



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2016-17)

Trabajo Fin de Grado

**Mujeres embarazadas de bajo riesgo
obstétrico ¿parir en casa o en el
hospital?**

Revisión Sistemática

Alumno/a: Cuenca Carbajo, Lara

Tutor/a: Dr. Jesús María Andrés

Junio, 2017

El camino para llegar hasta aquí ha sido duro en muchos momentos, pero se supera con el apoyo y comprensión de las personas que están a tu alrededor; es por ello que mi agradecimiento es de todo corazón para mis compañeros de trabajo y mis compañeros de clase, por los buenos ratos que me han hecho pasar, todos los profesores de la escuela de enfermería Dr. Dacio Crespo de Palencia, para todas aquellas personas con las que me he cruzado en este periodo de prácticas que han sido maravillosos, de los que tanto he aprendido.

También agradezco a mi tutor de TFG, el Dr. Jesús María Andrés.

Y sobre todo a mi gran familia por su paciencia y por siempre estar ahí.

Muchas gracias.

ÍNDICE

	PÁG
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVOS	9
METODOLOGÍA Y MÉTODOS	9
RESULTADOS	11
DISCUSIÓN	23
REFLEXIONES PERSONALES	32
LIMITACIONES	37
CONCLUSIONES.....	38
BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXOS	44

I. RESUMEN

Antecedentes: Cada vez son más las mujeres que deciden tener un parto en casa, buscando un ambiente más tranquilo, rodeadas de sus familiares, y sin ninguna intervención médica y de la forma más natural posible, como lo hacían sus abuelas.

Metodología: Se ha realizado una revisión sistemática narrativa donde la búsqueda está comprendida desde octubre de 2016 hasta enero de 2017. Para la obtención de los artículos se ha buscado en una serie de bases de datos científicas^{21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29,30} y en diferentes webs y libros acerca del parto planificado en el hogar^{18, 19, 20,25}. Para llevar a cabo la búsqueda, se efectuó la pregunta PICO y se utilizaron los siguiente tesauros, en términos de DeCs (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings), y a su vez combinándolos con el operador booleano AND.

Resultados: De los 17 artículos analizados en esta revisión, se mostrarán las características y resultados a través de una tabla simplificada acerca del parto previsto en el hospital frente al parto planeado en casa en mujeres embarazadas de bajo riesgo obstétrico.

Conclusiones: Sobre la mortalidad neonatal existe un exceso de riesgo en la atención domiciliaria. Hay menor intervencionismo en el parto planificado en el hogar que el previsto en el hospital. Las mujeres que optan por un parto planificado en el hogar, muestran una mayor satisfacción. Los distintos profesionales obstétricos que intervienen en un parto, como son los ginecólogos y médicos de familia deberían adquirir competencias adecuadas para el parto domiciliario.

Palabras clave: parto planificado en el hogar, parto previsto en el hospital, mujeres embarazadas, bajo riesgo obstétrico, recién nacido.

ABSTRACT

Background: More and more women decide to have a home birth, looking for a quieter environment, surrounded by their relatives, and without any medical intervention and in the most natural way possible, as their grandmothers did.

Methodology: A systematic narrative review has been carried out where the search is

from October 2016 to January 2017. To obtain the articles a search has been made in a series of scientific databases ^{21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29,30} and in different websites and books about planned childbirth in the home ^{18, 19, 20,25}. In order to carry out the search, the PICO question was asked and the following thesauri were used in terms of DeCs (Health Sciences Descriptors) and MeSH (Medical Subject Headings), and in combination with the Boolean operator AND.

Results: Of the 17 articles analyzed in this review, the characteristics and results will be shown through a simplified table about the planned hospital delivery versus the planned home birth in pregnant women of low obstetric risk.

Conclusions: On neonatal mortality there is an excess of risk in home care. There is less intervention in planned childbirth in the home than expected in the hospital. Women who opt for a planned birth at home show greater satisfaction. The various obstetric professionals involved in childbirth, such as gynecologists and family physicians, should be given adequate skills to deliver at home.

Keywords: planned childbirth in the home, planned hospital delivery, pregnant women, low obstetric risk, newborn.

II. INTRODUCCIÓN

Me decanté por este tema, porque desde que supe que quería ser enfermera, me llamaba mucho la atención todos los temas relacionados con la ginecología, obstetricia y pediatría. Tras ir estudiando todos estos años y adquirir más conocimientos sobre este tema, me he dado cuenta de que mi gran logro profesional sería convertirme en una gran enfermera, además de matrona, dedicándome el resto de mi carrera profesional al embarazo, parto y puerperio, incluyendo la atención del recién nacido, además de la salud sexual y reproductiva de la mujer.

Una enfermera debe tener los conocimientos, habilidades, aptitudes y aportar los cuidados suficientes, -sin necesidad de estar especializada en este campo-, para aconsejar a futuros padres que se decantan por esta opción, haciéndoles ver que aun siendo un parto de bajo riesgo, en pocos segundos se puede complicar, y que el tiempo corre en su contra. Que el parto previsto en un hospital, aunque no es tan

natural, es más seguro y que poco a poco se están creando lugares dentro de los hospitales que recrean ese ambiente hogareño.

Cada vez son más las mujeres que deciden tener un parto en casa, buscando un ambiente más tranquilo, rodeadas de sus familiares, y lo que es más importante para la mujer, traer al mundo a su bebe sin ninguna intervención médica y de la forma más natural posible, como lo hacían sus abuelas. Pero lo que ellas no saben, es que antiguamente y según demuestran estudios, más del 50% de partos termina con la muerte del recién nacido, de la madre, o en lo peor de los casos con la muerte de los dos.

Actualmente existen una gran variedad de tratamientos para concebir un hijo, de la mano de grandes avances científicos que han cobrado auge en los últimos tiempos, de la misma manera, ha evolucionado la forma de traer un niño al mundo a través del parto, que para las mujeres es uno de los momentos más especiales y memorables de su vida. Entre las técnicas más utilizadas por las madres de la nueva era destacan, el parto vaginal espontáneo, la cesárea, parto vaginal con anestesia, parto en cuclillas y el más reciente, el parto en el agua. Sin embargo esto no fue siempre así.

En tiempos remotos, el estilo de vida rural que llevaban las mujeres las llevaba a parir por sus propios medios, como un acto natural y sin ningún tipo de ayuda o asistencia, ya en la Antigua Grecia cuando era el momento del parto, las mujeres más expertas eran quienes asistían a la madre y recibían el nombre de Maiai, iatromaiai y omfalotomi, lo que significa cortadoras de ombligo. En la biblia también se hace referencia a las matronas. En los pueblos indígenas por su parte, los partos los atendía una Mugana (abuela) que era la mujer más antigua de la tribu.

En el antiguo Egipto, los Aztecas y algunos pueblos del este africano ya la posición que adoptaban las mujeres a la hora del parto, era la de cuclillas. Asimismo se utilizaba la posición en la que la progenitora se sentaba sobre las rodillas de algún ayudante, y este hecho viene a ser un antecedente de lo que se conoce como silla

obstétrica. Si bien dicha silla llegó para sustituir el doloroso proceso que significaba para el asistente hacer de hombre – silla, no pasó mucho tiempo para que esta fuera reemplazada por la posición acostada en la cama.

En la Edad Media, el parto ya era más preparado, cuando se acercaba el momento de dar a luz se preparaba un baño con malvaviscos, violetas, manzanilla y después se untaban con ajónjoli, óleo de almendras dulces y grasa de gallina. A la hora del parto, la madre era atendida por varias comadronas (mujeres que mezclaban conocimientos científicos, religiosos y mágicos), llevaban en las manos tres granos de pimienta y realizaban una oración. Cuando el parto se complicaba ya se aplicaban procedimientos quirúrgicos, de la misma manera si la madre fallecía en el intento por parir, la comadrona abría el cuello de la matriz y sacaba al feto. De esta forma nació el emperador Julio Cesar, y desde allí proviene el nombre de cesárea.

