuidados, el ambiente domestico y la capacidad de tomar decisiones propias sobre lo que ocurre en el parto.
A ESCOLHA PELO PARTO DOMICILIAR: HISTÓRIA DE VIDA DE MULHERES QUE VIVENCIARAM ESTA EXPERIÊNCIA ⁽³⁹⁾	Medeiros, RMK.; dos Santos, IMM.; Silva, LR da. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 2008	Brasil	N= 6 mujeres. (5 primíparas y 1 múltipara sometida a dos cesáreas). - Partos domiciliarios.	Estudio cualitativo.	- Todas las mujeres hacen referencias a la experiencia del parto de sus madres, haciendo evidente la influencia en su elección. - La mayoría de ellas, tenían estudios superiores y un nivel socioeconómico que permitieron una elección informada. - Todas ellas buscaron una atención más humanizada debido a la insatisfacción con la conducta intervencionista y el actual modelo.	Las mujeres mostraron gran satisfacción con la experiencia del parto en casa, siendo unánime el deseo de repetir la experiencia, considerada por toda una oportunidad excelente de superación y autoconocimiento.
EL NACIMIENTO DOMICILIARIO PLANIFICADO PARA MUJERES EMBARAZADAS SELECCIONADAS NO ES DESACONSEJABLE ⁽⁴⁰⁾	De la Torre Palomo, MT. Evidentia 2006	España	N= 2187 mujeres. 868 mujeres con partos domiciliarios. 1319 mujeres con partos hospitalarios.	Revisión sistemática: Ensayo controlado + estudio de cohortes prospectivas	Los resultados desfavorables graves para la madre o el recién nacido son escasos y por tanto no obtienen diferencias significativas.	El parto en domicilio puede considerarse una opción segura, siempre que se cumplan unos adecuados requisitos en la selección de las gestantes. En caso contrario, los resultados perinatales son peores.

PARTO DOMICILIARIO: RECUPERANDO UNA FORMA DE ASISTENCIA AL PARTO

COMPARAÇÃO DE RESULTADOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS ENTRE PRIMÍPARAS E MULTÍPARAS ASSISTIDAS NO DOMICÍLIO ⁽⁴¹⁾	Koettker, JG.; Brüggemann, OM.; Düfloth, RM.; Monticelli, M.; Knobel, R. Ciencia y enfermería 2015	Brasil	N= 100 mujeres y sus recién nacidos (73 primíparas y 27 multíparas). - Embarazadas de bajo riesgo. - Un solo feto a término en presentación cefálica. - Una sola cesárea anterior como máximo, la cual tuviera lugar al menos dos años antes del embarazo actual.	Estudio descriptivo transversal.	- La tasa de traslado fue del 11% y la de cesárea del 9%. - La media de edad fue significativamente mayor en multíparas. - En la mayoría de las multíparas el tiempo entre la dilatación y la expulsión fue menor de 5h y mejor que en las primíparas. La posición vertical en el agua fue la más elegida por primíparas. Para las otras variables sociodemográficas (escolaridad, consultas prenatales con el médico o con enfermeras); maternas (rotura de membranas, color del liquido amniótico, condiciones del periné, contacto piel con piel, lactancia materna en la primera hora y complicaciones) y neonatales (Apgar al minuto y a los 5 minutos, clasificación del recién nacido y complicaciones) no hubo diferencias estadísticamente significativas entre primíparas y multíparas.	Los resultados obstétricos y neonatales fueron satisfactorios en los dos grupos y la tasa de transferencia al hospital fue baja en ambos. Los datos son similares a otros países donde esta práctica es común y está integrada en el sistema de salud.
OUTCOMES OF PLANNED HOME BIRTH ASSISTED BY NURSES, FROM 2005 TO 2009, IN FLORIANÓPOLIS, SOUTHERN BRAZIL ⁽⁴²⁾	Koettker, JG.; Brüggemann, OM.; Düfloth, RM.; Knobel, R.; Monticelli, M. Revista de Saúde Pública 2012	Brasil	N=100 mujeres que habían planeado partos en el hogar. - Embarazadas de bajo riesgo.	Estudio transversal retrospectivo.	- La edad media de las mujeres fue de 28 años. La mayoría tenía estudios universitarios y eran primíparas. Las mujeres fueron apoyadas por compañeros durante el parto. - La amniotomía se hizo en 8 mujeres. La episiotomía se realizó en 1% y 49,9% no necesitaron sutura perineal. En el 94% de los casos la frecuencia cardíaca fetal fue normal y hubo un progreso en el partograma en el 61%. - Los recién nacidos tenían una puntuación de Apgar ≥ 7 en cinco minutos en 98,9%. Todos fueron colocados en contacto piel con piel inmediatamente y el 70% mostraron una lactancia efectiva dentro de la primera hora de vida. La media de peso fue de 3,300g.	Los datos mostraron resultados seguros para las madres y los recién nacidos en el parto en casa.

PARTO DOMICILIARIO: RECUPERANDO UNA FORMA DE ASISTENCIA AL PARTO

A VIVÊNCIA DE MULHERES NO PARTO DOMICILIAR E HOSPITALAR ⁽⁴³⁾	Delgado Crizóstomo, C.; Sampaio Nery, I.; Barros Luz, MH. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 2007	Brasil	N= 7 mujeres. - Multíparas que han pasado por la experiencia de parto normal domiciliario y hospitalario.	Estudio cualitativo.	- Los nacimientos en el hogar fueron rápidos, con menos intervenciones y las complicaciones estuvieron ausentes para la madre y el recién nacido. Las mujeres fueron el sujeto activo del proceso, tuvieron la presencia de la familia y más libertad para moverse. - Los nacimientos en el hospital fueron más laboriosos y largos, fueron complicados y con intervenciones innecesarias y traumáticas. - Según las mujeres, las posiciones, tanto vertical en el asiento como horizontal en la hamaca en el parto en casa son mejores que la posición litotómica adoptada en el hospital. - Todas mencionaron la casa como el mejor lugar por el control de su propia experiencia, la no injerencia en los procesos naturales, la atención personalizada y el bajo costo de la mano de obra.	El parto en casa se produce de manera natural y humanizada. Los factores que favorecen la evolución normal de un parto en el hogar fueron la posición del parto, que generalmente es vertical, la libertad de movimiento, poca o ninguna intervención y la presencia de miembros de la familia.
PLANNED OUT-OF-HOSPITAL BIRTH AND BIRTH OUTCOMES. ⁽⁴⁴⁾	Snowden, JM.; Tilden, el.; Snyder, J.; Quigley, B.; Caughey, AB.; Cheng, YW. The New England Journal of Medicine 2015	EE.UU.	N= 79.727 nacimientos ocurridos. 75.923 partos hospitalarios. 3.203 partos domiciliarios. 601 partos trasladados al hospital. - Embarazadas de bajo riesgo. - Un solo feto a término en presentación cefálica.	Estudio de casos y controles.	- La tasa de muerte fetal fue mayor entre los nacimientos en casa pero las diferencias no son estadísticamente significativas. De igual modo las tasas de mortalidad perinatal y neonatal fueron más altas en el parto domiciliario. (3,9‰ frente a 1,8‰ y 1,6‰ frente a 0,6‰ respectivamente.) No hubo un aumento significativo en las probabilidades de muerte infantil y los ingresos a la UCIN fueron menores en el parto domiciliario - Los procedimientos obstétricos fueron más comunes en el hospital (30,4% frente a 1,5% para la inducción al trabajo de parto y 26,4% frente a 1,1% para el aumento de la mano de obra). La transfusión de sangre materna fue mayor para el parto en casa. - La tasa de traslados fue del 16.5%. La tasa de cesárea en el hospital fue del 24.7% y en el hogar del 5.3% y fue más baja para multíparas.	Se observaron mayores tasas de muertes perinatales, puntuaciones bajas de Apgar de 5 minutos, convulsiones neonatales y de transfusiones sanguíneas entre los nacimientos previstos en casa. Los nacimientos en casa se asociaron con una mayor tasa de parto vaginal sin ayuda, menores tasas de intervenciones obstétricas y de admisión a UCIN que los partos hospitalarios.

