



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

Parto domiciliario, ¿una elección de futuro?

Alumno/a: Pinto Ortiz, Inmaculada

Tutor/a: Martínez Galiano, Juan Miguel

Dpt: Enfermería

Mayo 2016



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

Parto domiciliario, ¿una elección de futuro?

Alumno/a: Pinto Ortiz, Inmaculada

Tutor/a: Martínez Galiano, Juan Miguel

Dpt: Enfermería

Mayo 2016

ÍNDICE

1. RESUMEN Y ABSTRACT.....	3
1.1. Resumen	3
1.1. Abstract.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	6
2.1. Conceptualización	6
2.2. Requisitos para poder realizar un parto domiciliario	11
2.3. Institucionalización del parto	11
3. JUSTIFICACIÓN.....	19
4. OBJETIVOS	19
4.1. General.....	19
5. METODOLOGÍA	20
5.1. Tipo de estudio	20
5.2. Criterios de inclusión.....	20
5.3. Documentos obtenidos tras la búsqueda bibliográfica	20
5.4. Diagrama de flujo de las bases de datos	22
6. RESULTADOS	23
7. DISCUSIÓN	37
8. CONCLUSIONES	40
9. BIBLIOGRAFÍA.....	41

1. RESUMEN Y ABSTRACT

1.1. Resumen

Introducción

Hoy en día hay una discusión acerca del lugar donde parir porque se está produciendo un leve retorno al parto en casa y cada vez son más las parejas que eligen parto domiciliario debido a la medicalización y el intervencionismo del parto hospitalario. Estas parejas buscan una atención al parto más personalizada y participativa. Las tasas de partos domiciliarios en los países desarrollados son inferiores al 1%. En España, la atención al parto es casi exclusivamente hospitalaria.

Objetivos

El objetivo principal es conocer los riesgos y beneficios que conlleva dar a luz en el domicilio, así como conocer las complicaciones maternas y perinatales que lleva parir en casa, determinar los motivos por los que las mujeres eligen esta tendencia y establecer diferentes características de las mujeres que eligen parir en casa.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa en diferentes bases de datos. Los criterios de inclusión han sido el año de publicación (últimos 10 años) y texto completo y libre. Se han incluido 21 documentos en esta revisión.

Resultados

La mayoría de las mujeres que eligen parir en el hogar son adultas jóvenes con educación secundaria, con pareja, posición socioeconómica media, tanto primíparas como multíparas. Los principales motivos por los que eligen parto domiciliario son debido a experiencias de partos previas vividas y por escapar del ambiente hospitalario. La tasas de intervencionismo son mayores en el ámbito hospitalario (episiotomía, cesárea, etc.). Existe mayor riesgo de traumatismos perineales, así como mayores tasas de episiotomía y hemorragia postparto en el ámbito hospitalario. Las tasas de parto vaginal son mayores en el parto domiciliario. La incidencia de resultado perinatal es baja en ambos ámbitos aunque las mujeres primíparas presentan más riesgo de resultados perinatales adversos. Los bebés nacidos en el ámbito hospitalario presentan más riesgo de ser ingresados en la Unidad de Cuidados Neonatales.

Conclusiones

La mayoría de los autores coincide en que los resultados de salud tanto maternos como perinatales son adecuados en el parto domiciliario. La mayoría de los partos ocurridos en el ámbito domiciliario son vaginales. Se sugiere investigar más acerca de este tema para que las parejas puedan estar más informadas sobre los riesgos y beneficios de parir en el hogar.

Palabras clave: parto domiciliario, parto casa, parto natural, nacimientos no hospitalarios y nacimientos planeados en el hogar.

1.1. Abstract

Introduction

Nowadays, there is a discussion about the place where birth are producing because in this moment there is a return to home birth and many more couples choose home birth instead of giving in hospitals due to interventionism and medicalization of hospital birth. These couples looking an attention more personalized and participatory to birth. The rate of domiciliary birth in developed countries are less than 1%. In Spain, the attention to birth is almost exclusively hospital.

Objectives

The main objective is to know the risks and benefits of giving births at home, as well as know maternal and neonatal complications of birth domiciliary, define the reasons by women choose this tendency and establish the characteristics of women that choose delivery home.

Method

I have done a review on different data bases. The inclusion criteria have been the year of publication (last 10 years) and full and free text. Twenty one documents have been included in this review.

Results

The majority of women who choose to give birth at home are young adults with secondary education, couple, middle socioeconomic status, both primiparous and multiparous. The main reasons for choosing home birth are previous experiences lived of births and to escape the area hospital. The rate of interventionism are higher in hospital setting (episiotomy, caesarean section, etc.) There is more risk of perianal trauma, higher rates of episiotomy and postpartum hemorrhage in the hospital area. The rate of vaginal birth are higher in domiciliary area. The incidence of the results of both as maternal and as perinatal health are low in both areas although, primiparous women have a higher risk of adverse perinatal result. The babies born in the hospital have more risk of neonatal unit admission.

Conclusion

Most authors agree that the results of both as maternal and as perinatal health are suitable for home birth. The majority of birth in field domiciliary are vaginal deliveries. It is suggested doing more research about this subject in order for couples to be well informed about the risks and benefits of giving birth at home.

Keywords: home childbirth, natural childbirth, non hospital births and planned home birth.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. Conceptualización

El embarazo y el parto son acontecimientos sociales que integran la experiencia reproductiva de hombres y mujeres.¹

El parto es el proceso que se caracteriza por el tránsito del feto desde el interior del útero hasta el medio exterior, a través de contracciones uterinas progresivas que van aumentando de intensidad y las cuales determinan la dilatación cervical.²

Es importante saber cuándo se produce el inicio del parto, el cual puede ser espontáneo, estimulado o inducido, y su finalización, eutócica o distócica.⁴

Desde el punto de vista fisiológico, el inicio del parto se considera desde las primeras fases de gestación, cuando tanto el útero como el resto del organismo materno empiezan a prepararse para el parto.³ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera como fase activa del primer período del parto cuando se instauran contracciones uterinas rítmicas y regulares, el cuello uterino presenta una dilatación cervical de 4 cm y se inicia el descenso de la cabeza fetal. Diferentes tratados de obstetricia consideran, a nivel clínico, que una mujer está de parto cuando tiene 2-3 cm de dilatación cervical con un borramiento del cuello del 50 % y presenta un mínimo de dos contracciones de mediana intensidad en 10 minutos, dolorosas y rítmicas.⁴

Una vez que comienza el parto nos encontramos ante tres etapas: primera etapa o periodo de dilatación, segunda etapa o periodo expulsivo o tercera etapa o periodo de alumbramiento.

2.1.1. *Periodo de Dilatación*

Es la primera etapa del parto. Comienza con las primeras contracciones uterinas del parto, y termina cuando se alcanzan la dilatación de 10 cm, es decir la dilatación completa. El periodo de dilatación se desarrolla en dos fases fundamentales.²

- Fase latente o prodrómica

Comienza con la aparición de las contracciones acompañadas por el borramiento del cérvix y el inicio de la dilatación hasta los 3-4 cm. Las contracciones en esta fase son de intensidad leve o moderada, con un patrón de frecuencia y duración irregular. Según Friedman, la duración de la fase latente en nulíparas no debe superar las 20 horas, y las 14 horas en multíparas.⁴

- Fase activa

Esta fase comprende desde los 3-4 cm de dilatación hasta la dilatación completa (10 cm). La evolución de la dilatación normal promedio es de 1,5 cm por hora en multíparas y de 1,2 cm por hora en primíparas. Durante esta fase las contracciones son más frecuentes y de mayor duración, incrementando la intensidad, lo cual dan lugar a una rápida progresión de la dilatación.⁴

2.1.2. *Periodo Expulsivo*

Inicia cuando se alcanza la dilatación completa y termina con la salida del feto fuera del cuerpo materno.² Su duración media es de hasta 2 horas con dilatación completa en primíparas y 1 hora para multíparas. Estos tiempos se prolongan 1 hora más en los casos en que la mujer tenga analgesia epidural.⁴

El periodo expulsivo se divide en dos fases:

- Fase temprana, no expulsiva o pasiva

Comienza cuando el cuello uterino completa la dilatación, aproximadamente 10 cm. La mujer no muestra deseos de empujar.⁴

- Fase avanzada, expulsiva o activa

Se inicia cuando la presentación fetal se encuentra por debajo de las espinas isquiáticas hasta el nacimiento. La gestante siente ganas de empujar con cada contracción.⁴

2.1.3. *Periodo de Alumbramiento*

Corresponde al tercer período del parto y comienza con la expulsión completa del feto y finaliza con la expulsión completa de la placenta con sus membranas. Es el momento que presenta un riesgo elevado ya que en la madre se produce una pérdida fisiológica de hasta 500 cm³.² Este periodo puede dividirse en varios acontecimientos: desprendimiento placentario, separación del corion y amnios, hemostasia uterina y expulsión de los anejos ovulares.⁴

Según el momento de la gestación en el que se produzca el parto, podemos diferenciar entre parto pretérmino, cuando el parto se produce antes de cumplir las 37 semanas de gestación; si el parto ocurre entre las semanas 37 y 42 de gestación se definirá como parto a término, y parto postérmino, si se produce después de las 42 semanas de gestación.⁴

Dependiendo de la porción del feto que entra primero en el canal del parto o bien la que se encuentra más cercana a él podemos diferenciar tres tipos de presentaciones:

- Cefálica: cuando la cabeza es la parte fetal que está en contacto con la pelvis. A su vez, presenta variedades en función de la actitud de la cabeza fetal como puede ser: occipucio (cabeza completamente flexionada contra el pecho), sincipucio (cabeza ligeramente extendida respecto del caso anterior), frente (forzando un poco más la extensión) y cara (grado máximo de extensión de la cabeza).²
- Podálica: cuando la región inferior del cuerpo del feto está en contacto con la pelvis.³ Según su punto de guía puede ser: nalgas puras o simples (solamente las nalgas se relacionan con el plano de entrada en la pelvis), nalgas y pies (ambas partes se presentan a la vez, ya sean con un pie o con los dos), pies (se presenta uno o los dos pies) y rodillas (se presentan una o las dos rodillas).²
- Tronco: cualquier parte del feto puede estar en contacto con el plano de entrada de la pelvis (hombro, mano). Corresponde a las situaciones oblicuas y transversas.²

Durante el parto se pueden dar una serie de complicaciones tanto para la madre como para el feto.