En la civilización occidental, aparece la figura del obstetra para la asistencia del parto, ya era una persona con más conocimientos quirúrgicos y metódicos para llevar a cabo la labor, en esta época ya las mujeres son colocadas acostadas en posición horizontal, en camas cada vez más específicas, con las piernas bien abiertas para que el especialista pueda observar de mejor manera la región genital, y esta es la manera en que hasta nuestros días emplean la mayoría de los centros hospitalarios.

En el presente, el proceso de la maternidad no se basa solo en el parto, ya en esta nueva era existe un control más adecuado del embarazo y una preparación más apropiada para el momento más esperado para una mujer, como lo es el parto. Desde los primeros meses de gestación ya la madre está al tanto de la evolución del bebé, lo que permite que sean poco probables las complicaciones a la hora de sacar al niño del vientre materno. En esta época contemporánea ya es posible realizar intervenciones quirúrgicas durante la gestación, si el especialista determina que es lo mejor para el feliz término del embarazo y la salud del feto.

Asimismo, hoy en día es mucho más fácil para la progenitora, seleccionar de qué manera quiere traer a su hijo al mundo. Si bien, el parto natural es el más común, éste ha introducido alguna innovación, ya que es posible utilizar anestesia y medicamentos para contrarrestar el dolor de las contracciones. Además, con los constantes avances de la ciencia, la madre ya cuenta con un entrenamiento previo; las madres de hoy en día pueden realizar, los meses previos al alumbramiento, ejercicios de preparación al parto y múltiples opciones para armonizar el proceso y que éste resulte lo menos doloroso posible.

Es deseable que el proceso del parto concluya con una madre y un recién nacido sano, y sea un momento especial e íntimo. El parto natural, ha sido propuesto como una opción para mejorar la satisfacción de las mujeres con el proceso del parto. El parto es la culminación del embarazo, el punto final tras una espera de varios meses, que termina con el nacimiento de un nuevo individuo, es el inicio de la vida extrauterina, y es por esto que representa un momento de gran importancia no solo desde el punto de vista médico, sino también psicosocial. Para la mayoría de las culturas se considera este momento como la fecha inicial de la nueva vida del bebé, y siempre ha tenido una gran significación antropológica a nivel social y familiar, siendo clave en el desarrollo del vínculo emocional entre la mamá y el bebé.

El parto natural sería, de acuerdo a páginas de divulgación no científica sobre el tema, una modalidad de nacimiento íntimo, acompañado de la familia y en algunas ocasiones con la participación de doulas; siendo estas últimas mujeres que acompañan y animan a la paciente durante el trabajo de parto para hacerla sentir más contenida y empoderada. Muchas veces se busca que los partos naturales ocurran en recintos no hospitalarios, tales como el domicilio o “casas de parto”, con el fin de evitar intervenciones médicas frecuentemente utilizadas durante el trabajo de parto tales como el uso de anestesia, oxitocina, o la monitorización fetal continua, y que los defensores del parto natural consideran como innecesarias o francamente nocivas (Dietz & Exton, 2016). Quienes defienden el parto natural argumentan que el riesgo de depresión posparto es menor en aquellas mujeres que se someten a esta experiencia (MINSAL, 2008; Dietz & Exton, 2016). Es necesario explicar en qué

consiste un parto natural, o también llamado naturalista^{18, 15}.

Historia del parto natural

Al comienzo de la humanidad, unos 40.000 a.C., se tienen datos que indican que el parto era atendido por el marido; sin embargo, ya en el año 6000 a.C., se empieza considerar la ayuda al nacimiento como un "arte" y algunas mujeres van tomando mayor experiencia que otras, por lo que son requeridas con más frecuencia durante el trabajo de parto. Ése fue el inicio de unos de los oficios más antiguos de la humanidad, el de comadrona, partera o, en griego, obstetrix (palabra de la que deriva obstetricia y obstetra).

La primera descripción de un parto normal fue hecha por Hipócrates (460-377 a.C.), en su libro Naturaleza del Niño. Él consideró que el parto comenzaba cuando el feto tenía hambre y rompía la bolsa de las aguas con movimientos de sus manos y pies. A lo largo de la historia otros grandes médicos y ginecólogos, como Galeno, Mauriceau o Schroeder, también expusieron diferentes teorías de porqué comenzaba el parto. A la fecha de hoy, todavía las causas del inicio del parto son objeto de discusiones científicas.

En cuanto a la asistencia al parto en sí, fueron muy pocos los cambios que ocurrieron a lo largo de los siglos. Las comadronas seguían siendo las únicas verdaderas especialistas que sabían atender correctamente a las mujeres en el parto, además de aliviarles el dolor, aconsejar en su vida sexual o incluso llevar a cabo técnicas abortivas, sus conocimientos y experiencias los enseñaban de generación en generación. Mientras tanto los médicos consideraban que la sangre, heridas y partos no eran trabajos dignos de sus conocimientos; además la mujer en general estaba considerada un ser inferior y las comadronas, por sus conocimientos en hierbas, eran sospechosas habituales de brujería.

Fue en el siglo XVIII cuando los primeros médicos se interesaron por la obstetricia y comenzaron a pasar a la sala donde la mujer paría. Se comenzó a estudiar el parto como una ciencia y pronto se desarrollaron instrumentos como el fórceps y se impuso la posición horizontal de la parturienta. Los nuevos avances, además de los

nuevos conocimientos de la anestesia y la asepsia en el siglo XIX, hicieron que disminuyera el riesgo de muerte en el parto del bebé y de la madre.

Durante el siglo XX, el control de la natalidad, el seguimiento médico durante el embarazo, el registro tocográfico durante el embarazo y técnicas quirúrgicas como la cesárea han hecho que la gran mayoría de los partos se desarrollen felizmente. Sin embargo, al mismo tiempo que se han producido estos avances, el momento del parto ha sufrido un proceso de deshumanización en el que la madre y la familia se han visto privadas de su derecho de intimidad y elección. Fue en esa época cuando diversos doctores (Lamaze, Bradley, Leboyer, etc.) comenzaron a desarrollar métodos que favorecían un desarrollo natural del parto centrándose en la mujer y/o el bebé, evitando medicamentos e intervenciones médicas innecesarias.

Por supuesto, la asistencia medicalizada de los partos y las reivindicaciones de su humanización es algo propio de los países industrializados, ya que la mayor parte de la humanidad sigue atendiendo el parto con una partera y nada más, haciendo que el parto siga siendo una de las causas de muerte más frecuente en los países subdesarrollados.

Corrientes actuales del parto natural

En la actualidad, hay varias calificaciones del parto que, en ocasiones, se confunden entre sí. En un sentido más tradicional, podemos hablar de parto natural como aquel parto que se desarrolla con normalidad a través de la vagina, y que no requiere más asistencia médica, que el control y medicamentos suaves como pueden ser por ejemplo, los analgésicos.

Sin embargo, las nuevas corrientes naturalistas han tendido a diferenciar entre un parto medicalizado, es decir, partos que se desarrollan bajo supervisión y control médico, para intervenir si es necesario (aquí podemos incluir el parto instrumentalizado, parto por cesárea, etc.), y un parto natural, como aquel parto en el que prima la fisiología y la naturalidad del proceso por encima de la técnica médica.