PARTO DOMICILIARIO: RECUPERANDO UNA FORMA DE ASISTENCIA AL PARTO

OUTCOME OF PLANNED HOME AND HOSPITAL BIRTHS AMONG LOW-RISK WOMEN IN ICELAND IN 2005-2009: A RETROSPECTIVE COHORT STUDY. ⁽⁴⁵⁾	Halfdansson, B.; Smarason, AK.; Olafsdottir, OA.; Hildingsson, I.; Sveinsdottir, H. Birth 2015	Islandia	N= 1.228 mujeres. 307 mujeres que habían planificado el nacimiento en el hogar. 921 mujeres que planificaron el nacimiento en el hospital. - Embarazadas de bajo riesgo.	Estudio de cohortes retrospectivo.	- La tasa de aumento de la oxitocina, la analgesia epidural y la hemorragia post-parto fue significativamente menor en el grupo de parto en casa, al igual que tenía menores tasas de parto instrumental y de lesiones del esfínter anal. Las intervenciones y las tasas de resultados adversos fueron mayores entre las primíparas. - La tasa de puntuación de Apgar a los 5 minutos fue la misma en ambos grupos. El grupo de parto en casa tenía tasas más altas de admisión en UCIN.	El parto en casa planificado para las mujeres de bajo riesgo es tan seguro como el nacimiento en el hospital programado.
EARLY AND TOTAL NEONATAL MORTALITY IN RELATION TO BIRTH SETTING IN THE UNITED STATES, 2006-2009. ⁽⁴⁶⁾	Grünebaum, A.; McCullough, LB.; Sapra, KJ.; Brent, RL.; Levene, MI.; Arabin, B.; Chervenak, FA. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2014	EE.UU	N= 13.876.649 partos. 13.787.955 partos hospitalarios. 88.694 partos en el domicilio.	Estudio de cohortes.	- Los partos en casa tenían un riesgo significativamente mayor de mortalidad neonatal total que los partos hospitalarios; el riesgo es mayor en nacimientos domiciliarios de 41 semanas o más y en primíparas. Resultados similares para la mortalidad neonatal precoz.	El estudio muestra un aumento significativo de la mortalidad neonatal total y aun mayores riesgos para mujeres de más de 41 semanas y primíparas.
SEVERE ADVERSE MATERNAL OUTCOMES AMONG LOW RISK WOMEN WITH PLANNED HOME VERSUS HOSPITAL BIRTHS IN THE NETHERLANDS: A NATIONWIDE COHORT STUDY ⁽⁴⁷⁾	De Jonge, A.; Mesman, JA.; Manniën, J.; Zwart, JJ.; van Dillen, J.; van Roosmalen, J. The BMJ (British Medical Journal) 2013	Países Bajos	N= 146.752 mujeres. 92.333 parto en casa. 54.419 parto en el hospital. - Embarazadas de bajo riesgo. - Un solo feto a término en presentación cefálica. - Sin cesárea previa. - Parto comienza espontáneamente entre la 37 y 42 semanas.	Estudio de casos y controles.	- La tasa de morbilidad maternal aguda en casa frente a la del hospital fue de 2,3‰ y 3,1‰ respectivamente en nulíparas y 1‰ y 2,3‰ en multíparas. La tasa de hemorragia postparto, 43,1 y 43,3 en nulíparas y 19,6 y 37,6 en multíparas. La tasa de extracción manual de la placenta 29 y 29,8 en nulíparas y 8,5 y 19,6 para multíparas.	Las mujeres que planificaron el nacimiento en casa tenían tasas más bajas de morbilidad materna grave, hemorragia posparto y extracción manual de placenta. Para las multíparas las diferencias fueron estadísticamente significativas. No hay evidencia de que planear el parto en casa en mujeres de bajo riesgo conduce a un aumento del riesgo de resultados adversos maternos graves en un sistema con parteras bien entrenadas y un buen sistema de referencia y transporte.

PARTO DOMICILIARIO: RECUPERANDO UNA FORMA DE ASISTENCIA AL PARTO

PERINATAL MORTALITY AND MORBIDITY UP TO 28 DAYS AFTER BIRTH AMONG 743 070 LOW-RISK PLANNED HOME AND HOSPITAL BIRTHS: A COHORT STUDY BASED ON THREE MERGED NATIONAL PERINATAL DATABASES. ⁽⁴⁸⁾	de Jonge, A.; Geerts, CC.; van der Goes, BY.; Mol, BW.; Buitendijk, SE.; Nijhuis, JG. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2015	Países Bajos	N= 814.979 mujeres. 466.112 tenía el parto planificado en casa. 276.958 tenía el parto planificado en el hospital. 71.909 mujeres desconocían su lugar de parto.	Estudio de casos y controles.	- Las tasas de mortalidad neonatal hasta 28 días después del nacimiento fueron para nulíparas 1,02‰ en casa frente a 1,09‰ en el hospital y para las múltiparas 0,59‰ frente a 0,58‰. Las tasas de puntuación de Apgar menores de 7 y admisiones en UCIN en multiparas fueron significativamente menor en casa, 1,36‰ frente a 1,95‰ en el hospital. Ambas tasas no difirieron significativamente entre nulíparas y múltiparas.	No se encuentra ningún aumento del riesgo en los resultados perinatales adversos para los nacimientos planificados en casa en mujeres de bajo riesgo.
OUTCOMES OF CARE FOR 16,924 PLANNED HOME BIRTHS IN THE UNITED STATES: THE MIDWIVES ALLIANCE OF NORTH AMERICA STATISTICS PROJECT, 2004 TO 2009. ⁽⁴⁹⁾	Cheyney, M.; Bovbjerg, M.; Everson, C.; Gordon, W.; Hannibal, D.; Vedam, S. Journal of midwifery & women's health. 2014	EE.UU.	N= 16.924 mujeres.	Estudio descriptivo.	- El 10,9% tuvo que transferirse al hospital, la mayoría por falta de progreso. - El 4,5% necesitó estimulación con oxitocina y/o analgesia epidural. Las tasas de parto vaginal espontaneo, parto asistido y parto por cesárea eran de 93,6%, 1,2% y 5,2% respectivamente. De las 1.054 mujeres que intentaron parto vaginal después de una cesárea, el 87% tuvo éxito. - Las puntuaciones de Apgar <7 afectaron al 1,5%. El 86% de los recién nacidos estaba lactando exclusivamente a las 6 semanas. Las tasas de mortalidad intraparto, neonatal precoz y neonatal tardía fueron de 1,3‰, 0,41‰ y 0,35‰ respectivamente.	Las mujeres de bajo riesgo han experimentado altas tasas de nacimiento fisiológico y bajas tasas de intervención sin un aumento de los resultados adversos.
PERINATAL OUTCOMES OF LOW-RISK PLANNED HOME AND HOSPITAL BIRTHS UNDER MIDWIFE-LED CARE IN JAPAN. ⁽⁵⁰⁾	Hiraizumi, Y.; Suzuki, S. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research 2013	Japón	N= 508 mujeres. 291 recibieron atención primaria por comadronas (168 parto en domicilio 123 parto hospitalario) 217 atención obstétrica compartida. - Embarazadas de bajo riesgo.	Estudio de cohortes retrospectivo.	- El 27% de las mujeres con atención primaria por comadronas tuvo que transferirse, debido a falta de progreso (21%), hemorragia postparto (19%) y estado fetal (19%). - No hubo diferencias estadísticamente significativas en los resultados perinatales adversos entre las mujeres con atención compartida obstétrica y las mujeres con atención primaria por comadronas (independientemente de ser el hospital o el domicilio).	La atención primaria por comadronas durante el parto en el domicilio y en el hospital en embarazadas de bajo riesgo no se asoció con resultados perinatales adversos.

PARTO DOMICILIARIO: RECUPERANDO UNA FORMA DE ASISTENCIA AL PARTO

APGAR SCORE OF 0 AT 5 MINUTES AND NEONATAL SEIZURES OR SERIOUS NEUROLOGIC DYSFUNCTION IN RELATION TO BIRTH SETTING. ⁽⁵¹⁾	Grünebaum, A.; McCullough, LB.; Sapra, KJ.; Brent, RL.; Levene, MI.; Arabin, B.; Chervenak, FA. American journal of obstetrics and gynecology 2013	EE.UU.	N= 13.891.274 partos. -Partos en hospital, centro de maternidad o domicilio. - Un solo feto. - Parto ≥ 37 semanas. - Bebés con peso ≥ 2500g.	Estudio de cohortes.	- Los nacimientos en el domicilio y en los centros de nacimiento atendidos por parteras tenían un riesgo significativamente mayor de una puntuación de Apgar a los 5 minutos de 0 que los nacimientos en los hospitales asistidos por médicos o parteras. También tenían mayor riesgo de convulsiones neonatales y disfunción neurológica grave.	El parto en casa se asocia con un riesgo significativamente mayor de Apgar a los 5 minutos de 0 y convulsiones neonatales o disfunción neurológica grave en comparación con el parto en el hospital. Los nacimientos en centros de maternidad también se asocian con un mayor riesgo en comparación con el parto en el hospital, aunque no tan alto riesgo como el hogar nacimiento.
SELECTED PERINATAL OUTCOMES ASSOCIATED WITH PLANNED HOME BIRTHS IN THE UNITED STATES. ⁽⁵²⁾	Cheng, YW.; Snowden, JM.; King, TL.; Caughey, AB. American journal of obstetrics and gynecology 2013	EE.UU.	N= 2.081.753 nacimientos. 12.039 (0,58%) fueron planificados en casa. 2.069.714 fueron planificados en hospital.	Estudio de casos y controles.	- Los nacimientos en el hogar tenían más puntuaciones de Apgar a los 5 minutos <4 (0,37%) en comparación con los nacimientos en el hospital (0,24%) al igual que las convulsiones neonatales (0,06% vs 0,02%) - Las mujeres que tenían el parto planificado en casa tenían un menor número de intervenciones, incluyendo el parto vaginal operatorio y el aumento de inducción al parto	Los nacimientos previstos en casa se asociaron con un aumento de complicaciones neonatales pero menos intervenciones obstétricas.
PLANNED HOME VERSUS PLANNED HOSPITAL BIRTHS: ADVERSE OUTCOMES COMPARISON BY REVIEWING THE INTERNATIONAL LITERATURE ⁽⁵³⁾	Faucon, C.; Brillac, T. Gynécologie, obstétrique & fertilité 2013	Francia	- Embarazadas de bajo riesgo.	Revisión bibliográfica internacional .	- El parto domiciliario no se asocio con tasas de mortalidad más altas, pero sí con menores resultados maternos adversos. - Las intervenciones médicas son más frecuentes en los nacimientos en los hospitales. - Los resultados perinatales adversos no son significativamente diferentes en el hogar y en el hospital.	Los nacimientos en casa atendidos por una partera bien entrenada no están asociados con un aumento de las tasas de morbi-mortalidad, pero si con menos intervenciones médicas.