Las complicaciones para la madre durante el parto pueden ser:

- Crisis convulsivas

Una convulsión se define como contracción intensa, involuntaria y violenta de la musculatura estriada del organismo. Pueden verse afectados uno o varios músculos y puede ser tónica o clónica, según se continua o discontinua. En ocasiones, los dos tipos de convulsiones (tónica o clónica) pueden coincidir.⁴

- Sincope

Se define como síncope a la pérdida brusca y transitoria de conciencia asociada a la pérdida de tono postural, debido a la disminución o interrupción transitoria del flujo sanguíneo cerebral. La persona se recupera espontáneamente sin necesidad de maniobras de reanimación.⁴

- Estado de choque

Se produce cuando existe una deficiencia circulatoria que impide la llegada de oxígeno y materiales nutritivos en cantidades suficientes a los tejidos del cuerpo. El estado de choque se clasifica en tres tipos: hipovolémico, cuando ocurre una disminución del volumen sanguíneo circulante por pérdida de sangre; séptico, cuando existe paso de endobacterias o de bacterias al torrente circulatorio y anafiláctico, cuando se presenta como consecuencia de una reacción antígeno-anticuerpo, por la administración de un medicamento o sustancia antigénica en una paciente previamente sensibilizada a alguno de éstos.⁵

- Hemorragia

La hemorragia anteparto y posparto siguen siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad obstétricas. Desde el punto de vista obstétrico se considera que la pérdida sanguínea “fisiológica” en un parto depende, en gran medida, del tipo de parto. La media de pérdida en una cesárea es de 1.000 ml, mientras que en un parto vaginal es de 500 ml. La hemorragia posparto como entidad patológica ha sido definida, desde valoraciones subjetivas, como pérdida mayor de lo habitual hasta la disminución del hematocrito de más del 10% o definirla en función de la necesidad de transfusión.⁶ La existencia de un cuadro hemorrágico durante el parto pueden ser debida a: desprendimiento prematuro de placenta o abrupcio placentae, placenta previa, rotura uterina y rotura de vasa previa.⁴

- Inversión uterina

Es la complicación obstétrica que consiste en que el fondo uterino se invierte y queda en contacto con el cuello uterino (inversión parcial), o bien, el útero invertido en su totalidad sale a través del cérvix y vagina (inversión total).⁵

- Retención de placenta

Ocurre cuando toda la placenta (retención placentaria o encarcelamiento) o parte de ella (retención parcial o de restos placentarios) permanece en el interior de la madre después del parto. Se puede hablar de retención total cuando transcurren más de 15 minutos después de la expulsión del producto y no sale la placenta, debido a la falta de contracción y retracción uterina adecuadas que impide el desprendimiento placentario. Cuando existe adherencia de uno o más cotiledones por ausencia o atrofia de la decidua se está ante una retención parcial.⁵

- Distocia de hombros

La distocia de hombros es una urgencia obstétrica donde se detiene la progresión del parto tras la salida de la cabeza fetal. Resulta de un desequilibrio entre los diámetros pélvicos de la madre y el diámetro biacromial del feto. Podemos dividirla en tres subgrupos: distocia bilateral, distocia de hombro posterior y distocia de hombro anterior.⁴

Las complicaciones para el feto durante el parto pueden ser:

- Sufrimiento fetal

No existe consenso respecto a una definición precisa de Sufrimiento Fetal (SF) pero se acepta que es sinónimo de hipoxia fetal la cual está asociada a varias complicaciones obstétricas que afectan a procesos normales de intercambio entre la madre y feto. La hipoxia fetal se acompaña de diversas alteraciones metabólicas, enzimáticas y del equilibrio ácido-base, como pueden ser, acidosis, aspiración de líquido amniótico y depresión respiratoria del recién nacido. Se habla de Sufrimiento Fetal Agudo o Intraparto (SFA) cuando aparece como un accidente durante el periodo de dilatación o el expulsivo.⁷

- Circular de cordón o cordón nual

Circular de cordón se define como una complicación del embarazo en la que el cordón umbilical se enrolla alrededor del cuello del feto uno o más vueltas. En algunos casos las vueltas pueden no afectar al porvenir del embarazo pero en otros puede causar complicaciones en el parto produciendo restricciones al flujo sanguíneo, al transporte de oxígeno, al desarrollo y a los movimientos fetales.⁸

- Prolapso del cordón umbilical

Ocurre cuando el cordón umbilical se desliza por delante de la presentación fetal y pasa a través del orificio cervical abierto. Cuando el feto comprime el cordón umbilical contra el cérvix el aporte de sangre al feto se interrumpe.⁹

2.2. Requisitos para poder realizar un parto domiciliario

- La elección del lugar del nacimiento se establezca antes de las 28 semanas de gestación.
- Es recomendable un mínimo de cuatro visitas clínicas antes de la atención al parto, una de ellas en el mismo domicilio de la madre.
- Las mujeres aportarán todos los controles ecográficos y analíticos, así como otras pruebas complementarias necesarias que se hayan realizado.
- La gestación será nada más de un feto y en presentación cefálica.
- El parto se asistirá en la casa cuando suceda entre las 37 y las 42 semanas 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 durante el proceso se valorará particularmente y se atenderá según convenga o se derivará en los casos necesarios.
- La elección de parir en el domicilio ha de ser una elección libre de la mujer e informada. Es importante que la responsabilidad de la mujer y de su pareja en la elección de parir en el domicilio se decida y asuma desde el principio.
- Es necesario firmar el consentimiento informado.
- El parto debería producirse en un domicilio que cuente con agua corriente y calefacción y que tenga un hospital a una distancia igual o inferior a media hora.¹⁰

2.3. Institucionalización del parto

Hasta hace aproximadamente 250 años el proceso de parto era llevado a cabo por parteras, usualmente en la casa de la gestante o en un lugar que les era familiar. Ellas elegían posiciones verticales para el trabajo del parto. Las parteras se arrodillaban delante de las madres verticales para recibir a sus bebés. Los recién nacidos eran mantenidos con sus madres por el calor y por una lactancia exclusiva a largo plazo.¹¹

Por aquel entonces hizo su aparición la Revolución Industrial acontecida por enormes cambios sociales, y con estos el traspaso de los nacimientos del hogar al hospital. En el siglo XX, tuvo lugar un desarrollo explosivo de la industrialización del nacimiento.¹¹

En los años 50's, la industrialización del nacimiento entró en una nueva fase. Después de una serie de avances técnicos y tecnológicos, la cesárea segmentaria reemplazó a la cesárea clásica. Esta nueva técnica sumada a nuevos métodos de anestesia, la organización de la transfusión de

sangre, el uso de tubos de plásticos para canalización y el uso de antibióticos, transformaron a la cesárea en una intervención confiable.¹¹

A finales de los años 60's los partos se concentraron cada vez más en los hospitales. La atención al parto normal en nuestro país cambió de forma importante ya que el sistema público de salud desarrolló una importante infraestructura hospitalaria. Hasta ese momento, la mayoría de los partos se producían en el domicilio por matronas tituladas, otros por médicos de cabecera y, en algunos lugares, por parteras tradicionales.¹²

Al final del siglo XX, en plena era electrónica, se desarrolló la anestesia peridural.¹¹

Alrededor de los años 70's, debido a la industrialización y tecnologización del parto/nacimiento, la inmensa mayoría de las mujeres parían narcotizadas, a todas las primerizas se les aplicaban fórceps de rutina junto a una generosa episiotomía. Se restringía el ingreso y acompañamiento de familiares en sala de partos y se separaba al bebé recién nacido de su madre para depositarlo detrás de un vidrio junto con otros bebés donde recibía su primer alimento, leche vacuna. Este paradigma cultural que determinaba como debía una mujer y su niño parir/nacer fue replicándose con el paso del tiempo.¹¹

El paso del parto domiciliario al hospitalario conllevó importantes cambios en el tipo de atención prestada a las mujeres. La atención al parto en la mayoría de los hospitales también fue llevada a cabo por los médicos especialista en obstetricia. De forma paralela, el Sistema de Seguridad Social extendió su cobertura universal, también la mayoría de las mujeres realizan el control prenatal de forma regular, y las condiciones socioeconómicas han mejorado con el transcurrir de los años.¹²

La atención al parto supone una parte importante de la actividad asistencial de los hospitales que disponen de maternidad en nuestro país.¹²

En los últimos años, el aumento de la tecnología ha mejorado los resultados perinatales, pero se ha mantenido la tendencia de atender de la misma forma todos los partos, tanto los de bajo riesgo como los de alto, utilizando el mismo nivel de tecnología, lo que ha supuesto más intervencionismo y medicalización, y que los deseos de las mujeres con frecuencia se subordinen a las prioridades organizacionales creando insatisfacción.¹²

En la actualidad, hay una discusión acerca del lugar donde parir ya que se está produciendo un leve retorno al parto domiciliario¹ debido al alto nivel de intervencionismo en el parto normal lo cual puede constituir a insatisfacción en la mujer y su familia con respecto a la experiencia

del parto. Hay un sector de población que pide una atención al parto más personalizada y más participativa ya que quieren que el nacimiento de sus hijos/hijas suceda en un entorno donde sea posible un parto sin intervenciones y en un ambiente agradable, pero con la seguridad de un hospital.¹² Esta tendencia critica la medicalización y altas tecnologías de un proceso biológico que hacen que el parto se transforme en un evento fisiológico.