Son muchas las corrientes de pensamiento que defienden este tipo de partos, y hay multitud de variaciones, pero los puntos en común podrían ser:

- Ambiente y entorno apropiado, íntimo y seguro, y apoyo emocional.
- Libertad de expresión, movimiento y postura de la parturienta.
- La parturienta como protagonista del parto.
- Procedimiento natural de abordar el dolor.
- Intimidad y tiempo para recibir y acoger al bebé.

En el ambiente hospitalario, y desde finales del siglo XX, también la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo apoya, se ha abandonado la antigua idea de que "todo parto es complicado hasta que se demuestre lo contrario" y se apuesta por un parto humanizado, como un parto en el que, sin dejar de lado la vigilancia médica y su intervención si es pertinente, se mantiene a la parturienta y a su acompañante en un ambiente relajado y respetando el derecho ético de autonomía¹⁹.

Un parto en el hogar puede ser una experiencia profundamente personal para la mujer, su pareja y su familia. Hasta los últimos años el nacimiento en casa fue el lugar natural del parto. A partir de los años cuarenta se ha producido una tendencia al parto hospitalario sin evidencia de su superioridad, culminado en el informe Peel (Departamento de Salud (DoHD), 1970), que afirmaba que el lugar más seguro para que todas las mujeres dieran a luz era en el hospital. Este enfoque sesgado, ha sido vigorosamente desafiado por muchos y, a la luz de la evidencia positiva, el Departamento de Salud ahora recomienda que todas las mujeres sean informadas de que pueden elegir entre una unidad obstétrica, una unidad dirigida por partera o un parto en el hogar (DoH, 1993, 2004, 2007). Es responsabilidad de la partera proporcionar apoyo y cuidado a la mujer que elige un parto en el hogar, aunque el embarazo de la mujer se considere fuera de los parámetros normales (Consejo de Enfermería y Obstetricia, 2004)²⁵.

II. A. JUSTIFICACIÓN

Decidí realizar una revisión sistemática sobre este tema, porque además de ser un

tema novedoso, en nuestro país el parto planificado en hogar no entra dentro de los estándares habituales a diferencia de otros países como pueden ser los Países Bajos, EEUU o Reino Unido, ya que no está incluido en nuestro sistema nacional de salud. Además no se conocen estudios relevantes realizados en España para poder llegar a conclusiones sobre los conceptos a tratar.

II. B. OBJETIVOS

- Objetivo general:
 - Exponer los beneficios y las desventajas del parto planificado domiciliario frente al parto planificado hospitalario.
- Objetivos específicos:
 - Brindar información acerca del peligro que puede suponer la decisión de realizar un parto planificado en el hogar.
 - Identificar las complicaciones de la madre en el parto planificado en el hogar.
 - Analizar el estado del recién nacido tras el nacimiento en el domicilio.
 - Conocer la satisfacción de la mujer tras dar a luz en el hogar.

III. METODOLOGÍA Y MÉTODOS

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 sistemática narrativa donde la búsqueda está comprendida desde octubre de 2016 hasta enero de 2017.

Para la obtención de los artículos se ha buscado en las siguientes bases de datos científicas: Pubmed²⁶, BioMed Central²⁷, Embase²⁸, Evid-based med²⁹, Trip Database³⁰. Por otra parte, se ha realizado una búsqueda en diferentes webs acerca del parto natural y sobre el parto en casa, las cuales se detallan en el apartado de bibliografía.

Para llevar a cabo la búsqueda, se efectuó la siguiente pregunta: *¿Es arriesgado que las embarazadas de bajo riesgo obstétrico den a luz en casa o en el hospital?* (Tabla 1).

P (población/pacientes)	Mujeres embarazadas de bajo riesgo obstétrico.
I (intervención/indicador)	Parto hospitalario
C (comparación/control)	Parto planificado en el hogar
O (resultado)	Morbimortalidad materna y neonatal, satisfacción y experiencia de las mujeres y conocimientos y experiencias de los diferentes profesionales de obstetricia.

Tabla 1

Una vez enunciada la pregunta PICO, se utilizan los siguiente tesauros, en términos de DeCs (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings), y a su vez combinándolos con el operador booleano AND. (Tabla 2).

DeCs	MeSH
Mujeres embarazadas	Pregnant women
Bajo riesgo obstétrico	Low obstetric risk
Parto	Delivery
Parto hospitalario	Hospital delivery
Parto en casa	Home birth
Beneficioso	Beneficial
Perjudicial	Harmful

Tabla 2

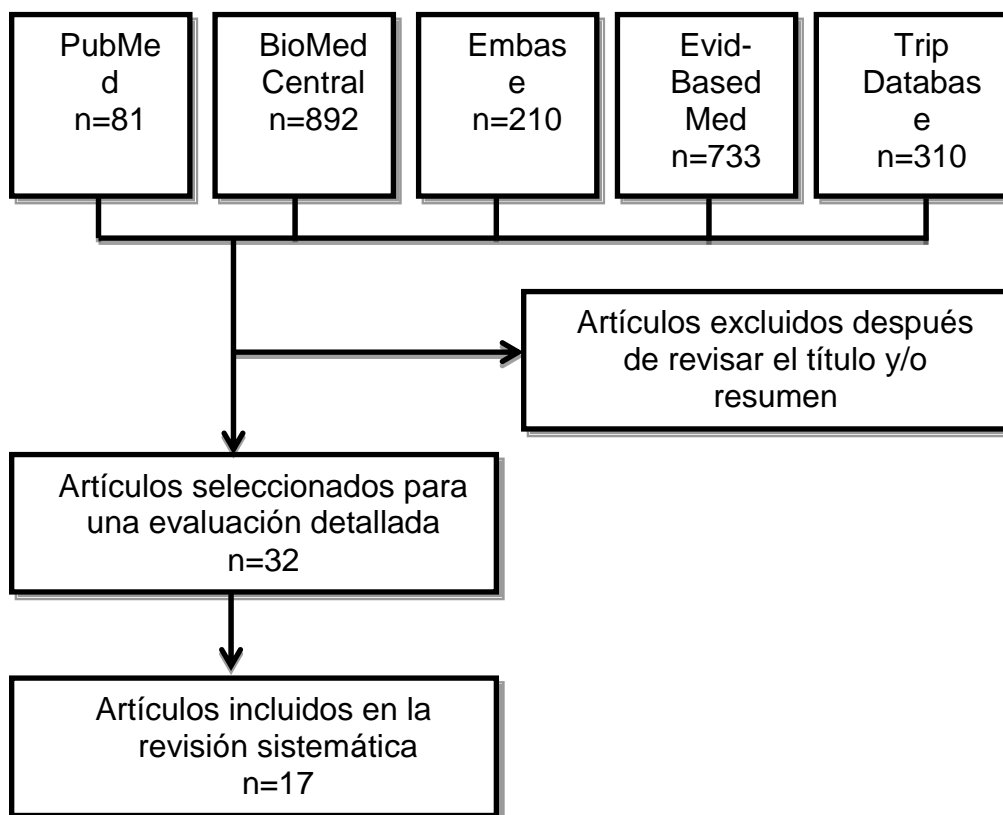
Una vez adquiridos los DeCs y MeSH, se comienza con la búsqueda de los documentos necesarios para la realización de la revisión sistemática.

Para guiar los motores de búsqueda se utilizaron los descriptores junto al operador booleano de intersección “AND”, activando filtros para mostrar artículos de reciente publicación, que se hubieran realizado en los últimos 10 años. Se acotaron los resultados por idioma, desechando los artículos con un idioma diferente al español o al inglés. Sin embargo, no se realizó ninguna acotación por tipo de estudio.

En el proceso de selección, primero se rechazaron aquellos artículos cuyo título no daba respuesta a los objetivos planteados para la revisión y todos aquellos que no cumplieran con los criterios de inclusión.