PARTO DOMICILIARIO: RECUPERANDO UNA FORMA DE ASISTENCIA AL PARTO

HOME BIRTH IN CZECH REPUBLIC ⁽⁵⁴⁾	Konigsmarkova, I. Ceská gynekologie 2012	República Checa	N= 1218 partos domiciliarios.	Estudio descriptivo.	- Los nacimientos en el hogar muestran menos intervenciones, uso de medicación y lesiones en el parto. El parto planeado en casa, asistido por un proveedor experimentado de la asistencia sanitaria es una alternativa segura al parto en los hospitales.	Las leyes checas no proporcionan ningún marco legal para la prestación de atención de salud por una comadrona durante el embarazo, parto y puerperio. Se infringe por tanto la carta de derechos y libertades fundamentales ya que se les niega a las mujeres el derecho de escoger el lugar, el procedimiento y el proveedor de cuidados.
OUTCOMES OF PLANNED HOME BIRTHS AND PLANNED HOSPITAL BIRTHS IN LOW-RISK WOMEN IN NORWAY BETWEEN 1990 AND 2007: A RETROSPECTIVE COHORT STUDY. ⁽⁵⁵⁾	Blix, E.; Huitfeldt, AS.; Øian, P.; Straume, B.; Kumle, M. Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives. 2012	Noruega	N= 17.941 partos. 1631 partos planificados en el hogar. 16.310 partos en mujeres de bajo riesgo planificados en el hospital.	Estudio de casos y controles.	- Las primíparas que planearon el parto en el hogar tuvieron un riesgo reducido de parto asistido vaginal, analgesia epidural y distocias. Las multiparas tuvieron riesgo reducido de parto vaginal instrumental, analgesia epidural, episiotomía, desgarros del esfínter anal, distocias, y hemorragias postparto. No se encontraron diferencias en la tasa de cesáreas. - La tasa de mortalidad perinatal y mortalidad neonatal fueron ambas de 0,6‰ para el parto domiciliario. En el hospital las tasas fueron de 0,6‰ y 0,9 ‰ respectivamente.	La planificación del parto en el hogar se asoció con una reducción del riesgo de intervenciones y complicaciones. El estudio es demasiado pequeño para hacer comparaciones estadísticas de mortalidad perinatal y neonatal.
COMPARING THE ODDS OF POSTPARTUM HAEMORRHAGE IN PLANNED HOME BIRTH AGAINST PLANNED HOSPITAL BIRTH: RESULTS OF AN OBSERVATIONAL STUDY OF OVER 500,000 MATERNITIES IN THE UK ⁽⁵⁶⁾	Nove, A.; Berrington, A.; Matthews, Z. BMC pregnancy and childbirth 2012	Reino Unido	N= 273.872 mujeres. 5.998 partos planificados en casa. 267.874 partos planificados en el hospital.	Estudio de casos y controles.	- Hubo un 1,02% de casos de hemorragia postparto. Este dato fue significativamente mayor en los nacimientos en el hospital que en el hogar. Entre las mujeres con riesgo bajo y medio, las probabilidades de que una mujer experimente una hemorragia postparto es 2,5 veces mayor en el hospital que en el hogar.	Hay mayor riesgo de hemorragia postparto si se planea el nacimiento en el hospital que en el hogar. Se necesita más investigación para establecer si estos resultados también se aplican a las categorías más peligrosas de la hemorragia postparto y si la menor incidencia entre los nacimientos en el hogar se traduce en un menor número de casos de morbilidad grave relacionada.

PARTO DOMICILIARIO: RECUPERANDO UNA FORMA DE ASISTENCIA AL PARTO

PLANNED HOME COMPARED WITH PLANNED HOSPITAL BIRTHS IN THE NETHERLANDS: INTRAPARTUM AND EARLY NEONATAL DEATH IN LOW-RISK PREGNANCIES. ⁽⁵⁷⁾	van der Kooy, J.; Poeran, J.; de Graaf, JP.; Birnie, E.; Denktasç, S.; Steegers, EA.; Bonsel, GJ. Obstetrics and gynecology 2011	Países Bajos	N= 679.952 mujeres. - Embarazadas de bajo riesgo.	Estudio de casos y controles.	- La muerte durante el parto y la muerte neonatal precoz era del 0,15% en los partos previstos en el hogar y del 0,18% en los planificados en el hospital, sin embargo después del ajuste de casos la relación se invierte, y hay un aumento no significativo del riesgo de mortalidad en los nacimientos en casa.	El parto en el domicilio generalmente no se asocia con un aumento de la muerte intraparto o neonatal precoz, sin embargo, en subgrupos el riesgo adicional no se puede excluir.
PLANNED HOME AND HOSPITAL BIRTHS IN SOUTH AUSTRALIA, 1991-2006: DIFFERENCES IN OUTCOMES. ⁽⁵⁸⁾	Kennare, RM.; Keirse, MJ.; Tucker, GR.; Chan, AC. The Medical journal of Australia 2010	Australia	N=298.333 nacimientos. 297.192 nacimientos planificados en el hospital. 1141 (0,38%) nacimientos planificados en el domicilio. 349 fueron trasladados al hospital.	Estudio de casos y controles.	- La tasa de mortalidad perinatal en el grupo del parto en casa fue similar a las del parto hospitalario (7,9‰ y 8,2‰ respectivamente), pero tenían 7 veces más riesgo de muerte durante el parto y 27 veces mayor riesgo de muerte por asfixia durante el parto. Una revisión identificó la inclusión inadecuada de mujeres con factores de riesgo y vigilancia fetal inadecuada durante el parto. La puntuación baja de Apgar fue más frecuente entre los previstos en el hogar. - El uso de la atención neonatal especializada y las tasas de hemorragia postparto y desgarros perineales graves fueron más bajos en los nacimientos en casa, pero estas diferencias no son estadísticamente significativas. - Los partos en casa tuvieron menores tasas de cesárea y de parto instrumental y 7 veces menor tasa de episiotomías que los partos hospitalarios.	La seguridad perinatal de los nacimientos en el hogar puede mejorarse sustancialmente mediante una mejor adherencia a la evaluación de riesgos, el traslado al hospital cuando sea necesario y una mejor vigilancia fetal.
PLANNED HOME DELIVERIES IN ISRAEL BETWEEN THE YEARS 2003-2007 ⁽⁵⁹⁾	Shiftan, A.; Tel-Oren, A.; Sheiner, E.; Hadar, A. Harefuah 2009	Israel	N= 1749 mujeres que habían planificado parto domiciliario. - Embarazadas de bajo riesgo.	Estudio retrospectivo.	- El 91,1% realizó su parto domiciliario con éxito. La tasa de partos por cesárea fue del 3,3% y la de partos instrumentales del 1%. No se observaron casos de mortalidad materna. - Se produjo un caso de complicaciones por cesárea y una muerte súbita del lactante.	Con la selección correcta de embarazos de bajo riesgo, los partos domiciliarios están asociados con resultados favorables. Otros estudios prospectivos deberán corroborar los resultados para proporcionar indicaciones claras.

PARTO DOMICILIARIO: RECUPERANDO UNA FORMA DE ASISTENCIA AL PARTO

OUTCOMES ASSOCIATED WITH PLANNED HOME AND PLANNED HOSPITAL BIRTHS IN LOW-RISK WOMEN ATTENDED BY MIDWIVES IN ONTARIO, CANADA, 2003-2006: A RETROSPECTIVE COHORT STUDY. ⁽⁶⁰⁾	Hutton, EK.; Reitsma, AH.; Kaufman, K. Birth 2009	Canada	N= 6.692 mujeres que habían planeado parto domiciliario. Cohorte de mujeres que habían planificado parto hospitalario. -Embarazadas de bajo riesgo.	Estudio de cohortes retrospectivo.	- La tasa de mortalidad perinatal y neonatal fue muy baja (1%) para ambos grupos y no se mostró diferencias en la mortalidad perinatal y neonatal o morbilidad grave entre los grupos. - No se informaron de muertes maternas. Todas las tasas de morbilidad materna grave fueron inferiores en el parto en casa, así como las tasas para todas las intervenciones, incluyendo la cesárea (5,2% vs 8,1%). - Las nulíparas tenían menos probabilidad de dar a luz en casa y tasas más altas de transporte al hospital pero tenían tasas de intervención y resultados similares, o menores, que las nulíparas que planificaron el parto en el hospital.	Las parteras que están integradas en el sistema de salud con buen acceso a los servicios de emergencias, consultas y trasferencias dan como consecuencia resultados favorables para mujeres que planean tanto parto en el domicilio como en el hospital.
OUTCOMES OF PLANNED HOME BIRTH WITH REGISTERED MIDWIFE VERSUS PLANNED HOSPITAL BIRTH WITH MIDWIFE OR PHYSICIAN. ⁽⁶¹⁾	Janssen, PA.; Saxell, L.; Page, LA.; Klein, MC.; Liston, RM.; Lee, SK. CMAJ: Canadian Medical Association journal. 2009	Canada	N= 2.889 nacimientos planificados en casa. N= 4.752 nacimientos planificados en el hospital asistidos por parteras. N= 5.331 nacimientos planificados en el hospital asistido por médicos.	Estudio de cohortes.	- Las mujeres que planificaron el parto en casa fueron significativamente menos propensas a tener intervenciones obstétricas (monitorización fetal electrónica o parto vaginal asistido) y resultados adversos maternos (desgarros de tercer y cuarto grado o hemorragia postparto) que las mujeres atendidas por parteras en el hospital. Los resultados son similares en las que son atendidas por médicos en el hospital. - La tasa de mortalidad perinatal fue de 0,35% en el hogar, de 0,57% en el hospital atendido por parteras y de 0,64% en el hospital atendido por médicos. - Los recién nacidos del hogar eran menos propensos de requerir reanimación al nacer u oxigenoterapia durante más de 24 horas que los del hospital asistido por parteras. Resultados similares en los que son atendidos por médicos. También eran menos propensos a tener aspiración de meconio y más probabilidad de ser ingresados en el hospital o readmitidos si nació en él.	El parto en casa planificado asistido por una partera se asoció con tasas muy bajas de muerte perinatal, reducidos tipos de intervenciones obstétricas y otros resultados perinatales adversos en comparación con el parto del hospital asistido tanto por parteras como por médicos.