Hoy en día hay varios individuos y colectivos que se ofrecen a acompañar a la gestante y a la familia, las doulas. Éstas son mujeres, en su mayoría madres, que acompañan a otras mujeres en su camino a la maternidad. Su objetivo fundamental es dar apoyo, tanto físico como emocional, durante el embarazo, el parto y el puerperio.¹³

Algunas acompañan en todos los procesos y otras se especializan y acompañan en uno o varios ya que existen varios tipos de doulas: de preconcepción, de infertilidad, de embarazo, de parto, de posparto y de pérdida.¹⁴

Las doulas no tienen formación académica regulada sino formación específica que abarca conocimientos básicos sobre fisiología del embarazo, parto y puerperio, de puericultura, lactancia, educación prenatal,...¹³

Actualmente en muchos países europeos una doula es algo usual e incluso está cubierto por la seguridad social, en España la profesión no está oficialmente reconocida en el momento.¹³ En España, actualmente existen 5 doulas en Madrid, 3 en Barcelona y 1 en Sevilla, Córdoba, Granada, Bizkaia, Málaga, Valencia y Segovia.¹⁵

También existen centros llamados “casas de partos” que simulan el domicilio donde las gestantes pueden parir. Estas casas de partos también conocidas como “centros de obstetricia con características familiares”, se han ido estableciendo en Europa desde 1970. Se trata de centros dirigidos por matronas en las que normalmente la mujer controla su embarazo y su parto sólo con la matrona, sin ninguna visita con el ginecólogo, a no ser que clínicamente lo necesite. Las pacientes no presentan ninguna patología previa y empiezan el trabajo de parto de forma espontánea.¹⁶

Las casas de parto orienta el cuidado de la mujer en un modelo holístico donde la matrona prioriza la normalidad y evita intervenciones innecesarias. Si la presencia de un médico es necesaria, se debe transferir a la mujer al hospital, ya que el uso de las casas de partos está restringido a mujeres con embarazos de bajo riesgo y que tampoco presentan ningún riesgo durante el trabajo de parto.¹⁶

Las casas de parto o centros de obstetricia con características familiares aumentan significativamente la probabilidad de tener un parto vaginal y de no necesitar analgesia o anestesia durante el trabajo de parto, disminuyen las intervenciones e incrementan la tasa de lactancia materna y su duración.¹⁶

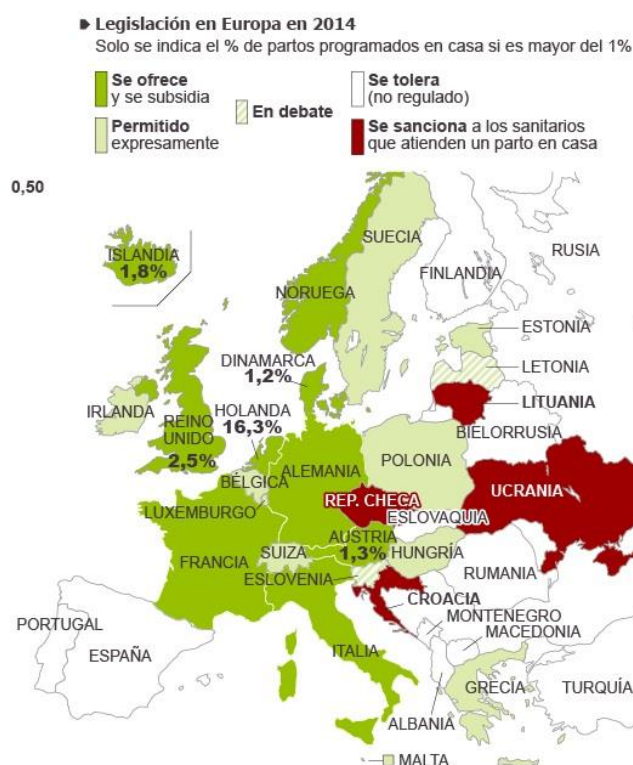
Los profesionales que atienden partos en el domicilio de forma planificada tienen una formación distinta en cada país, aunque comparten el escaso uso de fármacos y de maniobras instrumentales. Según la legislación de cada país está permitida la práctica de unos u otros profesionales y la realización de unas y otras maniobras en el ámbito domiciliario.¹⁷

Las tasas de partos a domicilio son inferiores al 1 % en todos los países desarrollados salvo en Holanda, Bélgica, los Países Nórdicos y el Reino Unido. Holanda es el único país con una tasa superior al 3 % en torno a un tercio del total de partos.¹⁷

A continuación se muestra la legislación existente en Europa en 2014 en lo referente a los partos programado en casa (Figura 1).¹⁹

Legislación del parto programado en casa en Europa en 2014

Figura 1: Representación de la legislación del parto programado en casa en Europa en 2014



Fuente: El País

En Canadá la atención al parto se realiza especialmente en el entorno hospitalario y la lleva a cabo normalmente el obstetra, aunque también participa el médico general. En el medio extrahospitalario, los partos son atendidos por los médicos generales y las matronas. Globalmente, los médicos generales atienden entre el 10 y el 20 % de los partos e incluso realizan cesáreas. En las zonas alejadas de las grandes ciudades pueden llegar hasta el 70 % de los partos.¹⁷

En Estados Unidos la Asociación Americana de Salud Pública ha establecido políticas para conocer la viabilidad de los partos domiciliario. La profesión médica no se ocupa de la atención al parto a domicilio, que corre a cargo de las matronas. El porcentaje anual de partos extrahospitalarios permanece estable en los últimos años, siempre inferior al 1 %.¹⁷

En Francia, el apoyo gubernamental al parto domiciliario es completo en tanto que se considera dentro de la atención a la maternidad y se reembolsa completamente. Los partos a domicilio pueden ser atendidos por un médico, pero en su mayoría son asistidos por las matronas.¹⁷

En Holanda se promueve el parto domiciliario para mujeres de bajo riesgo sin limitar la libertad de elección. El parto en casa está cubierto por la sanidad pública, la cual subcontrata a los pequeños grupos locales de comadronas y lo cubre todo. En Holanda el 28% de los partos son domiciliarios, y el 9% escoge parir en una habitación alquilada por una comadrona. El resto de los partos son en centros hospitalarios.¹⁸

En la actualidad, en Italia, faltan estadísticas que indiquen con exactitud la situación del parto domiciliario. Tampoco hay instrumentos legales a nivel nacional que definan las condiciones del mismo. Por otro lado algunas regiones si tienen instrumentos legales propios y han reconocido con leyes específicas la posibilidad del reembolso del parto domiciliario. Algunos hospitales y aseguradoras incluyen en su cartera de servicios el parto a domicilio al cargo siempre de matronas. El porcentaje de partos en el domicilio no fue homogéneo en todas las regiones, variando entre 0,02 % y 0,50 %. Entre las regiones con un porcentaje superior de partos en la propia casa están aquellas que disponen de una legislación que regula el reembolso de la atención al parto en el domicilio.¹⁷

En Reino Unido se ofrece a los padres la elección libre del lugar del parto. En el Sistema Sanitario Público están incluidos tanto partos domiciliarios como hospitalarios o en centros de nacimiento. Los partos domiciliarios en Reino Unido oscilan entre el 2%-3%. En las zonas donde se ofrece el parto domiciliario está todo incluido en la sanidad pública. El gobierno está

promoviendo el parto en casa. Según datos, un 3% de los partos son en el hogar, aunque en algunas regiones son menos del 1% y en otras llegan al 16%.¹⁸

La tasa media de partos domiciliarios en Escocia es baja a pesar de que los estándares para servicios de maternidad publicados por el Servicio Nacional de Salud en Escocia en 2005 constataban que la mujer puede tener información suficiente para hacer una elección informada sobre el lugar donde dar a luz a su hijo.¹⁷

Gales tiene la tasa media de partos domiciliarios más alta del Reino Unido: 2,10 % en 2003 y 3,06 % en 2004. Hay variabilidad en los diferentes condados. La Asamblea Gubernamental Galesa marcó como objetivo para 2007 conseguir el 10 % de partos domiciliarios.¹⁷

En Inglaterra, las tasas medias de 2003 y 2004 han sido de 2,18 % y 2,25 % de partos domiciliarios sobre el total de partos respectivamente.¹⁷

En Irlanda del Norte se dan las tasas más bajas de partos domiciliarios, siendo el porcentaje de partos domiciliarios de 0,34 % en 2003 y de 0,38 % en 2004.¹⁷

En Dinamarca se ofrece la libertad de elección del lugar del parto. La sanidad pública incluye el parto domiciliario pero no lo promueve. Del total de partos en Dinamarca, el 1% de los partos son domiciliarios pero en cambio, en la isla de Houd este porcentaje asciende al 90%.¹⁸

La atención al parto en España es casi exclusivamente hospitalaria. No se han encontrado experiencias de hospitales públicos o privados que ofrezcan servicios de atención al parto en el domicilio. Tampoco existen aseguradoras que ofrezcan cobertura al parto domiciliario y apenas hay centros extrahospitalarios específicos. La asistencia al parto en Atención primaria sólo se contempla en caso de urgencia.¹⁷

En España, el número de partos anuales se ha incrementado paulatinamente en los últimos años; de 372.749 durante 1997 a 459.751 en 2004.²⁰ Actualmente este número ha descendido presentando 419.209 partos totales en 2014 (tabla 1).²¹ De esos 419.209 partos, 1.187 fueron atendidos en el domicilio por personal sanitario, en cambio, 365.285 partos fueron atendidos por personal sanitario en centros sanitarios (tabla 2).²²

Partos ocurridos en España en el año 2014 por tipo de parto y maduridad.

Tabla 1: Partos en España por tipo de parto y maduridad. Año 2014.

	Parto natural		Parto por cesárea	
	A término	Prematuros	A término	Prematuros
Todas las edades	293270	15765	97947	12227

Fuente: INE

Partos ocurridos en España por, maduridad, normalidad del parto y asistencia sanitaria.