Después, se continuó con una lectura crítica de los resúmenes, resultados y conclusiones, seleccionando aquellos con la información oportuna para responder a la pregunta PICO planteada. Una vez obtenidos todos los artículos, se llevó a cabo una lectura analítica de todos ellos, con el fin de evaluar la evidencia aportada a través de una plantilla para la valoración de los criterios de calidad en cada tipo de estudio (ver anexo) ³¹. Por último, se consultaron libros y páginas de Internet que guardaban relación con el tema objeto de estudio.

A continuación, se muestra el proceso de selección de estudios, mediante el siguiente diagrama:



IV. RESULTADOS

A continuación, se mostrarán las características y resultados, a través de una tabla simplificada de todos los artículos incluidos en esta revisión, acerca del parto previsto en el hospital frente al parto planeado en casa, en mujeres embarazadas de bajo riesgo obstétrico.

Nº	Tipo de población/autor/año/país	n	E	D	Medida de riesgo	OR			IC 95%			Calidad/comentarios
						H	C	HOG	H	C	HOG	
1	Mujeres embarazadas de bajo riesgo/Joseph R. Wax/2009/EEUU	745.690 partos de los cuales, 733.143 ocurrieron en el hospital , 4.661 en los centros de nacimiento y 7.427 en el hogar .	Parto planificado en el hospital, centros de parto y hogar.	ECR	Morbilidad perinatal por lugar de nacimiento: Medidas de <i>morbilidad materna</i> en esta población de bajo riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Corioamnionitis • Trabajo prolongado • Intolerancia fetal al trabajo • Trabajo precipitado • Tinción de meconio Medidas que se incluyen para el <i>recién nacido</i> : <ul style="list-style-type: none"> • Ventilación asistida • Ventilación asistida > 6 horas • Lesión de nacimiento • Ingreso en UCIN • Convulsiones • Puntuaciones de Apgar de 5 minutos < 7 • Bajo peso al nacer 							4/5 (e); no muestra ni el riesgo ni el IC del parto hospitalario como en los dos otros dos lugares de nacimiento.
						0.02	0.02		0.00-0.13	0.01-0.09		
						2.19	2.81		1.81-2.65	2.46-3.22		
						0.03	0.03		0.01-0.06	0.02-0.05		
						2.20	3.84		1.95-2.48	3.56-4.15		
						0.36	0.48		0.29-0.45	0.41-0.56		
						0.49	0.54		0.41-0.61	0.46-0.63		
						0.36	0.45		0.16-0.79	0.25-0.79		
						1.10	0.89		0.34-3.33	0.33-2.40		
						0.19	0.44		0.12-0.28	0.35-0.54		
						1.89	1.19		0.47-7.66	0.30-4.81		
						0.83	1.92		0.63-1.11	1.63-2.25		
						0.34	0.50		0.24-0.47	0.40-0.62		

Nº	Tipo de población/autor/año/país	n	E	D	Medida de riesgo	OR	IC 95%	Calidad/comentarios		
2	Mujeres embarazadas y Recién Nacidos/Caroline S E Homer/2013/Irlanda, Reino Unido, Dinamarca, Suecia, Noruega, Australia y Canadá	11.795 mujeres embarazadas.	Partos planificados en centros de nacimiento.	RS:10 ECA	Beneficios para las mujeres y bebés que dan a luz en centros de nacimiento.			0/5 (a, b, c, d, e); no hay evidencia suficiente.		
3	Mujeres embarazadas/ Eileen Hutton, /2014/ Países Bajos		Parto planificado en el hospital VS parto planificado en el hogar.	RS/M	Comparar los resultados de mortalidad fetal o neonatal en mujeres que planifican un parto domiciliario VS a mujeres de bajo riesgo que planean un parto en el hospital.			0/0 (a, b, c, d, e); no aporta ningún dato de relevancia para poder determinar conclusiones.		
4	Mujeres de bajo riesgo en atención primaria al inicio del parto/ Jonge A./2014/Países Bajos	146.752 (62.9% planeado en el hogar y 37.1% planeado en el hospital).	Parto planificado en el hogar VS parto planificado en el hospital.	EC	Morbilidad materna aguda grave que incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Ingreso en cuidados intensivos • Eclampsia • Síndrome HELL severo (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, disminución de plaquetas) • Hematoma hepático • Transfusión de > o = 4 unidades de células empaquetadas • Hemorragia postparto > 1000ml • Extracción manual de la placenta • Morbilidad materna severa 	m 0.43	N 0.77	m 0.29-0.63	N 0.56-1.06	1/5 (b, c, d, e); no revela nada acerca de donde el nacimiento fue planeado originalmente o donde ocurrió. Existen limitaciones de registro perinatal.
5	Mujer de bajo riesgo múltipara/MaryAnn/2015 /EEUU		Nacimiento en el hogar.	CC				Comentar en la discusión.		
6	Mujeres embarazadas y neonatos/Martínez Escoriza JC/2016/España		Parto planificación en el hogar.	AC	Morbimortalidad materna y fetal.			Comentar en la discusión.		

Nº	Tipo de población/autor/año/país	n	E	D	Medida de riesgo	OR	IC 95%	Calidad/comentarios
7	Mujeres embarazadas y Recién nacidos /Wax JR/2010/Países occidentales desarrollados	Estudios desde 1950 hasta 1/09/2009 (incluidos 12 artículos). 342.046 partos planificados en el hogar. 207.551 partos hospitalario planificados.	Parto planificado en el hospital VS parto planificado en el hogar.	M	Intervención materna:			4/5 (d); escasez de datos en los estudios originales que impide un estudio más a fondo sobre la mortalidad perinatal y neonatal.
					• Analgesia epidural	0.24	0.22-0.25	
					• Monitorización electrónica del ritmo cardíaco fetal	0.10	0.09-0.10	
					• Episiotomía	0.26	0.24-0.28	
					• Parto vaginal operatorio (fórceps)	0.26	0.24-0.28	
					• Cesárea	0.42	0.39-0.45	
					Los resultados maternos incluyeron:			
					• Mortalidad (no existe OR)	/	/	
					• Medidas de morbilidad de las laceraciones (> o igual de 3 grados, vaginal, y perineal)	0.38 (0.85 vaginal y 0.76 perineal)	0.33-0.45 (0.78-0.93 y 0.72-0.81)	
					• Infecciones (corioamnionitis, endometritis, heridas)	0.27	0.19-0.39	
					• Hemorragia postparto	0.66	0.61-0.71	
					• Retención de placenta	0.65	0.51-0.83	
					• Prolapso de cordón umbilical	0.37	0.11-1.24	
					Puntuación neonatal incluye:			
					• Puntuación de Apgar de 5 minutos < de 7	/	/	
					• Prematuridad	0.72	0.55-0.96	
					• Bajo peso al nacer (<10% para la edad gestacional o <2500 gramos)	0.60	0.50-0.71	
					• Macrosomía (> o igual del 90% para la edad gestacional o > o igual de 4000 gramos)	1.07	0.99-1.16	
					• Postdatismo (> o igual a 42 semanas de gestación)	1.87	1.50-2.32	
					• Necesidad de ventilación asistida	1.12	0.99-1.28	
					• Muerte perinatal (todos y no anómalos)	0.95 0.95	0.77-1.18 0.76-1.18	
					• Muerte neonatal (todos y no anómalos)	1.98 2.87	1.19-3.28 1.32-6.25	