PARTO DOMICILIARIO: RECUPERANDO UNA FORMA DE ASISTENCIA AL PARTO

PERINATAL MORTALITY AND MORBIDITY IN A NATIONWIDE COHORT OF 529,688 LOW-RISK PLANNED HOME AND HOSPITAL BIRTHS. ⁽⁶²⁾	de Jonge, A.; van der Goes, BY.; Ravelli, AC.; Amelink-Verburg, MP.; Mol, BW.; Nijhuis, JG.; Bennebroek Gravenhorst, J.; Buitendijk, SE. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2009	Países Bajos	N= 529.688 mujeres. 321.307(60,7%) planificaron el parto en el domicilio. 163.261 (30,8%) planificaron el parto en el hospital. 45.120 (8,5%) el lugar era desconocido. -Embarazadas de bajo riesgo.	Estudio de cohortes.	- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los partos planificados en casa y en el hospital en cuanto a la muerte durante el parto y la muerte neonatal durante las primeras 24 horas, la muerte neonatal hasta 7 días y el ingreso en la UCIN.	Este estudio muestra que la planificación del parto en casa no aumenta los riesgos de morbi-mortalidad perinatal entre las mujeres de bajo riesgo, siempre que el sistema de atención a la maternidad facilite esta elección a través de la disponibilidad de parteras bien entrenadas y con un buen sistema de transporte y referencia.
OUTCOMES AFTER PLANNED HOME BIRTHS. ⁽⁶³⁾	Blix, E.; Øian, P.; Kumle, M. Tidsskrift for den Norske læforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2008	Noruega	10 estudios. N= 30.204 mujeres que habían planificado el parto en el domicilio.	Revisión sistemática de la literatura.	- Entre el 9,9% y el 23,1% de las mujeres y los niños fueron trasladados a un hospital durante el parto o después del nacimiento. - Hubo pocas cesáreas, intervenciones o complicaciones. - La tasa total de mortalidad perinatal fue de 2,9‰ y la tasa de mortalidad intraparto de 0,8‰.	No existe una base sólida para desalentar la planificación del parto en casa en mujeres de bajo riesgo.
OUTCOME OF PLANNED HOME BIRTHS COMPARED TO HOSPITAL BIRTHS IN SWEDEN BETWEEN 1992 AND 2004. A POPULATION-BASED REGISTER STUDY. ⁽⁶⁴⁾	Lindgren, HE.; Rådestad, IJ.; Christensson, K.; Hildingsson, IM. Acta obstetrician et gynecologica Scandinavica 2008	Suecia	N= 12.238 mujeres. 897 partos planificados en el domicilio. 11.341 partos planificados en el hospital.	Estudio de cohortes.	- La tasa de mortalidad neonatal fue de 2,2‰ en el hogar y de 0,7‰ en el hospital. - No se encontraron casos de complicaciones de emergencia en el grupo del hogar. - El riesgo de tener una ruptura de esfínter fue menor en casa. El riesgo de tener parto por cesárea o parto instrumental fue significativamente menor en el parto planificado en casa.	La mortalidad intraparto y neonatal en los partos planificados en casa fue mayor que en los del hospital, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Las mujeres en el hogar, más a menudo, experimentan un parto espontáneo y sin intervención médica y fueron menos propensas a sufrir lesiones del suelo pélvico.

PARTO DOMICILIARIO: RECUPERANDO UNA FORMA DE ASISTENCIA AL PARTO

COSTS OF PLANNED HOME VS. HOSPITAL BIRTH IN BRITISH COLUMBIA ATTENDED BY REGISTERED MIDWIVES AND PHYSICIANS ⁽⁶⁵⁾	Janssen, PA.; Mitton, C.; Aghajanian, J. Plos One 2015	Canadá	N= .9864 mujeres. 2.243 partos en casa con una partera. 3.610 partos en el hospital asistido por una partera. 4.011 partos en el hospital asistido por un médico. - Embarazadas de bajo riesgo.	Estudio de cohorte prospectivo.	- En los primeros 28 días después del parto, se produce un ahorro promedio de 2.338 \$ por parto entre las mujeres que planean el parto en casa en comparación con el hospital con una comadrona y de 2.541 \$ en el hospital con un médico. - En los resultados a largo plazo se observaron reducciones similares, con un ahorro de 1.683 \$ en comparación con el hospital con una partera y de 1.100\$ en el hospital con un médico durante las ocho primeras semanas después del parto. - Durante el primer año, los costes para los bebés que nacieron en casa se redujeron en general. El ahorro era de 810 \$ en comparación con una comadrona y de 1.146 \$ con un médico en el hospital. Los costos se reducen de manera similar cuando los resultados fueron estratificados por paridad.	El parto en casa planificado en Canadá (Columbia Británica) con una partera registrada en comparación con el parto planificado en el hospital es menos costoso para nuestro sistema de salud hasta ocho semanas después del parto y hasta un año de vida del bebé.
COST EFFECTIVENESS OF ALTERNATIVE PLANNED PLACES OF BIRTH IN WOMAN AT LOW RISK OF COMPLICATIONS: EVIDENCE FROM THE BIRTHPLACE IN ENGLAND NATIONAL PROSPECTIVE COHORT STUDY ⁽⁶⁶⁾	Schroeder, E.; Petrou,S.; Patel N.; Hollowell, J.; Puddicombe,D.; Redshaw,M.; Brocklehurst,P. The BMJ (British Medical Journal) 2012	Inglaterra	N= 64.538 mujeres. -Embarazadas de bajo riesgo.	Estudio de cohorte prospectivo.	- Los costes medios totales fueron de 1.274 € en los nacimientos en el hogar, 1.435 € en las <i>freestanding midwifery units</i>, 1.461 € en las <i>alongside midwifery units</i> y 1.631 € en las unidades obstétricas. - En general, para las múltiples el parto en el domicilio genera el mayor beneficio neto medio, con una probabilidad del 100% de ser la configuración óptima en todos los umbrales de rentabilidad cuando se consideran los resultados perinatales. Sin embargo, en nulíparas hubo un aumento de la incidencia de resultados perinatales adversos. Con respecto a los resultados maternos en múltiples y nulíparas que tienen el nacimiento en el hogar, generan el mayor beneficio neto medio con una probabilidad del 100% de ser la configuración óptima en todos los umbrales de rentabilidad.	Para las mujeres múltiples de bajo riesgo, el parto en el domicilio era la opción más rentable; para las nulíparas sigue siendo la opción más rentable, pero se asocia a un incremento de los resultados perinatales adversos.

PARTO DOMICILIARIO: RECUPERANDO UNA FORMA DE ASISTENCIA AL PARTO

COST ANALYSIS OF THE DUTCH OBSTETRIC SYSTEM: LOW-RISK NULLIPAROUS WOMEN PREFERRING HOME OR SHORT-STAY HOSPITAL BIRTH - A PROSPECTIVE NON-RANDOMISED CONTROLLED STUDY. (67)	Hendrix, MJC.; Evers, SMAA.; Basten, MCM.; Nijhuis JG.; Severens JL. BMC: Health Services Research 2009	Países Bajos	N= 449 mujeres. -Nulíparas. - Sin indicaciones médicas para la atención secundaria.	Estudio no controlado aleatorio prospectivo multicéntrico.	- Los costos sociales totales asociados a dar a luz en casa fueron de 3.695 € por nacimiento en comparación con los 3.950 € por nacimiento en el grupo de partos en hospitales de corta duración. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a costo de contactos con profesionales de la salud durante el parto (138,38 € en casa vs. 87,94 € en hospital); costo de la atención de maternidad a domicilio (1.551,47 € en casa vs. 1.240,69 € en hospital) y coste de hospitalización de la madre (707,77 € en casa vs. 959,06 € en hospital). Los costos más altos son de hospitalización (41% de todos los costes). Tras realizarse un análisis de sensibilidad los costes totales asociados con el parto en casa son de 4.364 € por nacimiento y de 4.541 € por nacimiento en hospitales de corta duración.	Los costes totales asociados con el embarazo, parto y postparto son comparables para el parto en casa y parto en el hospital de corta estancia. Las diferencias más importantes en los costos entre el grupo de parto en el hogar y en el del hospital están asociados con la asistencia de la atención a la maternidad, hospitalización y gastos de viaje.
THE INFLUENCE OF PREFERRED PLACE OF BIRTH ON THE COURSE OF PREGNANCY AND LABOR AMONG HEALTHY NULLIPAROUS WOMEN: A PROSPECTIVE COHORT STUDY (68)	Van Haren-ten Haken, TM.; Hendrix, M.; Smits, LJ.; Nieuwenhuijze, MJ.; Severens JL.; De Vries, RG.; Nijhuis, JG. BMC: Pregnancy and Childbirth 2015	Países Bajos	N= 576 mujeres. 226 prefieren el parto en casa. 168 prefieren el parto en el hospital asistido por comadronas. 182 prefieren el parto en el hospital obstétrico. -Embarazadas de bajo riesgo. -Nulíparas.	Estudio de casos y controles.	- Las mujeres que preferían un parto en casa con la atención de una comadrona eran menos propensas a ser diagnosticadas con una indicación médica durante el embarazo en comparación con las mujeres que prefieren un parto con cuidado obstétrico dirigido. Prefiriendo un parto con la atención por comadronas, tanto en casa como en el hospital, se asocio con una menor probabilidad de parto inducido y analgesia epidural. Las mujeres que prefieren un parto en casa eran menos propensas a experimentar el aumento de la mano de obra y analgesia narcótica. No se observó ninguna asociación significativa entre el lugar elegido y el modo de nacimiento.	El estudio muestra diferencias significativas en el curso del embarazo y el parto en relación con el lugar de nacimiento. A pesar de que estas diferencias pueden atribuirse al modelo final de atención, se sugiere que las características y actitudes de las mujeres también juegan un papel importante.