Tabla 2: Partos en España por maduridad, normalidad del parto y asistencia sanitaria. Año 2014

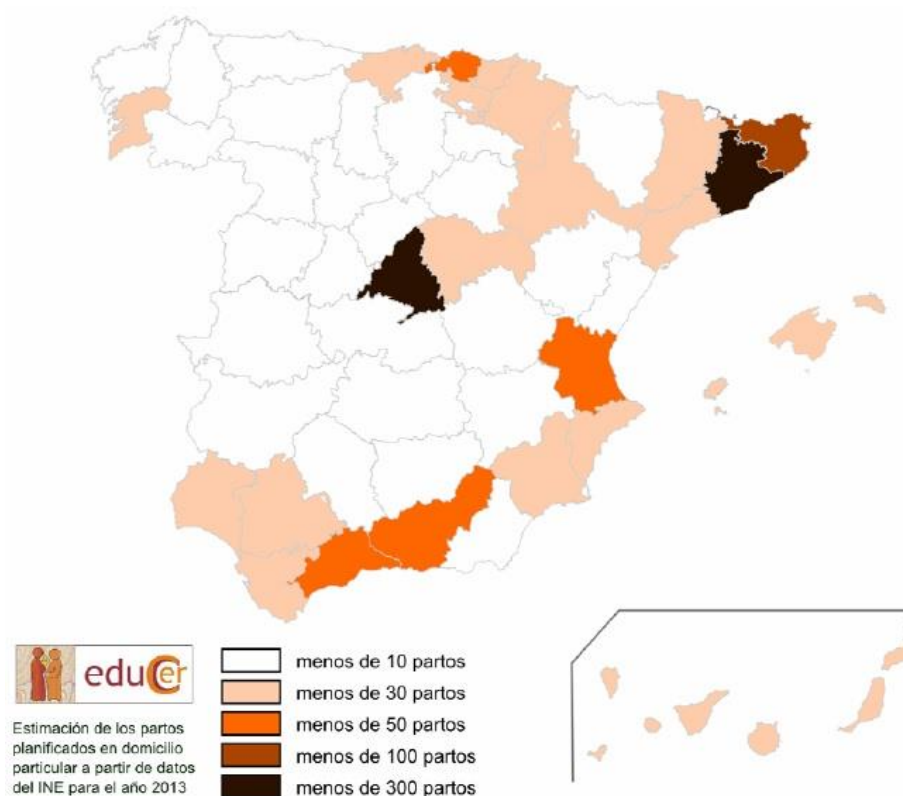
Total		
	A término	Prematuros
	total	total
En parto normal		
Asistido por personal sanitario en el domicilio	1142	45
Asistido por personal sanitario en centro sanitario	344491	20794
No asistido por personal sanitario en el domicilio	206	18
No asistido por personal sanitario en otro lugar	41	10
En parto distócico		
Asistido por personal sanitario en el domicilio	..	..
Asistido por personal sanitario en centro sanitario	44931	7092
No asistido por personal sanitario en el domicilio	..	..
No asistido por personal sanitario en otro lugar	..	..

Fuente: INE

A continuación se puede ver la incidencia del parto planificado en casa por provincias en España en el año 2013 (Figura 2).²³

Mapa del parto en casa en España.

Figura 2: Mapa de incidencia del parto planificado en casa por provincias en el año 2013.



Fuente: EducER.

En términos económicos, varios informes afirman que la opción más cara en la asistencia a partos de bajo riesgo es el parto hospitalario. En España, el coste de un parto normal hospitalario está por encima de los 1.600 €. En caso de cesárea el precio asciende por encima de los 3.000 €, según datos de las facturas informativas sanitarias promovidas en los departamentos de sanidad de varias comunidades autónomas.²⁴

Los precios de la atención al parto domiciliario están en torno a los 1.800 € (incluyendo las visitas previas, la guardia desde la semana 37, atención obstétrica en el parto y atención posparto). En los partos de bajo riesgo planificados en casa la tasa de cesáreas es cuatro veces menor que la del mismo tipo de partos en el hospital.²⁴

3. JUSTIFICACIÓN

La elaboración y realización de este trabajo nace ante la fuerte presión social del cambio conceptual que se está produciendo en nuestro país tanto en la asistencia obstétrica como en la asistencia al proceso del parto en particular. En los últimos años, desde distintas instancias, se ha venido cuestionando el intervencionismo en los partos sin complicaciones, lo cual ha hecho que el nacimiento sea un proceso bastante seguro y eficaz.²⁵ Los principales documentos están basados en la alta medicalización del parto, suponiendo así un cambio de concepto, tratando al parto como un proceso patológico y no como lo que realmente es, un acontecimiento natural. Dichos documentos reflejan la necesidad de permitir que la gestante sea libre para elegir el sitio del parto así como para experimentar el nacimiento de sus hijos a su manera.¹²

Los servicios sanitarios se han ido dotando con medios cada vez más tecnológicos, lo que permite garantizar una adecuada asistencia al parto, en particular a los casos de riesgo que presentan o pueden presentar complicaciones. Pero también la atención al parto normal se ha visto afectada por una medicalización creciente de lo que en el fondo no es más que un proceso fisiológico.¹²

Los servicios de salud en la actualidad conocen la importancia del equilibrio resultante de una mayor participación y opinión de las mujeres.¹⁹ Hoy en día se busca la atención al parto basada en los principios de humanización teniendo en cuenta aspectos biopsicosociales de la madre, permitir el apoyo emocional de su familia durante el proceso así como proporcionar a la gestante comodidad y bienestar.²⁰

En estos momentos nos encontramos ante una situación de gran variabilidad en la atención al parto normal y un debate público desde los distintos enfoques. Cada vez más las organizaciones de mujeres reivindican el derecho a parir con respeto a la intimidad, participando en las decisiones, y en las mejores condiciones para ellas y las criaturas.

4. OBJETIVOS

4.1. General

- Conocer los riesgos/beneficios del parto en casa

4.2. Específicos

- Establecer características sociodemográficas, reproductivas, educativas y económicas de las mujeres que eligen el parto en casa.
- Determinar los motivos por los que las mujeres eligen parir en el domicilio.
- Conocer las complicaciones maternas y perinatales que lleva parir en casa.

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de estudio

Se realiza una revisión bibliográfica narrativa que se ha llevado a cabo en diferentes bases de datos teniendo en cuenta una serie de criterios de inclusión y exclusión.

Se han consultado las bases de datos Cuiden, Pubmed, Scielo y google académico.

La recopilación de los datos fue llevada a cabo desde noviembre del año 2015 a febrero del 2016, para identificar los estudios que pudieran ser válidos para esta revisión.

5.2. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión utilizados para la realización del siguiente trabajo, han sido:

Criterio 1: Restricción de tiempo; artículos publicados en los últimos 10 años (intervalos desde 2006-2016).

Criterio 2: Artículos que por su relevancia e importancia sean anteriores al año 2006.

Criterio 3: Artículos en los siguientes idiomas: español, inglés, portugués.

Criterio 4: Artículos disponibles a texto completo (online o en formato papel) de forma gratuita.

5.3. Documentos obtenidos tras la búsqueda bibliográfica

La primera selección de documentos fue de lectura selectiva del título y resumen para así discriminar el gran número de documentos existentes. A continuación, se muestra las cadenas de búsqueda utilizadas en las distintas bases de datos y los resultados obtenidos.

CUIDEN					
Cadena de búsqueda	Total documentos	Texto completo y libre	Últimos 10 años	Revisados	Elegidos
Parto domiciliario	50	44	40	18	3
Parto casa	294	175	170	38	3

Fuente: Elaboración propia

PUBMED					
Cadena de búsqueda	Total documentos	Texto completo y libre	Últimos 10 años	Revisados	Elegidos
Natural Childbirth	2743	87	87	8	0
Non-hospital births	16	4	4	4	1
Planned home birth	366	71	47	22	8

Fuente: Elaboración propia

SCIELO					
Cadena de búsqueda	Total documentos	Texto completo y libre	Últimos 10 años	Revisados	Elegidos
Parto domiciliario	22	22	19	8	2
Parto en casa	55	55	42	7	2

Fuente: Elaboración propia

GOOGLE ACADÉMICO					
Cadena de búsqueda	Total documentos	Texto completo y libre	Últimos 10 años	Revisados	Elegidos
Parto domiciliario	4390	No consta	3250	27	2

Fuente: Elaboración propia

5.4. Diagrama de flujo de las bases de datos



Fuente: Elaboración propia

6. RESULTADOS

Nombre del estudio	Autor	Año	Ámbito de estudio	Tipo de estudio	Nº de sujetos	Resultados	Conclusiones
Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas ²⁶	Feyer I, Monticelli M, Knobel R. (2013)	2010-2011	Brasil	Estudio descriptivo, cuantitativo exploratorio	n = 50 (mujeres y hombres)	La mayoría de las parejas son adultos jóvenes, tienen educación universitaria, pertenecen a grupos económicos de clase media, están casados (52%) y viven en su propia casa (60%). La mayoría de las mujeres (68%) no habían tenido nunca un nacimiento en casa.	Las parejas que optan por parto domiciliario tienen educación universitaria en su mayoría y buscan profesionales cualificados para la asistencia al parto. El domicilio para ellos es más seguro y conveniente para la entrega. Gran parte de las parejas tienen una relación estable lo cual fortalece la decisión.
Parir en casa, una realidad. Experiencia 1986-2006 ²⁷	García Carabantes A. (2006)	1986-2006	España	Estudio transversal	n = 295 (partos)	La edad media de las mujeres era de 29,66 años. La mayoría de las gestantes eran primíparas (52,2%). En cuanto a la situación laboral destacan las mujeres que trabajan en la sanidad (21,3%). La edad gestacional al inicio del parto más frecuente fue de 40 semanas (32,5%). La posición de parto más frecuente fue tumbada (23,5%). El 55,25% de las mujeres mantenían el periné íntegro.	Los partos en el domicilio no sugieren un aumento de riesgo siempre y cuando sean embarazos de bajo riesgo. Una buena coordinación con los hospitales de referencia aporta seguridad a la madre, al bebé y al resto de la familia.

Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529.688 low-risk planned home and hospital births ²⁸	de Jonge A, van der Goes B, Ravelli A, Amelink-Verburg M, Mol B, Nijhuis J, et al (2009)	2000-2006	Países Bajos	Estudio de cohortes	n = 529.688 (mujeres)	El 60,7% de los partos ocurrieron en el domicilio. Las mujeres que tenían previsto dar a luz en casa eran más propensas a tener 25 años (74%), condición socioeconómica media (53,5%), multíparas (59,1%) y dar a luz entre la 38 y 40 semanas de gestación (74,1%). Factores como la primiparidad y edad materna mayor de 35 años se asociaron con mayores tasas de resultados perinatales adversos (muerte durante el parto, muerte neonatal en las primeras 24 horas o en los primeros 7 días e ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales).	El parto planificado en casa de mujeres de bajo riesgo no está asociado con un mayor riesgo de mortalidad o morbilidad perinatal severa o ingresos del recién nacido en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). No se han encontrado diferencias significativa entre el parto en casa planeado y parto en el hospital planeado.
Parto domiciliar planeado: resultados maternos e neonatais ²⁹	Colacioppo P, Koiffman M, Riesco M, Schneck C, Osava R. (2010)	2005-2009	Brasil	Estudio descriptivo	n = 70 (partos)	La mayoría de las mujeres eran mayores de 30 años (61,4%), con una educación superior (71,4%), tenían pareja (97,1%) y empleo remunerado (64,3%). Más de la mitad eran nulíparas (54,3%). La edad gestacional más frecuente era de 41 semanas (21,4%). Hubo más incidencia de partos normales (92,9%). La posición de parto más frecuente fue vertical (63,6%). El 57,5% de las mujeres no presentaron traumas leves en el periné. El 100% de las mujeres no presentaron episiotomía. El 37,5% de las embarazadas necesitaron la administración de oxitocina intravenosa después del parto para promoverla contractibilidad uterina y control del sangrado vaginal. La mayoría de los recién nacido presentaron buena vitalidad al nacer, con un peso medio de entre 3000-3500 g (51,5%). Todos los recién nacidos presentaron una puntuación apgar mayor o igual a 7 en el quinto minuto de vida.	Las características sociodemográficas de la mayoría de las mujeres muestran mayor edad, educación, integración en el mercado laboral y estabilidad matrimonial. La experiencia de las mujeres en los partos anteriores puede influir en su elección del parto en casa. Parece ser que hay una relación entre la elección de parto en casa y el nivel de información El parto en casa planeado aparece como una opción segura y apropiada en los países desarrollados.

Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro ³⁰	Pereira A, Lima T, Schroeter M, Gouveia M, Nascimento S. (2013)	2008-2009	Brasil	Estudio descriptivo, cuantitativo exploratorio	n = 458 (partos)	La mayoría de las mujeres eran jóvenes de entre 15-25 años (66,6%) y de color (56,3%). El 45,5% de estas mujeres habían completado la educación secundaria. Gran parte (67,6%) no llevó a cabo un trabajo remunerado fuera del hogar. 67,6% de las mujeres hizo siete o más consultas prenatales. Predominan las mujeres embarazadas nulíparas (55%). La posición de parto más frecuente fue lateral (39,3%). El resultado materno más frecuente fue laceración perineal de primer grado (63%). El 21,2% de las puérperas presentaron el perineo intacto. El 76,9% de los recién nacidos obtuvo una puntuación de Apgar entre 9-10 en el primer minuto y el 95,4% de los niños a los cinco minutos. Se produjeron 2,8% traslados maternos al hospital cuyo motivo más frecuente fue persistencia de membranas de la placenta (61,54%) y 8,5% traslados de niños al hospital cuyo motivo más frecuente fue la insuficiencia respiratoria (35,90%). No hubo casos de mortalidad materna y neonatal.	La mayoría de los resultados maternos y neonatales revelaron que las prácticas de salud establecidas están basadas en la evidencia científica y son similares a los resultados de la investigación nacional e internacional en centros de parto normal. Los resultados sugieren que las casas de nacimiento pueden hacer contribuciones significativas a la humanización de la atención obstétrica en el Sistema de Salud de Brasil.
---	---	-----------	--------	--	------------------	---	--

Programa “Casa Das Gestantes”: perfil das usuárias e resultados da assistência à saúde materna e perinatal³¹	Pimenta A, Nazareth J, Souza K, Pimenta G. (2012)	2008-2009	Brasil	Estudio descriptivo, transversal, exploratorio	n = 820 (mujeres)	Respecto a la edad materna, el 72,2% de las mujeres eran adultas jóvenes (entre 19-34 años). Más de la mitad (60,7%) de las embarazadas eran multiparas. La edad gestacional más frecuente para dar a luz fue menos de 37 semanas (95,1%). Los principales diagnósticos obstétricos en el ingreso en la “Casa de las mujeres embarazadas” fueron el parto prematuro (62,6%) seguido por causas relaciones con la tensión arterial (20,4%). El tipo de parto más frecuente fue vaginal (53,4%). La cesárea se realizó en el 46,6% de los casos. El 97,2% de los niños presentaron puntuación de Apgar a los 5 minutos mayor o igual a 7. Gran parte de los recién nacidos (80,7%) presentaron un peso al nacer inferior a 2.500 gramos. El 62,8% de los niños fueron ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.	Esta unidad extrahospitalaria refleja resultados favorables tanto maternos como perinatales y demuestra que puede ser una buena estrategia para reducir la mortalidad materna y perinatal. Inversiones en este programa pueden beneficiar tanto a la madre como al hijo reduciendo varios riesgos como pueden ser infecciones hospitalarias, intervenciones innecesarias, ansiedad, entre otros.
--	---	-----------	--------	--	-------------------	---	--

Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study ³²	de Jonge A, Mesman J, Mannien J, Zwart J, van Dillen J, van Roosmalen J. (2013)	2004-2006	Países Bajos	Estudio de cohortes	n = 230.299 (mujeres)	Las mujeres con parto domiciliario planeado, en comparación con las de parto hospitalario, eran más propensas a ser multíparas, de edades comprendidas entre los 25 y los 34 años, parir entre las 41 + 0 y 41 + 6 semanas de gestación, posición socioeconómica más baja y de origen holandés. 141 mujeres que planearon parto en casa presentaron morbilidad materna aguda grave en comparación con 147 mujeres que planearon parto hospitalario. El resultado materno adverso más común fue la hemorragia postparto presentado en 2.699 mujeres que planearon parto domiciliario y 2172 mujeres que planearon parto hospitalario. Los resultados maternos adversos fueron menos comunes en los nacimientos planificados en el domicilio en comparación con los nacimientos programados en el hospital. En el hospital aumenta el riesgo de morbilidad materna severa aguda, hemorragia postparto y extracción manual de la placenta.	Este estudio mostró un menor riesgo de morbilidad materna severa aguda, hemorragia postparto y extracción manual de la placenta en las mujeres de bajo riesgo en la atención primaria en el inicio del parto con el domicilio en comparación con los partos hospitalarios. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas en las mujeres multíparas. No se encontraron pruebas de que el parto domiciliario programado conlleve a un mayor riesgo de resultados adversos maternos graves siempre y cuando las parteras estén bien entrenadas y exista un buen sistema de referencia y transporte.
--	--	------------------	---------------------	----------------------------	------------------------------	--	--

Perinatal and maternal outcomes in planned home and obstetric unit births in women at “higher risk” of complications: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study ³³	Li Y, Townend J, Rowe R, Brocklehurst P, Knight M, Linsell L, et al. (2015)	2008-2010	Inglaterra	Estudio de cohortes prospectivo	n = 8180 (mujeres)	81,80% de las mujeres de “mayor riesgo” planificaron parto en el domicilio frente a 18,20% que planearon parto en una unidad obstétrica. Las mujeres que planean parto en el hogar son más propensas a ser mayores, de piel blanca, casadas o viviendo en pareja, viven en zonas menos desfavorecidas, multíparas y dar a luz a 42 semanas o más de gestación. En mujeres nulíparas, el embarazo prologando es más frecuente en las mujeres que planean parto en el hogar y la preeclampsia y la hipertensión inducida por el embarazo en mujeres que planean el parto en la unidad obstétrica. Las complicaciones al inicio de la atención al parto fueron mayores en la unidad obstétrica tanto en nulíparas como en multíparas (en nulíparas 38,4% frente a 13% y en multíparas 22,6% frente a 8,7%) en comparación con los partos planeados en el domicilio. En embarazadas de “alto riesgo” el parto en casa se asoció con una disminución significativa del riesgo de morbilidad y mortalidad relacionada con el parto o el ingreso neonatal dentro de las 48 horas en comparación con las unidades obstétricas por lo que en estas unidades existe mayor riesgo de ingreso en las unidades neonatales. La proporción de nacimientos con un resultado perinatal adverso (muerte fetal después del inicio de la atención durante el parto, muerte neonatal precoz, encefalopatía neonatal, síndrome de aspiración de meconio, lesión del plexo braquial, fractura de húmero o clavícula), tanto en mujeres primíparas y multíparas, fue mayor en los nacimientos planificados en el hogar pero el riesgo de ingresos neonatales dentro de las 48 horas son menores en los nacimientos planificados en el domicilio. Parto planificado en el hogar se asoció con un riesgo menor de intervenciones durante el parto y resultados maternos adversos, así como mayor probabilidad de parto vaginal.	Los recién nacidos de mujeres de “alto riesgo” que han planificado parto en el domicilio tienen más riesgo de un resultado perinatal adverso durante el parto o de ingreso en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) más de 48 horas en comparación con las mujeres de “bajo riesgo” que planean parto en el hogar. Para mujeres de alto riesgo es más seguro planificar el nacimiento en unidades obstétricas aunque sus bebés en estas unidades son más propensos a ser ingresados en la UCIN por más de 48 horas. En el parto domiciliario se reducen las tasas de intervenciones obstétricas.
--	--	------------------	-------------------	--	---------------------------	--	---

Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study ³⁴	Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, et al. (2011)	2008-2010	Inglaterra	Estudio de cohortes prospectivo	n = 57.000 (mujeres)	29,82% de los partos sucedieron en el domicilio frente a 52,53% que ocurrieron en el hospital. Las mujeres de este estudio eran embarazadas de bajo riesgo y eran más propensas a ser mayores, de piel blanca, con conocimiento fluido del inglés y vivienda en una zona más favorecida socioeconómicamente. Las tasas de traslado al hospital eran más altas en mujeres nulíparas. Las probabilidades de morbilidad neonatal y/o mortalidad perinatal durante el parto eran mayor en mujeres primíparas que planean parto en el hogar. Las mujeres primíparas presentaban más riesgo de resultados perinatales adversos. La mayor proporción de partos normales se dio en el parto planificado en el domicilio, así como en el hogar era menos común el parto instrumental. En lo referente a los resultados materno, no hubo relación con el lugar previsto de nacimiento. La probabilidad de amamantar al recién nacido son mayores en el parto en casa planeado.	Los resultados perinatales adversos son poco frecuentes en todos los ámbitos. En el parto en el domicilio existe menos probabilidad de intervenciones durante el parto. Las mujeres primíparas que planean parto en el hogar presentan mayor riesgo de resultado perinatal adverso. Una proporción importante de nulíparas que planean parto en el domicilio son trasladadas a una unidad obstétrica.
Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician ³⁵	Janssen P, Saxell L, Page L, Klein M, Liston R, Lee S. (2009)	2000-2004	Canadá	Estudio de cohortes	n = 12.972 (partos)	De las mujeres que tenían planificado dar a luz en el hogar, 78,8% mujeres lo hicieron frente a un 96,9% que dieron a luz en el hospital. Las mujeres que planificaron parto en casa eran más propensas a ser casadas y multíparas. En el parto planeado en casa el riesgo de resultados maternos era igual o reducido frente a los partos planificados en el hospital. En el parto planeado en el hospital los recién nacidos eran más propensos a ser ingresados. La morbilidad fetal y neonatal era similar o inferior en el parto en casa frente al parto en el hospital. La tasa alta de ingreso de recién nacidos fue mayormente por tratamiento para la hiperbilirrubinemia siendo ésta más probable en el parto en casa.	Este estudio mostró que el parto planificado en casa se asoció con tasas muy bajas de muerte perinatal, de intervenciones obstétricas y de resultados maternos adversos en comparación con los partos planificados en el hospital.

Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes ³⁶	Snowden J, Tilden E, Snyder J, Quigley B, Caughey A, Cheng Y. (2015)	2012-2013	Estados Unidos	Estudio de cohortes retrospectivo	n = 79.727 (mujeres)	El 95,2% de las mujeres planearon dar a luz en el hospital frente a 4,8% que planearon dar a luz en el domicilio. La tasa de mortalidad fetal fue mayor en los partos planeados en el hogar en comparación con el hospital (2,4 muertes frente a 1,4 muertes por cada 1000 partos). Igual pasa con la tasa de mortalidad perinatal que fue mayor en los partos planeados en el domicilio en comparación con el hospital (3,9 muertes frente a 1,8 muertes por cada 1000 partos) y con la tasa de mortalidad neonatal (1,6 muertes en el parto en casa planeado frente a 0,6 muertes en el parto en el hospital por cada 1000 partos). Tanto en la mortalidad fetal, como en la perinatal y la neonatal, los resultados entre ambos ámbitos (hogar y hospital) no difirieron significativamente. En cuanto a los resultados maternos, en los partos planificados en el domicilio disminuye la probabilidad de ingresos de UCI, parto inducido y parto por cesárea y aumenta la probabilidad de parto vaginal sin ayuda y de transfusiones sanguíneas maternas.	La mortalidad perinatal fue más alta con los partos en el hogar planeados en comparación con los partos planificados en el hospital, pero el riesgo absoluto de muerte fue bajo en ambos ámbitos.
---	--	-----------	----------------	-----------------------------------	----------------------	--	---

The influence of preferred place of birth on the course of pregnancy and labor among healthy nulliparous women: a prospective cohort study ³⁷	van Haaren-ten Haken T, Hendrix M, Smits L, Nieuwenhuijze M, Severens J, de Vries R, et al. (2015)	2007-2011	Países Bajos	Estudio de cohortes prospectivo	n = 576 (mujeres)	39,24% de los partos tuvieron lugar en el domicilio asistidos por una comadrona frente a 29,17% de los partos asistidos en el hospital por una comadrona y 31,60% asistidos por un obstetra en el hospital. Las mujeres que prefieren parto en el domicilio tenían menor número de indicaciones médicas diagnosticadas durante el embarazo (23,9%), seguido por el grupo de mujeres que prefieren parto en el hospital asistido por comadronas (32,1%) y por el grupo de mujeres que eligen parto en el hospital asistido por el obstetra (43,4%). El diagnóstico más frecuente fue trastorno hipertensivo. Tanto los partos planificados en el domicilio (10,6%) como los partos en el hospital asistido por una comadrona (10,7%) presentaron tasas más bajas de inducción al parto en comparación con los partos en el hospital asistidos por el obstetra (22,5%). Las tasas más bajas de cesárea programada se asocia con los partos en el hogar. Las tasas de intervenciones maternas son más bajas en los partos en casa en comparación con los partos en el hospital. Los desgarros perineales son menos frecuentes en el parto en el hospital asistido por obstetra (17,3%). La analgesia (epidural) es más frecuente en los parto en el hospital asistido por obstetra. La tasa más alta de episiotomía se produce en los partos ocurridos en el hospital asistido por obstetra (68,3%) seguido de los partos en casa (56,3%).	Las mujeres primíparas que prefieren parto en el domicilio eran menos propensas a ser diagnosticadas con una indicación médica durante el embarazo. Las embarazadas que prefieren que el parto sea asistido por comadronas (tanto en casa como en el hospital) presentan tasas más bajas de intervenciones maternas durante el parto.
--	---	------------------	---------------------	--	--------------------------	---	---

Correlates of perinatal outcomes in non-hospital births in the context of weak health system: the Nigerian experience ³⁸	Nkwo P, Lawani L, Ezugwu E, Iyoke C, Ubesie A, Onoh R. (2014)	2008	Nigeria	Estudio transversal	n = 32,394 (nacimientos)	El 79,7% de los partos ocurrían en el hogar frente a 20,3% en el hospital cuya tasa de mortalidad perinatal fue de 36 por cada 1000 nacidos vivos en casa y de 46 por cada 1000 nacidos vivos en el hospital. Las tasas de mortalidad perinatal eran mayores en las áreas rurales (37/1000), con índice de riqueza pobre (47/1000), entre mujeres de grupo de edad de 15-19 años, en primíparas (39/1000), si han tenido experiencia de mortalidad perinatal anterior (79/1000), si el lugar de entrega ha sido en la salud pública (78/1000), si el parto es múltiple (121/1000), con intervalo entre nacimientos de menos de 18 meses (73/1000) y si el tamaño de peso al nacer es pequeño (75/1000).	Los factores que contribuyen a la muerte perinatal en nacimientos en el domicilio son el embarazo en la adolescencia, el embarazo en un intervalo corto, gestaciones múltiples, muertes perinatales anteriores y tamaño pequeño al nacer.
Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional ³⁹	Méndez-González R, Cervera-Montejano M. (2002)	1989-1990	México	Estudio transversal	n = 205 (partos)	50,73% de los partos ocurrieron en el sistema tradicional (domicilio). Las características de las mujeres que decidieron parir en el domicilio fueron origen rural, analfabeta o con educación primaria incompleta e ingresos familiares menores a un salario mínimo. En el sistema hospitalario se presentó un número significativamente mayor de complicaciones maternas (22,8%) que en el sistema tradicional (10,6%). La complicación materna más frecuente en el sistema hospitalario fue el desgarro perineal (9,9%) al igual que en el sistema tradicional (5,8%). Las complicaciones neonatales fueron mayores en el sistema tradicional (9,6%) que en el sistema hospitalario (1%). La complicación neonatal más frecuente en el sistema tradicional fue la conjuntivitis neonatal (6,7%).	En los dos sistemas (hospitalario y tradicional) existe riesgo de complicaciones maternas y neonatales.

The father's decision making in home birth ⁴⁰	Martínez Mollá T, Solano Ruiz C, Siles González J, Sánchez Peralvo M, Méndez Pérez G. (2015)	2010-2012	España	Estudio cuantitativo de corte etnográfico	n = 22 (mujeres y hombres)	Los factores que influyen en la elección del parto domiciliario son: -Experiencias vividas en partos anteriores. -Embarazo desarrollado con total normalidad. -Experiencia positiva de partos domiciliarios de otras parejas. -Apoyo del profesional que va a asistir el parto. La mayoría de los participantes varones apoyaron desde el primer momento la decisión de su mujer. La mayoría de las mujeres participantes se sintieron apoyadas por su pareja desde el primer momento.	Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la importancia del rol desarrollado por el padre en la decisión de realizar el parto domiciliario. Este proceso está influenciado por importantes factores como son las creencias y los valores de la pareja acerca del sistema sanitario actual y la necesidad de buscar un lugar más apropiado y seguro para el nacimiento de su hijo. Participan activamente en el proceso obstétrico debatiendo y apoyando la decisión de la mujer.
The experience and perception on the home birth in the voice of women ⁴¹	Soares de Rezende L, Hercy Alves V, Ferreira Lessa H, Condé Andrade DM. (2012)	2012	Brasil	Estudio descriptivo, cuantitativo exploratorio	n = 30 (mujeres)	Las mujeres eligen parir en el domicilio debido: -Aumento de la medicalización del parto en el ambiente hospitalario. -Búsqueda de mayor autonomía, quiere ser la protagonista de su entrega junto a su bebé. Esta autonomía está limitada en las instituciones hospitalarias debido a los protocolos y normas. -Deseo de dar a luz en un ambiente tranquilo, acogedor y privado. -Estar activa durante el proceso del parto, deseos de ser respetada y de ser acompañada por sus familiares.	Las mujeres buscan cada vez más su autonomía y libertad en el momento del nacimiento de su hijo. Estas mujeres desean un parto natural sin intervenciones innecesarias, no quieren someterse a una cesárea sin indicación real. La mujer que quiere tener un parto natural se enfrenta a varios obstáculos como son encontrar a un profesional de la salud que asista el parto de forma natural respetando su elección y encontrar un entorno más acogedor para el nacimiento. En el parto en el ambiente hospitalario prevalece la impersonalidad y la medicalización de la asistencia a la mujer y a su hijo.

Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional ⁴²	Laza Vázquez C. (2015)	2008-2013	África (Nigeria, Etiopia, Burkina faso, Malawi Liberia y Tanzania) y Asia (Indonesia, Malasia y Filipinas)	Estudio de corte cualitativo	n = 11 (investigaciones)	Las razones por las que las embarazadas eligen dar a luz en el hogar son: -Barreras económicas para la atención hospitalaria (gastos económicos, distancia, transporte,...). -Confían en la partera tradicional. -Percepción de que el parto es un rito natural para las mujeres y por eso debe ocurrir en el hogar. -Presiones sociales generadas por los miembros de la familia basadas en sus experiencias. -Al ser atendidos su parto en el hogar, las mujeres no necesitan de nadie para cuidar de sus otros hijos. -Factores relacionados con los servicios de salud como son el acceso y la calidad de la atención.	Las preferencias de las mujeres estaban determinadas por dos razones: las económicas y las relacionadas directamente con las parteras tradicionales. Está demostrado que la pobreza es un factor importante que influye en la toma de decisiones sobre la utilización de los servicios de salud. La cercanía y la convivencia de las mujeres con la partera tradicional crean lazos que van más allá de la atención al parto. La familia y la comunidad presionan a la mujer para su atención por la partera tradicional. Estos elementos junto con la mala calidad de los servicios hospitalarios, son factores que hacen que la embarazada prefiera la atención al parto por la partera tradicional.
--	------------------------	-----------	--	------------------------------	--------------------------	--	---

Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá D.C. ⁴³	Borda Villegas C. (2001)	1999-2000	Bogotá	Estudio cualitativo	n = 105 (mujeres)	Los factores que condicionan la elección de dar a luz en el hogar son: Aspectos culturales: -Actitud personal con respecto al parto. -Convicción, costumbre, experiencias previas positivas y recomendaciones recibidas. -Aspectos positivos del parto en casa. -Confianza en una partera conocida. -Rechazo a la cesárea. -Trabajo de parto no reconocido. -Desconocimiento del tiempo de gestación. -Intención de involucrar al esposo en el parto. Calidad de los servicios de salud: -Mala atención en los hospitales. -Miedo y desconfianza a los hospitales y a los médicos. -Experiencia previa negativa en hospital. -Mujeres devueltas del hospital por consideración médica. Condiciones socioeconómicas: -Falta de afiliación a la Seguridad Social. -Falta de apoyo y ausencia de redes sociales. -Falta de recursos económicos. -Problemas de transporte para llegar al hospital.	Las dificultades de comunicación entre el profesional sanitario y las embarazadas limitan la solución adecuada de la demanda. La opción de parto domiciliario refleja la necesidad de protagonismo de la madre en la toma de decisiones sobre aspectos que afectan su salud, su vida, su cuerpo y su sexualidad, es decir defiende su autonomía. La discriminación por diferencias culturales y de clase y la falta de respeto a la intimidad constituye una barrera de acceso. Existen barreras de acceso económico para la población de escasos recursos a la hora de acceder al sistema de salud.
--	--------------------------	-----------	--------	---------------------	-------------------	---	---

Experiencing care in the birthing center context: the users' perspective ⁴⁴	Gonçalves R, Aguiar C, Barbosa Merighi M, Pinto de Jesus MC. (2010)	2007	Brasil	Estudio cualitativo	n = 7 (mujeres)	La elección del lugar para dar a luz se basa en: -Experiencias previas vividas por otros o por sí mismos en otras ocasiones. -Rutinas comunes de los modelos médicos de atención al parto y conductas adoptadas por los profesionales siguiendo modelos intervencionistas. -La práctica de los profesionales no siempre es acogedora y respetuosa. -Mobiliario, instalaciones y entorno son componentes importantes. -El hogar es el lugar más ligero y tranquilo en comparación con los hospitales. -Autonomía, individualidad y privacidad son aspectos importantes. Autonomía durante el parto, respetando el derecho de la mujer a participar en el proceso de toma de decisiones.	Las mujeres que optan por el Centro de Maternidad para dar a luz buscan atención humanizada y, durante el proceso del parto, tienen experiencias positivas y negativas. Las mujeres revelaron la necesidad de tener otros profesionales de la salud disponibles durante su trabajo de parto. La asistencia en el parto no es el papel de un profesional en particular sino que debe incluir la participación de otros profesionales con varias competencias. Los hallazgos de este estudio sobre la experiencia de las mujeres sugieren que el modelo de atención al parto debe proporcionar una atención centrada en las necesidades de las mujeres parturientas. Una atención no depende sólo de las rutinas y la estructura física del lugar sino también de una conducta profesional.
---	---	------	--------	---------------------	-----------------	--	--

7. DISCUSIÓN

Características sociodemográficas, educativas, económicas y reproductivas de las mujeres que eligen parto domiciliario.

En relación con las características sociodemográficas, el rango de edad de las mujeres que eligen parir en el domicilio oscila entre los 19 a los 34 años, por lo que son adultas jóvenes.^{26, 27, 28, 29, 30, 31, 32}

En cuanto al nivel de educación de la mujer que elige dar a luz en el domicilio, la mayoría ellas presentan educación secundaria.^{26, 29, 30}

Con respecto al estado civil, la mayoría de las mujeres que eligen parir en el hogar tienen pareja,^{26, 29} aunque un estudio establece que la mayoría de las mujeres son solteras.³⁰

La posición socioeconómica de las embarazadas que eligen parir en casa es media.^{26, 27, 29} Dos artículos coinciden en que son más frecuentes las mujeres con posición socioeconómica baja^{30, 32} y tan sólo un estudio refleja que la situación socioeconómica es alta.²⁸

En referencia a la paridad de la mujer que elige dar a luz en el domicilio existe diferencias entre estudios ya que de 6 artículos que hablan sobre la paridad de la mujer, tres de ellos coinciden en que las mujeres que eligen dar a luz en el hogar son primíparas^{27, 29, 30} y los otros tres reflejan lo contrario, que la mujer múltipara es más frecuente que elija parir en el domicilio.^{28, 31, 32}

En lo que se refiere a la edad gestacional al inicio del parto, la edad gestacional más frecuente es entre 40 y 41 semanas.^{27, 28, 29, 32} Un estudio establece que la edad gestacional al inicio del parto es menor de 37 semanas.³¹

Motivos para la elección de parto domiciliario.

De los estudios encontrados que tratan sobre los motivos por los que las parejas eligen llevar a cabo el nacimiento de su hijo en el domicilio, tres de ellos coinciden en que dicha elección se basa en experiencias de partos previas vividas, ya sea por ellos mismos o por personas de su entorno.^{40, 42, 43, 44} Otros tres documentos reflejan que esta decisión se realiza buscando individualidad, privacidad y una mayor autonomía de la madre, ser ella la protagonista junto con su bebé, así como respetar el derecho de la mujer a participar en el proceso de toma de decisiones.^{41, 43, 44} La mayoría de las mujeres consideran el hogar

como un ambiente tranquilo, acogedor, privado por lo que hace que este sea otro motivo para elegir el domicilio.^{41, 44} Varios artículos coinciden en el rechazo hacia el hospital, quieren escapar del entorno hospitalario debido al aumento de la medicalización en el ambiente hospitalario, las rutinas comunes de los modelos médicos de atención al parto aumentando el intervencionismo y a experiencias previas negativas en el hospital.^{41, 42, 43, 44} Un factor muy influyente en esta decisión es el apoyo por el profesional que va a asistir el parto, respetar la decisión de la madre y la confianza hacia dicha persona, por ser alguien conocido, de su entorno.^{40, 41, 42, 43} El último motivo para la elección son las condiciones socioeconómicas de la pareja ya que existen barreras económicas para la atención hospitalaria como pueden ser los gastos económicos, los problemas de transporte para llegar al hospital, la falta de afiliación a la seguridad social, etc.^{42, 43}

Complicaciones maternas y perinatales que conlleva dar a luz en el hogar.

En cuanto a los resultados maternos, en lo que se refiere al tipo de parto, la probabilidad de parto vaginal es mayor en los nacimientos en el hogar en comparación con el hospital.^{29, 31, 34, 36, 37} Los partos en el ámbito hospitalario presentan tasas más altas de intervenciones obstétricas, así como la probabilidad de parto instrumental, de cesárea y de inducción al parto.^{34, 35, 36, 37} Los estudios coinciden en que tanto en el ámbito hospitalario como en el hogar existe riesgo de resultado materno adverso, pero en lo que difieren es en qué ámbito es mayor el riesgo. Según dos estudios, los partos planificados en el domicilio tienen riesgo similar o reducido en comparación con los partos hospitalarios.^{34, 35} Otro estudio afirma que en el sistema hospitalario se presenta mayor número de complicaciones maternas.³⁹ El riesgo de traumatismos perineales es mayor en los partos en el hospital en comparación con los partos en el hogar ya que en este último ámbito se dan más casos de condiciones del periné intacto.^{29, 34, 35, 39} La tasa de realización de episiotomías es mayor en los partos hospitalarios que en los domiciliarios, es más, en la mayoría de los partos del domicilio no se realiza episiotomía ya que es exclusiva del ámbito hospitalario.^{29, 37, 39} La mayoría de los casos de hemorragia postparto se dan en el ámbito hospitalario así como la necesidad de transfusión sanguínea materna,^{32, 34} aunque un estudio establece que en los partos domiciliarios aumenta la probabilidad de necesidad de transfusión sanguínea materna.³⁶

En relación a los resultados perinatales adversos, la incidencia de este resultado es baja en ambos ámbitos y no existen diferencias significativas de probabilidad de resultado perinatal adverso entre ellos^{28, 34, 36} aunque, dos estudios coinciden en que la tasa de

incidencia de resultados perinatales adversos es mayor en partos domiciliarios en comparación con los partos planificados en el hospital.^{34, 36, 39} Según varios estudios las mujeres primíparas presentan más riesgo de resultados perinatales adversos (muerte durante el parto, muerte neonatal en las primeras 24 horas, muerte neonatal en los primeros 7 días e ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), y este riesgo aumenta si además deciden planificar su parto en el domicilio.^{28, 33, 34, 38} Dos artículos coinciden en que la tasa de incidencia y el riesgo de mortalidad fetal y neonatal son similares tanto en partos planificados en el domicilio como en el hospital^{35, 36} pero uno de ellos indica que aunque no es estadísticamente significativo, en el parto domiciliario el riesgo es reducido en comparación con el parto hospitalario.³⁵ Todo lo contrario expone otro estudio que coincide en que no hay diferencias estadísticamente significativas en ambos ámbitos pero que en el parto domiciliario existe mayor tasa de mortalidad fetal y neonatal.³⁶ Los recién nacidos de las madres que han dado a luz en el hospital son más propensos a ser ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales en comparación con los partos ocurridos en el hogar.^{28, 33, 35} Todos los estudios seleccionados que reflejan la puntuación Apgar en partos domiciliarios coinciden en que casi el 100% de los recién nacidos presentaron una puntuación Apgar mayor o igual a 7 a los cinco minutos de vida.^{29, 30, 31} En relación al peso al nacer de los bebés nacidos en el domicilio, un estudio establece que la mayoría de los recién nacidos presentaron buen peso al nacer,²⁹ y otro indica que la mayoría de los recién nacidos presentaron bajo peso al nacer.³¹

Finalmente, podemos decir que la opinión de que un parto en el hospital es la mejor opción para las mujeres cada vez está siendo más cuestionado aunque no queda claro si es seguro el parto domiciliario planificado para las mujeres ya que no hay suficiente evidencia para sugerir que el parto planeado en el hogar es más o menos seguro que el parto hospitalario programado. La mayoría de los estudios coinciden en que se necesita más investigación sobre la calidad del parto en casa planeado para así dar a las mujeres una mejor información acerca de la elección del lugar del nacimiento.