Nº	Tipo de población/autor/año/país	n	E	D	Medida de riesgo	OR	IC 95%	Calidad/comentarios
8	Hogar frente a nacimiento en el hospital/Joseph R.Wax/2010/ EEUU	Desde 1/01/1980 hasta la primera semana de Noviembre de 2009. Se revisan 12 artículos.	Hogar VS Hospital en países desarrollados.	BB	<p><u>Resultados perinatales y maternos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Hemorragia postparto, 2 Inf. (1,2% - 12,0%) Laceraciones obstétricas (perineales, vaginales o de tercer o cuarto grado). 4 Inf (0,6% - 9,6%) 1 Inf reveló similar (4,4% - 5,0%) 2 Est no diferencias LV (1,0% - 17,9%) L>3(0,2% -1,5%) Corioamnionitis/Infección puerperal. (0,3% - 2,5%) <p><u>Resultados neonatales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Tinción del meconio (2,3% -5,8% vs a 4,7% - 7,8%) Ventilación asistida (0.3% -5.5% vs a 0.2% -7.9%) Prematuridad (0,3% vs a 2,0% - 6,0%) Bajo peso al nacer (1,2% -5,6% vs a 2,3% -7,2%) Ingreso en UCIN (0,2% -1,2% vs a 0,2% -2,6%) Lesiones de nacimiento (0,05% - 2,4% vs a 0,06% -7,1%) Puntuaciones de Apgar < 7 (2,4% vs a 1,2%) <4 	<p>%HOG %H</p> <p>2 Inf. (0,8% - 6,6%),</p> <p>4 Inf (3,7% - 11,6%)</p> <p>Igual</p> <p>2 Est no diferencias</p> <p>LV (1,8% - 31,5%) L>3(0,4% -4,6%)</p> <p>(0,7% - 3,4%)</p> <p><7 1.92 <4 2.24</p>	<p><7 1.63-2.25 <4 1.22-4.13</p>	4/5 (e); no realiza un buen análisis de sus resultados.

Inducción al parto (1,5% -9,6% vs a 2,0% -27%)

Monitorización de la frecuencia cardíaca fetal electrónica (9,6% - 14,7% vs a 71,9% -84,3%)

Anestesia regional (7,7% -8,4% vs a 19% -27%)

El nacimiento en el hogar se asocia generalmente con:

✓ menos episiotomías (2,1% -8,3% vs a 5,9% -60,3%)

✓ parto vaginal (1,6% -4,1% vs a 4,6% -26,6%)

✓ y partos por cesárea (1,5% -7,2% vs a 8,1% -19%).

Las transferencias maternas de las mujeres que planean el nacimiento en el hogar intraparto a los hospitales son más frecuentes entre nulíparas (25% - 37%) que entre las múltiparas (3,5% - 8,7%).

Nº	Tipo de población/autor/año/país	n	E	D	Medida de riesgo	OR	IC 95%	Calidad/comentarios
9	Mujeres embarazadas de bajo riesgo y Recién nacidos /Ellen Blix/2012/Noruega	Entre el 1/01/1990 y el 31/12/2007 y una muestra aleatoria de todas las mujeres de bajo riesgo 1631 partos planificados en casa (369 primíparas/126 2 múltiparas) 16.310 mujeres de bajo riesgo con partos hospitalario planificados (6913 primíparas que planean el parto en el hospital y 9397 múltiparas que planean el parto en el hogar).	Comparar los resultados en mujeres que planean y fueron seleccionadas para el parto en hogar con mujeres que planearon un parto hospitalario.	ECR	Resultados primarios o tasas de intervención intraparto y complicaciones: <u>Primíparas:</u> <ul style="list-style-type: none"> Cesárea Parto vaginal asistido Analgesia epidural Distocia Episiotomía Hemorragia postparto Laceraciones de 3º y 4º grado <u>Múltiparas</u> <ul style="list-style-type: none"> Cesárea Parto vaginal asistido Analgesia epidural Distocia Episiotomía Hemorragia postparto Laceraciones de 3º y 4º grado Resultados secundarios o tasas de mortalidad perinatal y neonatal	0.85 0.32 0.21 0.40 1.17 0.73 0.29 0.55 0.26 0.08 0.10 0.48 0.27 0.29 MPHOG 1/1631 MPH 10/16.310 MNHOG 1/1630 MNH 15/16.308	0.52-1.39 0.20-0.48 0.14-0.33 0.27-0.59 0.84-1.63 0.46-1.15 0.01-0.84 0.30-1.01 0.12-0.56 0.04-0.16 0.06-0.17 0.31-0.75 0.17-0.41 0.12-0.70 0-3.4 0-.34 0.3-1.1 0.5-1.5	4/5 (d); el estudio es demasiado pequeño para hacer comparaciones estadísticas de mortalidad perinatal y neonatal.

Nº	Tipo de población/autor/año/país	n	E	D	Medida de riesgo			Calidad/comentarios
10	Obstetras/Jennifer Leone/2016/Ohio, Arizona y Nuevo México.	1175 encuestas a Ohio, de las cuales 322 estaban completas o parcialmente terminadas y 994 Arizona y Nuevo México de las cuales 166 estaban completas desde Febrero hasta Julio del 2013.	Actitudes obstétricas acerca del parto planificado en el hogar.	EE	Media de actitudes y conocimientos en Ohio con las puntuaciones medias de Arizona y Nuevo México. Asociación entre la puntuación de actitudes y los predictores: <ul style="list-style-type: none"> Puntuaciones de conocimiento Edad Género Asistió al nacimiento en casa Conoce a alguien que tuvo un parto en casa Trabajo con la matrona. 	Prueba t Coefficiente de regresión.	P	1/5 (b, c, d, e); la encuesta no ha sido validada para uso con los obstetras. La tasa de respuesta relativamente baja podría reflejar un sesgo de respuesta entre los encuestados. Los 3 Estados utilizados en este estudio podrían no ser representativos de otros estados con leyes similares sobre el nacimiento en el hogar. La falta de asociación entre los predictores y las actitudes pueden deberse a no identificar predictores correctos o al limitado rango de respuestas que limitan nuestra capacidad de demostrar significación estadística. La prueba de conocimiento no fue una medida válida del conocimiento del obstetra sobre el nacimiento planeado en el hogar.
11	Mujeres embarazadas y Recién nacidos/Jonathan M. Swoden/2015/Oregon (EEUU)	79.727 partos cefálicos, (75.923 mujeres planearon en el hospital y 3.203 fuera del hospital, de los cuales 1.968 en casa y 1.235 en un centro) y 601 mujeres planearon salir del parto, pero dieron a luz en el hospital tras la transferencia intraparto.	Parto planificado en el hospital VS hogar y centros de nacimiento.	ECR	Los resultados corresponden al parto planificado en el hospital después de una reclasificación al hospital tras un parto planificado en el hogar. <i>Morbilidad y mortalidad perinatal:</i> <ul style="list-style-type: none"> Muerte fetal Muerte perinatal Muerte neonatal Muerte infantil Puntuación de Apgar de 5 minutos de más de 7 puntos/inferior a 4 puntos Convulsiones neonatales Apoyo ventilatorio Ingreso en la UCIN 	OR	IC 95%	5/5

Nº	Tipo de población/autor/año/país	n	E	D	Medida de riesgo	OR	IC 95%	Calidad/comentarios
					<u>Morbilidad materna:</u> <ul style="list-style-type: none"> Admisiones en una UCI Transfusiones de sangre Laceraciones perianales graves <u>Procedimientos obstétricos:</u> <ul style="list-style-type: none"> Inducción al trabajo del parto Aumento del parto Parto vaginal no asistido Parto vaginal operatorio Parto por cesárea 	1.00 1.91 0.69 0.11 0.21 5.63 0.24 0.18	0.31-3.21 1.25-2.93 0.49-0.98 0.09-0.12 0.19-0.24 4.84-6.55 0.17-0.34 0.16-0.22	
12	Mujeres embarazadas y Recién nacidos/ Saraswathi Vedam/2014/ Canadá	<p>Se excluyen: encuestas incompletas, presentaciones de las pruebas y ginecólogos que no han participado en atención intraparto, quedando un tamaño final de muestra de:</p> <p>Obstetras, (n=835 seleccionados, quedan como muestra final, n=235), matronas (n=759, muestra final n= 451) y muestra aleatoria de médicos de familia (n=3000, muestra final 139).</p>	Lugar de nacimiento entorno al parto planificado domiciliario.	EM	Actitudes constructivas de los profesionales de obstetricia: <ul style="list-style-type: none"> Obstetra Matrona Médico de familia Las dividen en 4 subdominios: <ul style="list-style-type: none"> ✓ La seguridad de los partos planificados en el hogar. ✓ Resultados maternos/neonatales en los partos planificado en el hogar. ✓ Los beneficios materno/infantiles de los partos en el hogar. ✓ Las experiencias interprofesionales y el compromiso con la práctica del nacimiento en el hogar. 			4/5 (a); La escasa muestra de médicos de familia, hace que el estudio debería de ser replicado. Comentar en la discusión.