6. DISCUSIÓN

En primer lugar se analizan los hallazgos relacionados con las características del parto domiciliario. Así, se considera que el parto en casa se produce de la manera más natural y humanizada posible. Según Delgado et al. (2007) ⁽⁴³⁾ los factores que favorecen la evolución normal de un parto en el domicilio son la posición del parto, la libertad de movimiento y la poca o ninguna intervención.

Durante el parto las mujeres pueden adoptar diversas posiciones. Así en el estudio de Colacioppo et al. (2010) ⁽³⁸⁾ más de la mitad las mujeres optaron por posiciones verticales, similar al estudio de Koettker et al. (2015) ⁽⁴¹⁾ donde la posición vertical en el agua fue la más elegida en primíparas. Delgado et al. (2007) ⁽⁴³⁾ muestra la preferencia de las mujeres, tanto por la posición vertical en el asiento, como horizontal en la hamaca en el parto en casa en lugar de la posición litotómica adoptada en el hospital.

En el estudio de Koettker et al. (2015) ⁽⁴¹⁾ el tiempo transcurrido entre la dilatación y la expulsión para la mayoría de las multíparas es inferior a 5 horas, siendo mejor que en primíparas. Delgado et al. (2007) ⁽⁴³⁾ señala que los nacimientos en el hogar fueron más rápidos que los ocurridos en el hospital.

El parto domiciliario está asociado con altas tasas de parto vaginal espontáneo y así lo muestran los estudios de Cheyney et al. (2014) ⁽⁴⁹⁾; Colacioppo et al. (2010) ⁽³⁸⁾; Shiftan et al. (2009) ⁽⁵⁹⁾ con tasas que van del 91 al 94% y donde los partos ocurren con éxito dentro de la normalidad.

De igual modo, los partos en el domicilio están relacionados con un menor número de intervenciones y por tanto menores tasas de partos instrumentales y así lo reflejan los estudios de Delgado et al. (2007) ⁽⁴³⁾; Cheng et al. (2013) ⁽⁵²⁾; Konigsmarkova et al. (2012) ⁽⁵⁴⁾; Hutton et al. (2009) ⁽⁶⁰⁾; Janssen et al. (2009) ⁽⁶¹⁾; Blix et al. (2008) ⁽⁶³⁾; Lindgren et al. (2008) ⁽⁶⁴⁾; Blix et al. 2012) ⁽⁵⁵⁾ y Kennare et al. (2010) ⁽⁵⁸⁾. Según Halfdansdottir et al. (2015) ⁽⁴⁵⁾ la tasa de intervenciones es mayor en primíparas, tanto en el domicilio como en el hospital. Cheyney et al. (2014) ⁽⁴⁹⁾ y Shiftan et al. (2009) ⁽⁵⁹⁾ afirman que las tasas de partos instrumentales están alrededor del 1%. En este mismo sentido, Faucon et al. (2013) ⁽⁵³⁾ y Van Haren-ten Haken et al. (2015) ⁽⁶⁸⁾ hablan de la mayor frecuencia de intervenciones médicas en los nacimientos producidos en los hospitales.

También son múltiples los estudios que muestran datos acerca de la inducción al trabajo de parto, la mano de obra durante el parto o la analgesia epidural. Así, Snowden et al. (2015)⁽⁴⁴⁾ muestra una diferencia entre el hospital y el domicilio del 30% frente al 1,5% para la inducción del trabajo de parto y de 26% frente al 1,1% para el aumento de la mano de obra. Al igual que reflejan los diversos estudios de Halfdansdottir et al. (2015)⁽⁴⁵⁾; Konigsmarkova et al. (2012)⁽⁵⁴⁾; Blix et al. (2012)⁽⁵⁵⁾ y Cheng et al. (2013)⁽⁵²⁾ donde la tasa de aumento de la oxitocina y la analgesia epidural fue significativamente menor en el domicilio. De igual modo Cheyney et al. (2014)⁽⁴⁹⁾ muestra que el 4,5% de las mujeres necesitaron estimulación con oxitocina y/o analgesia epidural. Según Van Haren-ten Haken et al. (2015)⁽⁶⁸⁾ un parto con la atención por comadronas, tanto en casa como en el hospital, está asociado con una menor probabilidad de parto inducido y analgesia epidural. Las mujeres que prefieren un parto en casa son menos propensas a experimentar el aumento de la mano de obra y analgesia narcótica.

En cuanto a las lesiones durante el parto y la tasa de episiotomías hay varios estudios que hablan sobre la menor incidencia en el hogar como reflejan en Konigsmarkova et al. (2012)⁽⁵⁴⁾ y Lindgren et al. (2008)⁽⁶⁴⁾. Según Kennare et al. (2010)⁽⁵⁸⁾ la tasa de episiotomías en el domicilio es siete veces menor que en el hospital. Blix et al. (2012)⁽⁵⁵⁾ muestra que las multíparas tienen riesgo reducido de episiotomías y desgarros del esfínter anal; Así, Colacioppo et al. (2010)⁽³⁸⁾ aporta que el 57% de las mujeres tuvieron periné intacto o desgarro perineal de primer grado. Datos similares muestran el estudio de Koettker et al. (2012)⁽⁴²⁾ con un 50% de mujeres que no necesitaron sutura perineal y donde se realizó episiotomía en el 1% de las mujeres.

En cuanto a otras intervenciones, De Jonge et al. (2013)⁽⁴⁷⁾ indica que la tasa de extracción manual de la placenta en multíparas fue de más del doble en los partos hospitalarios, sin haber diferencias en nulíparas. Y en el estudio de Koettker et al. (2012)⁽⁴²⁾ la amniotomía se hizo en el 8% de las mujeres.

De acuerdo con Janssen et al. (2015)⁽⁶⁵⁾ planificar un parto domiciliario en Columbia Británica (Canadá) con una partera registrada en comparación con el parto planificado en el hospital es menos costoso para su sistema de salud hasta ocho semanas después del parto y hasta un año de vida del bebé. Al igual que Schroeder et al. (2012)⁽⁶⁶⁾ afirma que, en Inglaterra, el parto en el domicilio es la opción más rentable para las mujeres multíparas de bajo riesgo, para las nulíparas sigue siendo la opción más rentable pero se asocia a un

incremento de los resultados perinatales adversos. De igual modo, Hendrix et al. (2009)⁽⁶⁷⁾ muestra que los costes totales asociados con el embarazo, parto y postparto, en Países Bajos, son comparables para el parto en casa y parto en el hospital de corta estancia. Las diferencias más importantes en los costos están asociadas con la asistencia de la atención a la maternidad, hospitalización y gastos de viaje.

También se analizan los hallazgos relacionados con las complicaciones maternas. Una de las complicaciones durante el parto domiciliario es la necesidad de trasladar a la mujer al hospital debido a diversos motivos, los más frecuentes según Koettker et al. (2013)⁽³⁷⁾ fueron la interrupción en la dilatación cervical, en la progresión fetal y desproporción céfalopélvica, siendo la tasa de traslado del 11%, mayoritariamente en nulíparas y todas durante el primer periodo del parto. Hutton et al. (2009)⁽⁶⁰⁾ confirma que las nulíparas tenían tasas mayores de transporte en su estudio. El estudio de Cheyney et al. (2014)⁽⁴⁹⁾ indica que el 10,9% tuvo que transferirse al hospital, la mayoría por falta de progreso. Sin embargo, Colacioppo et al. (2010)⁽³⁸⁾ en su estudio refleja que esta tasa fue del 5,7% por indicación obstétrica y del 14,3% por demanda de la mujer. Para el estudio de Snowden et al. (2015)⁽⁴⁴⁾ fue del 16.5%. Tasas de transferencia entre el 9,9% y el 23,1% durante el parto o después del nacimiento en Blix et al. (2008)⁽⁶³⁾ y de un 27% según Hiraizumi et al. (2013)⁽⁵⁰⁾ debido a falta de progreso (21%), hemorragia postparto (19%) y estado fetal (19%) en las mujeres con atención primaria por comadronas. Esta incidencia es mayor desde la atención primaria por comadronas a la atención obstétrica compartida entre las mujeres que eligieron parir en el hospital en comparación con las del domicilio.