Esta revisión bibliográfica se ve limitada en cuanto a la información encontrada debido a documentos de interés que no están disponibles a texto completo y de forma gratuita los cuales he tenido que descartar. El idioma ha sido otra limitación ya que he descartado documentos que no estén en español, inglés o portugués. Ha habido documentos importantes que he eliminado porque al revisar el título y resumen no le he encontrado

relación con el tema de esta revisión. Por último, he utilizado una estrategia de búsqueda y una cadena de búsqueda que aunque hayan sido las palabras claves adecuadas es posible que esta estrategia haya dejado fuera algunos documentos importantes.

8. CONCLUSIONES

Tras haber revisados los estudios encontrados, podemos llegar a una serie de conclusiones que ponen respuesta a los objetivos planteados anteriormente:

1. Las mujeres que eligen dar a luz en el domicilio presentan una edad media de 30 años, son adultas jóvenes, tanto primíparas como multíparas. Presentan un nivel de educación superior y condición socioeconómica media. Gran parte de ellas tiene pareja. Por lo tanto no se puede establecer un patrón socioeconómico y cultural tipo en las mujeres que se decantan por un parto domiciliario.
2. Existen varios motivos por los que deciden dar a luz en el hogar, el principal es las experiencias previas negativas de la asistencia al parto en un ambiente hospitalario.
3. La mayoría de los partos ocurridos en el domicilio son vaginales. No existen mayores complicaciones maternas y perinatales en el parto domiciliario ya que en este ámbito se presentan unos parámetros de salud materno-infantil adecuados.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Martins C, Almeida N, de Mattos D. Parto domiciliario planeado: asistido por enfermero obstetra. *Enfermería Global*. 2012;11(27):306-311.
2. Donat Colomer F. *Enfermería maternal y ginecológica*. Barcelona: Masson; 2006.
3. Macías Seda J, Gómez Salgado J. *Enfermería obstétrico-ginecológica*. 1ª ed. Madrid: Enfo Ediciones; 2007.
4. Martínez Galiano JM. *Manual de asistencia al parto*. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
5. Mondragón Castro H. *Obstetricia básica ilustrada*. 6ª ed. México: Trillas; 2012.
6. García C. Prevención de la hemorragia intraparto y calidad asistencial. *Revista de Calidad Asistencial*. 2010 Marzo; 25(04):186-187.
7. Espinoza R. J. Sufrimiento Fetal. *Revista chilena de pediatría*. 1973 Diciembre; 44(06):523-529.
8. Ramos Rincón A, Cruz Utrilla A. Manejo de las circulares de cordón en el expulsivo. *Matronas profesión*. 2015; 16(03):103-107.
9. Hopkins J, Lambrou N, Morse A, Wallach E. *Ginecología y Obstetricia*. 1ª ed.: Marbán; 2005.
10. El parto en casa planificado. El parto es nuestro [Internet]. *Elpartoesnuestro.es*. 2015 [Consultado 15 Enero 2016]. Disponible en: <http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/el-parto-en-casa-planificado>
11. Lembo M. Parto planificado en domicilio en las sociedades modernas. *Revista de Bioética y Socioantropología en Medicina*. 2009 Septiembre; 4(02).

12. FAME. Documento de Consenso Iniciativa Parto normal. 2007 [Consultado 15 Enero 2016]. Disponible en:
<http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>
13. Arroyo M. Doulas.es Qué es una doula [Internet]. Doulas.es. 2015 [Consultado 15 Enero 2016]. Disponible en:
http://doulas.es/documentos/doulases/que_es_una_doula
14. A Adriana. Ser doula... ¿Qué es una doula?. El Parto es Nuestro [Internet]. Elpartoesnuestro.es. 2013 [Consultado 15 Enero 2016]. Disponible en:
<http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2013/12/16/ser-doula-que-es-una-doula>
15. Arroyo M. Doulas.es Doulas en España. [Internet]. Doulas.es. 2015 [Consultado 15 Enero 2016]. Disponible en:
<http://doulas.es/doulas>
16. López G, Jiménez M. Las casas de parto dentro del sistema hospitalario. Matronas profesión. [Internet]. 2009; [Consultado 15 Enero 2016];10(2):12-15. Disponible en:
<http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/10332/173/las-casas-de-parto-dentro-del-sistema-hospitalario>
17. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Consejería de Salud. Parto a domicilio programado. Situación actual en los países desarrollados. Sevilla; 2007 p. 23.
18. Colegio Oficial de Enfermería en Barcelona. Guía de asistencia del parto en casa. 2011 [Consultado 16 Enero 2016]. Disponible en:
<http://www.coib.cat/detall.aspx?tipus=noticia&iddetall=5142>

19. Gonsálvez P. Nosotras parimos, pero ¿dónde?. El País [Internet]. 2014 [Consultado 16 Enero 2016];:2. Disponible en:
http://politica.elpais.com/politica/2014/12/19/actualidad/1419018235_801849.html
20. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. España; 2007 p.91.
21. INE. Partos año 2014. Partos por edad de la madre, tipo de parto y maduridad [Internet]. Ine.es. 2014 [Consultado 16 Enero 2016]. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e301/parto/a2014/10/&file=09006.px&type=pcaxis&L=0>
22. INE. Partos año 2014. Partos según residencia de la madre por Comunidad Autónoma, maduridad, tamaño de los municipios y capital, normalidad del parto y asistencia sanitaria [Internet]. Ine.es. 2014 [Consultado 16 Enero 2016]. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e301/parto/a2014/10/&file=10003.px&type=pcaxis&L=0>
23. Romero Salord F. Observatorio del parto en casa en España. Mapa del parto en casa en España [Internet]. Educuer. 2012 [Consultado 16 Enero 2016]. Disponible en:
<http://educuer.es/observatorio-del-parto-en-casa/>
24. Educuer. Parto en casa y Seguridad Social... valoración económica [Internet]. El Blog del parto en Casa. 2015 [Consultado 16 Enero 2016]. Disponible en:
<http://educuer.es/parto-en-casa-y-seguridad-social-valoracion-economica/>
25. SEGO. Recomendaciones sobre la asistencia al parto [Internet]. SEGO. 2008 [Consultado 16 Enero 2016]. Disponible en:
http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf

26. Feyer I, Monticelli M, Knobel R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. *Esc Anna Nery*. 2013;17(2):298-305.
27. García Carabantes A. Parir en casa, una realidad. Experiencia 1986-2006. *Medicina Naturista*. 2006;(10):592-597.
28. 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 lanned homen and hospital births. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2009;116(9):1177-1184.
29. Colacioppo P, Koiffman M, Riesco M, Schneck C, Osava R. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*. 2010; 3 Serie (nº 2):81-90.
30. Pereira A, Lima T, Schroeter M, Gouveia M, Nascimento S. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery*. 2013;17(1):17-23.
31. Pimenta A, Nazareth J, Souza K, Pimenta G. Programa "Casa Das Gestantes": perfil das usuárias e resultados da assistência à saúde materna e perinatal. *Texto contexto - enferm*. 2012;21(4):912-920.
32. de Jonge A, Mesman J, Mannien 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 Publishing Group Ltd* 2013 13 Junio 2013; 346 [Consultado 16 Enero 2016]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f3263>.
33. Li Y, Townend J, Rowe R, Brocklehurst P, Knight M, Linsell L, et al. Perinatal and maternal outcomes in planned home and obstetric unit births in women at "higher risk" of complications: secondary analysis of the Birthlace national prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2015;122(5):741-753.

34. Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study: BMJ Publishing Group Ltd. 2011 25 Noviembre 2011; 343 [Consultado 16 Enero 2016] Disponible en: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400>
35. 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. Canadian Medical Association Journal. 2009;181(6-7):377-383.
36. Snowden J, Tilden E, Snyder J, Quigley B, Caughey A, Cheng Y. Planned Out of Hospital Birth and Birth Outcomes. The New England Journal of Medicine. 2015; 373(27):2642-2653.
37. van Haaren-ten Haken T, Hendrix M, Smits L, Nieuwenhuijze M, Severens J, de Vries R, et al. The influence of preferred place of birth on the course of pregnancy and labor among healthy nuliparous women: a prospective cohort study. BMC Pregnancy & Childbirth 2015;15(1):33.
38. Nkwo P, Lawani L, Ezugwu E, Iyoke C, Ubesie A, Onoh R. Correlates of poor perinatal outcomes in non-hospital births in the context of weak health system: the Nigerian experience. BMC Pregnancy & Childbirth 2014;14(1)341.
39. Méndez-González R, Cervera-Montejano M. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. Salud pública Méx. 2002; 44(2).
40. Martínez-Mollá T, Solano Ruiz C, Siles González J, Sánchez-Peralvo M, Méndez-Pérez G. The father's decision making in home birth. Investigación y Educación en Enfermería. 2015; 33(3).

41. Soares de Rezende L, Hercy Alves V, Ferreira Lessa H, Condé Andrade DM. The experience and reception on the home birth in the voice of women. *Enfermagem*. 2012 Septiembre; 6(9):2119-2126.
42. Laza Vázquez C. Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015; 41(3):487-496.
43. Borda Villegas C. Factores Condicionantes del Parto Domiciliario en Bogota D.C. *Revista Salud Pública*. 2001; 3(2):154-170.
44. Gonçalves R, Aguiar C, Barbosa Merighi M, Pinto de Jesus MC. Experiencing care in the birthing center context: the users' perspective. *Revista escola enfermagem*. 2011; 45(1):61-68.