Nº	Tipo de población/autor/año/país	n	E	D	Medida de riesgo	OR		IC 95%		Calidad/comentarios
						N	m	N	m	
13	Mujeres embarazadas y Recién nacidos/ A. De Jonge/ 2014/ Países bajos.	n=814.979 De las cuales 466.112 tuvieron un parto previsto en casa y 276.958 tuvieron un parto programado en el hospital .	Parto planificado en el hospital VS hogar.	EC	Datos sin tener en cuenta las discrepancias entre el parto planeado en el hogar y el parto hospitalario planificado: <ul style="list-style-type: none"> • Muerte intraparto y neonatal • Puntuaciones de Apgar por debajo de 7 a los 5 minutos y para puntuaciones inferiores a 4 • Admisión de una unidad de cuidados intensivos neonatales hasta 28 días después del nacimiento • Resultado perinatal adverso severo (intraparto y muerte neonatal y admisión en una UCIN dentro de los 28 días posteriores al nacimiento) 	1.01	1.08	0.78-1.31	0.78-1.51	4/5 (e); Algunos datos pediátricos son erróneos. El lugar de nacimiento planificado faltaba para el 9% de las mujeres incluidas en el estudio.
14	Mujeres embarazadas y recién nacidos/ Mª Teresa De La Torre Palomo/2006/Málaga (España).		Nacimiento domiciliario planificado para mujeres embarazadas. Seleccionadas no es desaconsejable.	RS: 1ºECA/ 2ºECP	Artículo 1. El nacimiento en casa frente al nacimiento en el hospital. <i>Objetivo:</i> Comparar los efectos sobre las tasas de intervenciones, complicaciones y morbilidad del nacimiento domiciliario planificado y del nacimiento en el hospital. Artículo 2. Resultados de nacimientos planificados en casa en comparación con nacimientos planificados en el hospital después de la regulación de la obstetricia en Columbia Británica. <i>Objetivo:</i> Evaluar la seguridad de los nacimientos domiciliarios, por medio de la comparación de los resultados perinatales entre los nacimientos planificados en domicilio y los nacimientos planificados para ser atendidos en el hospital.					Comentar en la discusión.

Nº	Tipo de población/autor/año/país	n	E	D	Medida de riesgo	OR	IC 95%	Calidad/comentarios
15	Mujeres embarazadas de bajo riesgo y recién nacidos /Jorge Andrés Carvajal/2017/ Chile	1.230 mujeres aleatorizados a parto natural (casas de parto). Frente cuidados obstétricos habituales en la maternidad.	Riesgos de la atención del parto domiciliario vs atención hospitalaria.	RS:2 EAC	Aumenta: <ul style="list-style-type: none"> Muerte perinatal 3,9/1.000 vs 1,8/1.000 Convulsiones 1,3/1.000 vs 0,4/1.000 APGAR<7, 5 minutos Transfusiones maternas 0,6 % vs 0,4 % 1.91 Disminuye: <ul style="list-style-type: none"> Parto vaginal asistido 1,0 % vs 3,0 % 0,24 Cesárea 5,3 % vs 23,4 % 0.18 Inducción del trabajo de parto Aceleración del trabajo de parto 	2.43 3.6 1.31 1.91	[1.37- 4.30] [1.36-9.50] [1.04-1.66] [1.25-2.93]	3/5 (c, d); no menciona criterios de inclusión ni de exclusión; faltan resultados.
16	Mujeres embarazadas de bajo riesgo y recién nacidos Raúl Ruiz-Callado/2012/ Alicante (España)	n=14.614 partos en casa frente a 4.716.956 partos asistidos en centros sanitarios.	Mortalidad perinatal en los partos únicos asistidos a término que ocurrieran en domicilio particular o en centro sanitario, en los que se dieron tres condiciones: ser partos únicos, a término y haber sido asistidos por profesionales sanitarios.	ECR	Mortalidad perinatal. <ul style="list-style-type: none"> 23/14.614 (0.16%) en parto a domicilio. 7548/4.716.956 (0.16%) en partos en centros sanitarios. 	0.98	0.65-1.48	4/5 (c) Conviene señalar que se detectó un error de codificación de la variable "Lugar donde ocurre el parto" en el fichero de microdatos de 2008. El INE revisó y corrigió este fichero, a petición de los autores del trabajo, en abril de 2011. Por ello, puede haber alguna discordancia entre los datos para este año que aparecen ya corregidos en este estudio y las cifras facilitadas por otros estudios anteriores a la detección del error. Los criterios de selección que se han podido utilizar no excluyen la contabilización de partos de riesgo tanto en uno como en otro sitio.

Nº	Tipo de población/autor/año/país	n	E	D	Medida de riesgo	OR	IC 95%	Calidad/comentarios
								5/5 La evidencia de este ensayo es de moderada calidad y demasiado pequeño para permitir sacar conclusiones fiables. Aunque el ensayo evaluado era de alta calidad, pero el único problema potencial es que no se informaron todos los resultados y los datos parecen haberse perdidos.
17	Mujeres embarazadas de bajo riesgo y recién nacidos/ Ole Olsen/ 2013/Reino Unido	11 multíparas de mujeres de bajo riesgo obstétrico.	Parto planificado en el hospital VS parto planificado en el hogar.	RS: 2 ECA.	<ul style="list-style-type: none"> • Bebe no amamantado • Parto vaginal asistido • Cesárea • Otro (no epidural) el alivio del dolor médico, óxido nitroso y oxígeno y la petidina • Suturas perineales • Madre decepcionada acerca de la asignación • Padre no declaro que estaba aliviado 	1.84 0.0 0.0 /, 0.54, 6.25 1.44 12.18 0.19	0.15-23.38 0.0-0.0 0.0-0.0 /, 0.04-6.89, 0.12-320.40 0.15-14.00 1.05-141.71 0.00-10.32	5/5 La evidencia de este ensayo es de moderada calidad y demasiado pequeño para permitir sacar conclusiones fiables. Aunque el ensayo evaluado era de alta calidad, pero el único problema potencial es que no se informaron todos los resultados y los datos parecen haberse perdidos.

M: Metaanálisis; EC: Estudio de cohorte; RS: Revisión sistemática; ECA: Ensayos controlados aleatorios; CC: Caso clínico; AC: Análisis crítico; ECR: Estudio de cohorte retrospectivo; EE: Estudio exploratorio; EM: Estudios mixtos; BB: Búsqueda bibliográfica; ECP: Estudio de cohortes prospectivo; EAC: Estudio aleatorizado controlado; n: Tamaño muestral; E: Entorno asistencial; D: Diseño epidemiológico; OR: Odds Ratio; H: Hospital; C: centro de nacimiento; HOG: Hogar; N: Nulíparas; m: Multíparas; Inf: Informes; Est: Estudios; LV: Laceración vaginal; LV>3: Laceración de tercer o cuarto grado; MP: Mortalidad perinatal; MN: Mortalidad neonatal.