La cesárea se trata de una intervención mayor, con una morbilidad para la madre superior a un parto normal, por ello es importante analizar la tasa de cesárea en el parto domiciliario. Según Shiftan et al. (2009)⁽⁵⁹⁾ dicha tasa fue del 3,3% y solo se produjo un caso de complicaciones por cesárea. Varios estudios afirman que la tasa de cesárea es menor en el domicilio que en el hospital, así lo reflejan Kennare et al. (2010)⁽⁵⁸⁾; Lindgren et al. (2008)⁽⁶⁴⁾; Snowden et al. (2015)⁽⁴⁴⁾ que cifra la tasa de cesárea domiciliaria en un 5,3% y la hospitalaria en un 24,7% siendo más baja para multíparas que nulíparas; Hutton et al. (2009)⁽⁶⁰⁾ con cifras de cesárea en domicilio de 5,2% y en el hospital de 8,1%; Koettker et al. (2015)⁽⁴¹⁾ con un 9% en el domicilio; Blix et al. (2008)⁽⁶³⁾ anota que hubo pocas cesáreas en su estudio y Blix et al. (2012)⁽⁵⁵⁾ que no hay diferencias entre primíparas y multíparas en la tasa de cesáreas.

Una de las complicaciones maternas más graves es la hemorragia posparto. Son varios los estudios que confirman que la tasa de hemorragia posparto es significativamente menor en el grupo de parto en casa que en el hospital, como el de Halfdansdottir et al. (2015) ⁽⁴⁵⁾; Janssen et al. (2009) ⁽⁶¹⁾ anota que dicha tasa es mayor en el hospital tanto si es atendido por parteras como por médicos; la tasa es del 1,02% en el estudio de Nove et al. (2012) ⁽⁵⁶⁾ donde apunta que entre las mujeres con riesgo bajo y medio, las probabilidades de que experimenten una hemorragia postparto es 2,5 veces mayor en el hospital que en el hogar. Además Blix et al. (2012) ⁽⁵⁵⁾ y De Jonge et al. (2013) ⁽⁴⁷⁾ refieren que el riesgo de sufrir una hemorragia es reducido en multíparas. Sin embargo el de Kennare et al. (2010) ⁽⁵⁸⁾ aunque aporta el mismo concepto, no son diferencias estadísticamente significativas.

El bajo riesgo de complicaciones maternas durante el parto domiciliario es puesto de manifiesto por Blix et al. (2012) ⁽⁵⁵⁾ y Hutton et al. (2009) ⁽⁶⁰⁾ o incluso la ausencia de dichas complicaciones en Delgado et al. (2007) ⁽⁴³⁾. Para Halfdansdottir et al. (2015) ⁽⁴⁵⁾ y De Jonge et al. (2013) ⁽⁴⁷⁾ los resultados adversos maternos son mayores en primíparas que en multíparas, sin embargo en Koettker et al. (2015) ⁽⁴¹⁾ no hubo diferencias estadísticamente significativas entre primíparas y multíparas para las complicaciones maternas.

En cuanto a las tasas de mortalidad, el parto domiciliario no se asocio con tasas más altas, como reflejan Faucon et al. (2013) ⁽⁵³⁾; Shiftan et al. (2009) ⁽⁵⁹⁾ y Hutton et al. (2009) ⁽⁶⁰⁾

De igual modo se analizan los hallazgos relacionados con el estado del recién nacido. En el parto domiciliario, el estudio de Koettker et al. (2012) ⁽⁴²⁾ indica que todos los recién nacidos fueron colocados en contacto piel con piel inmediatamente y que el 70% mostraron una lactancia efectiva dentro de la primera hora de vida. La media de peso de los recién nacidos fue de 3,300g y según los datos de Cheyney et al. (2014) ⁽⁴⁹⁾ un 86% de los recién nacidos estaba lactando exclusivamente a las 6 semanas.

La puntuación de Apgar nos da una primera valoración sobre el estado general del neonato después del parto. ^(Tabla 3) Con respecto a este tema se encuentran controversias. Varios estudios obtienen puntuaciones de Apgar ≥ 7 a los 5 minutos, como se refleja en Koettker et al. (2012) ⁽⁴²⁾ en el 98,9% de los casos; Cheyney et al. (2014) ⁽⁴⁹⁾ en el 98,5%. Koettker et al. (2013) ⁽³⁷⁾ en 81,8% o Colacioppo et al. (2010) ⁽³⁸⁾ en el 100%. Las diferencias no son estadísticamente significativas entre primíparas y multíparas según afirma Koettker et al. (2015) ⁽⁴¹⁾. El estudio de Halfdansdottir et al. (2015) ⁽⁴⁵⁾ informa que las puntuaciones de Apgar fueron las mismas tanto en el domicilio como en el hospital. Sin

embargo se encuentran varios estudios en los que las puntuaciones de Apgar a los 5 minutos son más bajas en el domicilio en comparación con el hospital y así lo ponen de manifiesto Snowden et al. (2015)⁽⁴⁴⁾; Kennare et al. (2010)⁽⁵⁸⁾; Cheng et al. (2013)⁽⁵²⁾ que aporta que las puntuaciones <4 ocurrieron en el 0,37% de los casos en el domicilio en comparación con el 0,24% en el hospital o Grünebaum et al. (2013)⁽⁵¹⁾ que el riesgo de puntuación de 0 es significativamente mayor en el domicilio y centros de nacimiento atendidos por parteras que en los hospitales asistidos por médicos o parteras. A esta información, De Jonge et al. (2015)⁽⁴⁸⁾ añade que las tasas de puntuación de Apgar menores de 7 no difirieron significativamente entre nulíparas y multíparas.

En relación con la presencia de complicaciones en el recién nacido el estudio de Delgado et al. (2007)⁽⁴³⁾ muestra que estuvieron ausentes en los nacimientos en el hogar. Faucon et al. (2013)⁽⁵³⁾ indica que los resultados perinatales adversos no son significativamente diferentes en el hogar y en el hospital, de igual modo se pone de manifiesto en Hiraizumi et al. (2013)⁽⁵⁰⁾. Según Janssen et al. (2009)⁽⁶¹⁾ los recién nacidos en el hogar eran menos propensos de requerir reanimación al nacer u oxigenoterapia durante más de 24 horas que los del hospital asistido por parteras o médicos, además eran menos propensos a tener aspiración de meconio. Sin embargo podemos ver estudios que muestran la presencia de ciertas complicaciones más frecuentes en el parto en el domicilio que en el hospital, como Grünebaum et al. (2013)⁽⁵¹⁾ afirma mayor riesgo de convulsiones neonatales y disfunción neurológica grave; Cheng et al. (2013)⁽⁵²⁾ con convulsiones neonatales con cifras 0,06% y 0,02% respectivamente; Snowden et al. (2015)⁽⁴⁴⁾ mayores tasas de convulsiones neonatales y de transfusiones sanguíneas o Colacioppo et al. (2010)⁽³⁸⁾ con la presencia de un bebé trasladado al hospital por arritmia cardíaca.

Hay diversidad en cuanto al análisis de la hospitalización del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN). Varios estudios apuntan que los ingresos fueron menores en el parto domiciliario como Snowden et al. (2015)⁽⁴⁴⁾; De Jonge et al. (2015)⁽⁴⁸⁾ que apunta que es menor en multíparas; o de otra forma Janssen et al. (2009)⁽⁶¹⁾ dice que los recién nacidos tienen más probabilidad de ser ingresados en el hospital o readmitidos si nacieron en él o en el estudio de Koettker et al. (2013)⁽³⁷⁾ que no se produjeron hospitalizaciones. Kennare et al. (2010)⁽⁵⁸⁾ y De Jonge et al. (2009)⁽⁶²⁾ aportan los mismos datos pero en sus estudios las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Sin

embargo el estudio de Halfdansdottir et al. (2015) ⁽⁴⁵⁾apunta que el grupo de parto en casa tenía una tasa más alta de admisión en la UCIN.

Diversos estudios afirman que la tasa de mortalidad es más alta en el parto domiciliario que en el hospitalario como ponen de manifiesto Snowden et al. (2015) ⁽⁴⁴⁾con tasas de mortalidad perinatal y neonatal de 3,9‰ frente a 1,8‰ y 1,6‰ frente a 0,6‰ respectivamente y tasas de mortalidad fetal mayores en el domicilio, aunque esta última no muestra diferencias estadísticamente significativas de igual modo que no hubo un aumento significativo en las probabilidades de muerte infantil; Lindgren et al. (2008) ⁽⁶⁴⁾con una tasa de mortalidad neonatal de 2,2‰ frente 0,7‰; Grünebaum et al. (2014) ⁽⁴⁶⁾con riesgo significativamente mayor de mortalidad neonatal total y aun mayor en partos de 41 semanas o más y en primíparas y Kennare et al. (2010) ⁽⁵⁸⁾con un riesgo 7 veces mayor de muerte durante el parto y 27 veces mayor de muerte por asfixia durante el parto aunque una revisión posterior identificó la inclusión inadecuada de mujeres con factores de riesgo y vigilancia fetal inadecuada durante el parto.

De igual modo se encuentran estudios que hablan de una tasa de mortalidad menor cuando se trata del parto en el domicilio en comparación con el hospital, ejemplo de ello son los estudios de Blix et al. (2012) ⁽⁵⁵⁾con tasas de mortalidad perinatal y neonatal de 0,6‰ frente a 0,6‰ y 0,9 ‰ respectivamente; Janssen et al. (2009) ⁽⁶¹⁾con una tasa de mortalidad perinatal de 0,35‰ atendido por parteras versus 0,57‰ en el hospital atendido por médicos o Van der Kooy et al. (2011) ⁽⁵⁷⁾con tasas de mortalidad intraparto y neonatal precoz de 0,15‰ frente a 0,18‰, aunque después del ajuste de casos se invierte la relación no siendo el aumento estadísticamente significativo.

También aparecen estudios en los que las tasas de mortalidad muestran cifras similares tanto en el domicilio como en el hospital como son los de Kennare et al. (2010) ⁽⁵⁸⁾con una tasa de mortalidad perinatal de 7,9‰ y 8,2‰ respectivamente; Hutton et al. (2009) ⁽⁶⁰⁾con una tasas de mortalidad perinatal y neonatal de 1‰ para ambos grupos; De Jonge et al. (2009) ⁽⁶²⁾sin diferencias entre la mortalidad durante el parto o la neonatal para ambos.

Algunos datos que aportan diversos estudios acerca de la mortalidad durante el parto domiciliario son los de Cheyney et al. (2014) ⁽⁴⁹⁾con tasas de mortalidad intraparto, neonatal precoz y neonatal tardía de 1,3‰, 0,41‰ y 0,35‰ respectivamente o de Blix et al. (2008)

⁽⁶³⁾con una tasa de mortalidad perinatal de 2,9‰ y de mortalidad intraparto de 0,8‰. En Shiftan et al. (2009) ⁽⁵⁹⁾se produjo un caso por muerte súbita del lactante.

También se estudian los hallazgos relacionados con la satisfacción de las mujeres. Así, Colacioppo et al. (2010) ⁽³⁸⁾afirma que los motivos para la elección del parto domiciliario son la continuidad de los cuidados, el ambiente doméstico y la capacidad de tomar decisiones propias durante el parto mientras que Medeiros et al. ⁽³⁹⁾habla de las evidentes influencias que hacen las experiencias de parto de las madres sobre la elección del parto domiciliario de las mujeres, además de la búsqueda de todas ellas hacia una atención más humanizada, debido a la insatisfacción con la conducta intervencionista y el modelo actual.

Según Delgado et al. (2007) ⁽⁴³⁾todas las mujeres mencionaron la casa como el mejor lugar debido al control de su propia experiencia, la presencia de la familia, la no injerencia en los procesos naturales, la atención personalizada de la mujer, la libertad para moverse y el bajo costo de la mano de obra, al igual que Medeiros et al. ⁽³⁹⁾afirma que las mujeres mostraron gran satisfacción con la experiencia, siendo unánime el deseo de repetirla, considerándola una oportunidad excelente de superación y autoconocimiento.

El apoyo de las mujeres por sus compañeros durante el parto fue puesto de manifiesto según Koettker et al. (2012) ⁽⁴²⁾. Delgado et al. (2007) ⁽⁴³⁾afirma que la presencia de miembros de la familia es un factor importante para el desarrollo de un parto normal en el domicilio.

Por último se analizan las características sociodemográficas de las mujeres y las parejas de este estudio. Feyer et al.(2013) ⁽³⁶⁾muestra en su estudio que las parejas que eligen el parto domiciliario son personas jóvenes, con edades de mujeres que varían de 19 a 38 años, donde la mayoría tiene de 20 a 29 años, al igual que Koettker et al.(2012) ⁽⁴²⁾ que refleja que la edad media fue de 28 años. Sin embargo en el estudio de Colacioppo et al. (2010) ⁽³⁸⁾más de la mitad de las mujeres tenían más de 30 años. La edad es significativamente mayor en multíparas según Koettker et al. (2015) ⁽⁴¹⁾

Feyer et al. (2013) ⁽³⁶⁾y Koettker et al. (2012) ⁽⁴²⁾afirman en sus estudios que la mayoría de las parejas que practican el parto domiciliario tienen estudios superiores, además Colacioppo et al. (2010) ⁽³⁸⁾ y Medeiros et al. (2008) ⁽³⁹⁾reflejan que los estudios superiores junto con la estabilidad laboral y el nivel socioeconómico de estas parejas está relacionado con un mejor acceso a la información y por tanto con una elección informada. No hay diferencias entre primíparas y multíparas en cuanto al nivel de estudios según Koettker et al. (2015) ⁽⁴¹⁾

Feyer et al. (2013)⁽³⁶⁾ y Colacioppo et al. (2010)⁽³⁸⁾ afirman que las parejas que optan por el parto domiciliario tienen relaciones estables.

6.1. Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones del estudio es el no haber utilizado las palabras clave adecuadas para encontrar posibles estudios importantes; o habiendo encontrado las palabras idóneas no haber realizado una cadena de búsqueda apropiada, así como la pérdida de documentos relevantes en las bases de datos no buscadas.

Otra limitación puede ser el haber descartado algún estudio importante debido a que el título y el resumen no parecieran de interés o en relación con el tema.

Igualmente puede haber documentos en otros idiomas en los que no se ha buscado que aportasen información relevante sobre el tema. También puede que haya documentos útiles pero que no están disponibles de forma gratuita.

7. CONCLUSIONES

Tras la revisión de los estudios revisados, se enumeran las conclusiones dando respuesta a los objetivos planteados.

- El parto domiciliario está relacionado con altas tasas de parto vaginal espontáneo con una disminución en el número de intervenciones y por tanto menores tasas de partos instrumentales en comparación con el hospital, siendo la posición vertical la preferida por las mujeres para parir y produciéndose más rápidamente en el hogar. Estas diferencias son más visibles en mujeres multíparas. Además, el coste económico es menor en el ámbito domiciliario.
- Hay bajo riesgo de complicaciones maternas durante el parto domiciliario y no se asocia con tasas de mortalidad más altas. El número de cesáreas y de hemorragias posparto es significativamente menor y los traslados hospitalarios se deben en su mayoría a la falta de progreso, siendo más frecuente en nulíparas.
- En cuanto al estado del recién nacido no existe una base sólida; tanto en el número de complicaciones, ingresos en la unidad de cuidados intensivos neonatal como en las tasas de mortalidad existen controversias. Sin embargo se puede destacar que los riesgos de morbi-mortalidad perinatal no aumentan entre las mujeres de bajo riesgo siempre que el sistema de atención a la maternidad facilite la elección de matronas

bien entrenadas y un buen sistema de transporte y referencia. Son necesarios más estudios para dilucidar los resultados y proporcionar indicaciones más claras.

- Las mujeres que eligieron el parto domiciliario mostraron gran satisfacción y deseos de repetir la experiencia considerándola una oportunidad de superación y autoconocimiento. Lo describen como el mejor lugar debido a la atención más humanizada, el ambiente familiar y la capacidad de tomar decisiones propias sobre su parto.
- Las parejas que optan por el parto en casa son parejas jóvenes que tienen relaciones estables y con estudios superiores, una estabilidad laboral y un nivel socioeconómico que les permite el acceso a la información y por tanto que sea una elección informada.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quinana Pantaleón C, Etxeandia Ikobaltzeta I, Rico Iturrioz R, Armendáriz Mántaras I, Fernández del Castillo Sainz I, del Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. Guía de Práctica Clínica en el SNS. Versión OSTEBA Nº2009/01
2. Botella Llusia J, Clavero Núñez JA. Tratado de ginecología. 14ª ed. Madrid: Díaz de Santos, S. A.; 1993.
3. Cabrero Roura L, Saldívar Rodríguez D. Operatoria obstétrica. Una visión actual México D.F.: Médica Panamericana, S.A.; 2009.
4. Torrens Sigalés RM, Cristina MB. Enfermería de la mujer. 2ª ed. Barcelona: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2003.
5. Cabero Roura L, Saldivar Rodríguez D, Cabrillo Rodríguez E. Obstetricia y medicina materno-fetal Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, S.A.; 2007.
6. Lombardia Prieto J, Fernández Pérez M. Ginecología y Obstetricia: manual de consulta rápida. 2ª ed. Buenos Aires; Madrid: Medica Panamerincana, S.A.; 2007.
7. Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos Ginebra: JHPIEGO; 2002.
8. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de sanidad y política social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Vitoria; 2010.
9. Galiano JMM. Manual de asistencia al parto Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2013.
10. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva; 1996.
11. FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona; 2007.
12. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Guía de asistencia del parto en casa. Barcelona; 2010.
13. Saz Peiró P, Tejero Lainez MC, Ortiz Lucas M. Asistencia al parto en casa. Medicina naturista. 2008; 2(1): p. 13-32.
14. Asociación nacer en casa. Nacer en casa. [sede Web].; 1988 [acceso diciembre2015]. Disponible en: <http://www.nacerencasa.org>
15. Asociación el parto es nuestro. El parto es nuestro. [sede Web].; 2003 [acceso diciembre 2015]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/>
16. Gosálvez P. Nosotras parimos, pero ¿dónde?. El País. 21 diciembre 2014.
17. Ecuriet R, Pueyo M, Biescas M, Espiga I, Colls C, Sanders M, et al. La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Matronas Profesión. 2014; 15(2): p. 62-70.