V. DISCUSIÓN

Seguidamente, y en relación a los resultados descritos anteriormente, comenzaré la discusión de los artículos, en los 4 apartados que a continuación se detallan.

1) MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL

Volumen de la evidencia: Se han revisado 8 artículos que nos hablan de este tema, siempre puntualizando que se trata de mujeres embarazadas de bajo riesgo obstétrico. De los cuales, hay dos metaanálisis^{3, 7}, 2 revisiones sistemáticas^{15, 17}, una búsqueda bibliográfica⁸, un estudio de cohorte¹³ y 2 estudios de cohortes retrospectivos^{11,16}.

Pacientes: Wax JR⁷ compara 342.046 partos planificados en el hogar frente a 207.551 partos hospitalarios. En EEUU más del 99% de las mujeres que dan a luz lo hacen en el hospital y aproximadamente 1 de cada 200 mujeres lo que representa 25.000 nuevas madres paren en casa⁸. Jonathan M. Swoden¹¹ contrasta, 75.923 partos realizados en el hospital, 1968 planificados en casa y 1235 efectuados en centros de nacimiento. A. De Jonge¹³ coteja 466.112 planeados en el hogar en comparación con 276.958 partos en el hospital. Jorge Andrés Carvajal¹⁵ escoge 1.230 mujeres aleatorizados a parto natural (casas de parto). En España son 14.614 mujeres que planean el parto en casa frente a los 4.716.956 que se realizan en el hospital¹⁶. Por último Ole Olsen¹⁷, incluye a 11 mujeres multíparas de bajo riesgo obstétrico.

Consistencia entre estudios: La mayoría de los estudios encuentran un aumento del riesgo de mortalidad perinatal o neonatal en la población atendida en el hogar. Tres estudios no encuentran asociación^{13, 16, 17}. No se ha encontrado información sobre mortalidad materna. Recordar nuevamente que se trata de mujeres de bajo riesgo obstétrico y con infraestructura establecida para la derivación a centros asistenciales si fuera preciso.

Estimación de sesgos: Existe un bajo riesgo de sesgos, ya que contamos con un tamaño muestral lo bastante amplio para poder llegar a resultados lo suficientemente precisos.

Precisión de las estimaciones: La mayoría de los artículos presentan un gran tamaño muestral^{7, 8, 11, 13, 16}, y por lo tanto muy precisos.

Intensidad del efecto o fuerza de la asociación: Hay variabilidad en la presentación de los resultados entre los diferentes autores, que oscilan entre los valores del trabajo de A. De Jonge en Holanda¹³ con valores de mortalidad intraparto de OR entre 1.01 a 1.08 hasta el estudio de Jonathan M. Swoden en Oregon¹¹ con cifras de OR para la mortalidad perinatal de 2,43 (IC95%: 1,37 a 4,30) y neonatal de 2,87 (IC95%: 1,10 a 7,47).

Validez externa y aplicabilidad de la evidencia: En este caso, estos resultados no son aplicables en nuestro medio, ya que nuestro Sistema Nacional de Salud no lo incluye en la cartera de servicios. Tampoco se dispone de información sobre estudios fuera del SNS.

Balance coste-beneficio-riesgo: No existe información al respecto.

Estimación del impacto de futuros estudios: En general, es poco previsible que la realización de estudios observacionales de cohortes en nuestro medio ofrezca información epidemiológica útil para la planificación de estrategias o recursos sanitarios.

2) RESULTADOS PERINATALES Y MATERNOS

Volumen de la evidencia: Nueve son los artículos que tratan sobre los resultados perinatales y maternos. Tres de ellos son estudios de cohorte retrospectivos^{1, 9, 11}, dos estudios de cohorte^{4,13}, un metaanálisis⁷, una búsqueda bibliográfica⁸ y dos revisiones sistemáticas^{15,17}.

Pacientes: Joseph R. Wax¹ en EEUU, incluye un total de 745.690 partos de los cuales, 733.143 ocurrieron en el hospital, 4.661 en los centros de nacimiento y 7.427 en el hogar. En el estudio de Jonge A⁴, fueron incluidas 146.752 mujeres de bajo riesgo, (62.9% planeado en el hogar y 37.1% planeado en el hospital). En el metaanálisis de Wax JR⁷ elaborado en países occidentales desarrollados, se comparan 342.046 partos planificados en el hogar frente a 207.551 partos hospitalario planificados. En el estudio de Joseph R. Wax⁸, desde 1/01/1980 hasta la primera semana de noviembre de 2009, se revisan 12 artículos. Ellen Blix⁹, compara 1631 partos planificados en casa (369 primíparas/ 1262 multíparas) con una muestra aleatoria de 16.310 mujeres de bajo riesgo con partos hospitalarios planificados (6913 primíparas que planean el parto en el hospital y 9397 multíparas que planean el parto en el hogar). Jonathan M. Swoden¹¹, presenta un total de 79.727 partos cefálicos, (75.923 mujeres planearon en el hospital y 3.203 fuera del hospital, de los cuales 1.968 en casa y 1.235 en un centro) y 601 mujeres planearon salir del parto, pero dieron a luz en el hospital tras la transferencia intraparto. A. De Jonge¹³, muestra 814.979 mujeres, de las cuales 466.112 tuvieron un parto previsto en casa y 276.958 tuvieron un parto programado en el hospital. Andrés Carvajal¹⁵, 1.230 mujeres son seleccionadas al azar a parto natural (casas de parto). Por último en el ensayo de Ole Olsen¹⁷, son seleccionadas 11 mujeres multíparas de bajo riesgo obstétrico.

Consistencia entre estudios: En general existe una gran consistencia en la mayoría de los artículos, y es que los partos domiciliarios se asocian con menor intervencionismo incluyendo: infecciones, ingreso en la UCIN, distocias, anestesia epidural, puntuaciones de Apgar de 5 minutos menores de 7 y menos parto vaginal asistido. Pero se asocia con mayor convulsión neonatal y transfusiones de sangre a la madre. Un estudio no encuentra asociación⁴.

Sin olvidar que son mujeres de bajo riesgo obstétrico, puesto que en una mujer donde su embarazo conlleve algún tipo de riesgo la elección será siempre un parto planificado en el hospital.

Estimación de sesgos: Existe un riesgo de sesgos bajo, puesto que contamos con un tamaño muestral lo suficientemente amplio para poder llegar a resultados lo bastante exactos.

Precisión de las estimaciones: La mayoría de los artículos presentan un gran tamaño muestral^{1, 7, 8, 9, 11,13}.

Intensidad del efecto o fuerza de la asociación: Existe variabilidad en la presentación de los resultados entre los diferentes autores. Con respecto a las puntuaciones de Apgar de 5 minutos menores de 7 e ingreso en UCIN, fue menor entre los nacimientos domiciliarios en comparación con los previstos en el hospital. Reflejando estos unos valores de la odds entre 0.80 a 1.30 en las puntuaciones de Apgar y OR de 0.70 a 1 para el ingreso en UCIN^{1, 11, 13}. En relación a las convulsiones, son mayores en los partos domiciliarios que en hospital, los valores oscilan entre el trabajo de Joseph R. Wax¹ con cifras de OR 1.20 a 1.90 (IC95% 0.30 a 7.60) y el estudio Jonathan M. Swoden¹¹ con valores de odds ratio de 3.60 (IC95% 1.36 a 9.50).