18. Organización Mundial de la Salud. [sede Web].; 2015 [acceso diciembre 2015]. Datos y cifras: 10 datos sobre la salud materna;[10 pantallas]. Disponible en:
http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/maternal_health_facts/es/
19. Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad Hospitalaria: Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. NIPO: 840-09-075-6.
20. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de salud Reproductiva e Investigación; 2015. WHO/RHR/15.02
21. Betrán A, Merialdi M, Lauer J, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. Revista Panamericana de salud Pública. 2007 Abril; 21(4).
22. Euro-Peristat. European perinatal health report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. ; 2010.
23. EDUCER. Mapa del parto en casa en España. Datos de 2013. Colección Observatorio del parto en casa en España. 2014[acceso diciembre 2015];(VI). Disponible en:
www.educer.es/partocasa/06Mapa2013.pdf
24. Instituto Nacional de Estadística. Instituto Nacional de Estadística. [sede Web].; 2016 [acceso noviembre 2015]. Fenómenos demográficos, movimiento natural de la población, partos. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe304&file=inebase&L=0>
25. Instituto Nacional de Estadística. Instituto Nacional de Estadística. [sede Web].; 2014 [acceso noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np851.pdf>
26. Campoy F. Los Dolores del Parto [Video]. RTVE; 2005.
27. Ortiz M, Anna M. De Parto [Video].RTVE; 2006.
28. Espejo público. Parir en casa [Video]. A3; 2008.
29. Las Noches Blancas. Parto en casa [Video]. TeleMadrid; 2012.
30. FLEX. Anuncio Parto en casa [Video].; 2009.
31. Montero R. El desastre de parir. El País. 13 agosto 2006.
32. Sánchez-Mellado L. El parto es mío. El País. 25 marzo 2007
33. Fominaya C. Así es un parto en casa en España. ABC. 9 diciembre 2014
34. Fernández del Castillo I. La revolución del nacimiento Barcelona: Granica; 2006.
35. Change.org. Change.org. [sede Web]. [acceso diciembre 2015]. Por la opción de tener un parto domiciliario amparado por la Seguridad Social española. Disponible en:
<https://www.change.org/p/por-la-opci%C3%B3n-de-tener-un-parto-domiciliario-amparado-por-la-seguridad-social-espa%C3%B1ola>.

36. Feyer I, Monticelli M, Knobel R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. Esc Anna Nery R Enferm [Revista on-line] Abril 2013 [acceso diciembre 2015]; 17(2):[298-305] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728367014>
37. Koettker J, Brüggemann O, Dufloth R. Partos domiciliarios planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(1): [15-21]
38. Colacioppo P, Koiffman M, Gonzalez Riesco M, Schneck C, Osava R. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. Revista de Enfermagem Referência. Diciembre 2010; III(2): [81-90]
39. Medeiros R, dos Santos I, Silva Ld. Escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. Esc Anna Nery R Enferm. Diciembre 2008; 12(4): [765-72]
40. Torre Palomo MT de la. El nacimiento domiciliario planificado para mujeres embarazadas seleccionadas no es desaconsejable. Evidentia [Revista on-line] 2006 ene-feb [acceso diciembre 2015]; 3(7). Disponible en: <http://www.Index-f.com/evidential/n7/190articulo.php>
41. Koettker J, Brüggemann O, Dufloth R, Monticelli M, Knobel R. Comparação de resultados obstétricos e neonatais entre primíparas e múltiparas assistidas no domicílio. Ciencia y enfermería. Agosto 2015; 21(2):[113-125]
42. Koettker J, Brüggemann O, Dufloth R, Knobel R, Monticelli M. Outcomes of planned home birth assisted by nurses, from 2005 to 2009, in Florianópolis, Southern Brazil. Rev. Saúde Pública. Agosto 2012; 46(4): [747-50]
43. Delgado Crizóstomo C, Sampaio Nery I, Barros Luz M. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. Esc Anna Nery R Enferm. Marzo 2007; 11(1): [98-104]
44. Snowden J, Tilden e, Snyder J, Quigley B, Caughey A, Cheng Y. Planned out-of-hospital birth and birth outcomes. N Engl J Med. Diciembre 2015; 373(27).
45. Halfdansdottir B, Smarason A, Olafsdottir O, Hildingsson I, Sveinsdottir H. Outcome of planned home and hospital births among low-risk women in Iceland in 2005-2009: a retrospective cohort study. Birth. Marzo 2015; 42(1).
46. Grünebaum A, McCullough L, Sapra K, Brent R, Levene M, Arabin B, et al. Early and total neonatal mortality in relation to birth setting in the United States, 2006-2009. Am J Obstet Gynecol. Octubre 2014; 211(4):[390.e1-7]
47. de Jonge A, Mesman J, Manniën J, Zwart J, 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. Junio 2013; 346.
48. de Jonge A, Geerts C, van der Goes B, Mol B, Buitendijk S, Nijhuis J. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. BJOG. Abril 2015; 122(5).

49. Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, Vedam S. Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: the Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. *Journal of midwifery & women's health*. Enero 2014; 59(1).
50. Hiraizumi Y, Suzuki S. Perinatal outcomes of low-risk planned home and hospital births under midwife-led care in Japan. *J Obstet Gynaecol Res*. Noviembre 2013; 39(11): [1500-4]
51. Grünebaum A, McCullough L, Sapra K, Brent R, Levene M, Arabin B, et al. Apgar score of 0 at 5 minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting. *A J Obstet Gynecol*. Octubre 2013; 209(4): [323.e1-6]
52. Cheng Y, Snowden J, King T, Caughey A. Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States. *A J Obstet Gynecol*. Octubre 2013; 209(4): [325.e1-8]
53. Faucon C, Brillac T. Planned home versus planned hospital births: adverse outcomes comparison by reviewing the international literature. *Ginécol Obstet Fertil*. Junio 2013; 41(6): [388-93]
54. Konigsmarkova I. Homebirth in Czech Republic. *Ceska gynekol*. Diciembre 2012; 77(6): [558-62]
55. Blix E, Huitfeldt A, Øian P, Straume B, Kumle M. Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: a retrospective cohort study. *Sex Reprod Healthc*. Diciembre 2012; 3(4): [147-53]
56. Nove A, Berrington A, Matthews Z. Comparing the odds of postpartum haemorrhage in planned home birth against planned hospital birth: results of an observational study of over 500,000 maternities in the UK. *BMC pregnancy and childbirth* [Revista on-line] Noviembre 2012[acceso enero 2015]; 12[130] Disponible en:
<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-130>
57. van der Kooy J, Poeran J, de Graaf J, Birnie E, Denktas S, Steegers E, et al. Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies. *Obstet Gynecol*. Noviembre 2011; 118(5).
58. Kennare R, Keirse M, Tucker G, Chan A. Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. *MJA*. Enero 2010; 192(2): [76-80]
59. Shiftan A, Tel-Oren A, Sheiner E, Hadar A. Planned home deliveries in Israel between the years 2003-2007. *Harefuah*. Enero 2009; 148(6): [362-6]
60. Hutton E, Reitsma A, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. *Birth*. Septiembre 2009; 36(3).
61. Janssen P, Saxell L, Page L, Klein M, Liston R, Lee S. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ*. 2009; 181(6-7).

62. de Jonge A, van der Goes B, Ravelli A, Amelink-Verburg M, Mol B, Nijhuis J, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG*. Agosto 2009; 116(9): [1177-1184]
63. Blix E, Øian P, Kumle M. Outcomes after planned home births. *Tidsskr Nor Laeforen*. Noviembre 2008; 128(21):[2436-9]
64. Lindgren H, Rådestad I, Christensson K, Hildingsson I. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008; 87(7): [751-9]
65. Janssen P, Mitton C, Aghajanian J. Costs of planned home vs. hospital birth in british columbia attended by registered midwives and physicians. *Plos One* [Revista on-line] Julio 2015[acceso febrero 2015]; 10(7). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0133524>
66. Schroeder E, Petrou S, Patel N, Hollowell J, Puddicombe D, Redshaw M, et al. Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* [Revista on-line] 2012[acceso febrero 2015]; 344. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e2292>
67. Hendrix M, Evers S, Basten M, JG. N, JL. S. Cost Analysis of the Dutch Obstetric System: low-risk nulliparous women preferring home or short-stay hospital birth - a prospective non-randomised controlled study. *BMC*. Noviembre 2009; 211(9).
68. van Haren-ten Haken T, Hendrix M, Smits L, Nieuwenhuijze M, JL. S, De Vries R, et al. The influence of preferred place of birth on the course of pregnancy and labor among healthy nulliparous women: a prospective cohort study. *BMC*. Febrero 2015; 33(15)
69. Junta de Andalucía [sede Web]. [actualizado 7 de octubre 2014; acceso marzo 2016]. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico: test de salud neonatal. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT1_ApgarN.pdf

9. ANEXOS.

Tabla 3. Test de Apgar neonatal

CATEGORÍA	CRITERIOS	PUNTUACIÓN
Ritmo cardíaco	Ausencia de ritmo cardíaco	0
	Ritmo cardíaco lento (menos de 100 latidos por minuto)	1
	Ritmo cardíaco adecuado (más de 100 latidos por minuto)	2
Respiración	No respira	0
	Llanto débil, respiración irregular	1
	Llanto fuerte	2
Tono muscular	Flojo, flácido	0
	Algo de flexibilidad o doblez	1
	Movimiento activo	2
Respuesta ante estímulos (también llamada irritabilidad refleja)	Ninguna respuesta	0
	Mueca	1
	Llanto o retraimiento vigoroso	2
Color	Pálido o azul	0
	Color del cuerpo normal, pero extremidades azules	1
	Color normal	2

Fuente: Junta de Andalucía. Test de salud neonatal - Apgar-.⁽⁶⁹⁾