En relación a los partos vaginales asistidos, analgesia epidural, distocia, desgarros del esfínter anal, laceraciones de 3º y 4º e infecciones ocurren menos en el parto en el hogar que en el hospital, los resultados varían entre los distintos autores. En el estudio de Ellen Blix⁹, las cifras de odds ratio para estas variables son: parto vaginal asistido 0.25 a 0.30 (IC95%0.20 a 0.48), analgesia epidural 0.05 a 0.20 (IC95% 0.14 a 0.33), distocia 0.10 a 0.40 (IC95%0.27 a 0.59), episiotomía 0.45 a 1.15 (IC95%0.84 a 1.63) y laceraciones de 3º y 4º grado 0.30 (IC95%0.01 a 0.84).

En comparación con el trabajo de Joseph R.Wax⁸ donde los resultados de anestesia regional (7,7% a 8,4% frente a 19% a 27%), episiotomías (2,1% a 8,3% frente a 5,9% a 60,3%), parto vaginal operatorio (1,6% a 4,1% frente a 4,6% a 26,6%), laceraciones vaginales (1,0% a 17,9% frente a 1,8% a 31,5%), corioamnionitis y la infección puerperal (0,3% a 2,5% frente a 0,7% a 3,4%), también suceden menores en los partos planificados en casa.

Validez externa y aplicabilidad de la evidencia: Estos resultados se pueden aplicar a nuestro medio solamente en el caso del parto hospitalario. Podrían conocerse el número de mujeres que son sometidas a los diferentes intervencionismos que hemos clasificado en este apartado y aplicarlo a los diferentes hospitales de nuestra ciudad. Es normal que en nuestro ámbito las tasas de intervencionismo sean más altas ya que la mayor parte de las mujeres dan a luz en los hospitales y ante cualquier complicación, lo más importante es la vida de la madre y del bebe por lo que se procederá a realizar un parto instrumentado.

Balance coste-beneficio-riesgo: No existe información al respecto.

Estimación del impacto de futuros estudios: En general, es poco previsible que la realización de estudios observacionales de cohortes en nuestro medio ofrezca información epidemiológica útil para la planificación de estrategias o recursos sanitarios.

3) ACTITUDES, EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO SOBRE LOS DIFERENTES PROFESIONALES OBSTÉTRICOS

Volumen de la evidencia: De todos los artículos seleccionados, solo uno de ellos, que resulta ser un estudio exploratorio¹⁰, comenta las actitudes, experiencias y conocimientos de los diferentes profesionales sanitarios involucrados en el parto a domicilio.

Pacientes: Se recopilaron datos de actitud, experiencia y conocimientos mediante una encuesta anónima emitida a ginecólogos de diferentes estados. Se enviaron 1175 encuestas a Ohio, de las cuales 322 estaban completas o parcialmente terminadas y 994 Arizona y Nuevo México de las cuales 166 estaban completas¹⁰. Un total de 488 encuestas fueron completadas o parcialmente terminadas.

Consistencia entre estudios: Este apartado no es valorable debido a la existencia de un solo artículo relacionado con las actitudes, experiencias y conocimientos sobre los diferentes profesionales obstétricos.

Se llega a la conclusión de que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las actitudes y el conocimiento. Hay que decir que los obstetras tienen poco conocimiento y experiencia limitada acerca del parto en casa y resultó ser en gran medida negativo entre los encuestados de los tres estados. A pesar de su impacto en el asesoramiento que reciben las mujeres sobre el lugar de parto, los servicios de atención en el hogar son proporcionados casi exclusivamente por matronas.

En Ohio no existe regulación del nacimiento en el hogar y las matronas que ofrecen este servicio lo hacen en un entorno regulador que es mudo en este tema. En cambio en los otros dos estados ofrece una obtención de licencias para las parteras. Este artículo no es de gran validez científica ¹⁰.

Según un estudio exploratorio, Vedam S, 2014, Canadá¹², el cual compara entre tres profesionales: médicos de familia, ginecólogos y matronas. Los obstetras y médicos de familia favorecen los partos hospitalarios y las intervenciones obstétricas, y las matronas favorecen un enfoque de baja intervención en el parto, ya sea en casa o en el hospital.

Los médicos de familia y los obstetras tuvieron poca formación sobre el parto planificado en el hogar durante la carrera de medicina, mientras que un porcentaje elevado de matronas informan que su plan de estudio acerca de este tema es amplio incluyendo cursos. También casi el 100% de ellas informan que han proporcionado atención intraparto mientras que las dos otras especialidades tuvieron poca experiencia.

Como conclusión, se sugiere una mayor preparación para la práctica en todos los lugares de nacimiento a todos los profesionales de salud citados en este artículo y que el desarrollo de competencias interprofesionales entorno a una mejor práctica de atención y una comunicación entre profesionales para cuidar a la mujer en diferentes ámbitos del nacimiento aumentaría la favorabilidad entre ellos.

Ya que los investigadores han descubierto que el trabajo en equipo y la comunicación eficaz durante eventos obstétricos críticos como puede ser el traslado de una madre con su recién nacido al hospital tras haber parido en su casa y tras tener alguna complicación disminuyen la mortalidad neonatal y materna durante el parto.

Estimación de sesgos: Las estimaciones de frecuencia y de riesgo encontradas en este estudio, están sujetas a diversos tipos de sesgos. La encuesta no ha sido validada para uso con los obstetras. La tasa de respuesta relativamente baja podría reflejar un sesgo de respuesta entre los encuestados. Los 3 estados utilizados en este estudio podrían no ser representativos de otros estados con leyes similares sobre el nacimiento en el hogar. La falta de asociación entre los predictores y las actitudes pueden deberse a no identificar predictores correctos o al limitado rango de respuestas que limitan nuestra capacidad de demostrar significación estadística. La prueba de conocimiento no fue una medida validada del conocimiento del obstetra sobre el nacimiento planeado en el hogar.

Precisión de las estimaciones: A pesar del escaso número de estudios existentes en esta revisión acerca de las actitudes, experiencia y conocimiento de los diferentes profesionales dedicados a la ginecología y obstetricia, y el relativamente bajo tamaño muestral del único estudio, no permite asumir la precisión de las estimaciones realizadas, tanto de medidas de frecuencia como de medidas de riesgo, ya que, aunque partimos de muestras grandes, al final, en este caso tanto las encuestas como la participación de los diferentes profesionales sanitarios es menor.

Intensidad del efecto o fuerza de la asociación: Respecto a la experiencia con nacimientos en el hogar entre los encuestados de Ohio, Arizona y Nuevo México. En la pregunta ¿asistió algún parto en casa?, hay un alto porcentaje entre un 85-90% en la respuesta no. Al contrario que en las preguntas: ¿recibió alguna educación? o ¿conoce a alguien que se decante por un parto en casa?, donde los porcentajes oscilan entre un 50-90% en la respuesta sí.

Validez externa y aplicabilidad de la evidencia: Los resultados a los que se ha llegado, serían útiles para nuestro entorno, puesto que la encuesta realizada tanto a los ginecólogos, médicos de familia y matronas de los diferentes estados citados en ambos artículos (ver anexo), la podrían realizar estos mismos expertos en nuestro ámbito proporcionando la misma encuesta.

Balance coste-beneficio-riesgo: No existe información al respecto.

Estimación del impacto de futuros estudios: En general, es poco probable la realización de estudios observacionales de cohortes en nuestro medio ofrezca información epidemiológica útil para la planificación de estrategias o recursos sanitarios.

4) SATISFACCIÓN Y EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES QUE DECIDEN UN PARTO PLANIFICADO EN EL HOGAR EN COMPARACIÓN CON LAS QUE PLANEAN UN PARTO EN EL HOSPITAL.

Volumen de la evidencia: Son cuatro los artículos que mencionan la satisfacción y experiencia de las mujeres que deciden tener un parto planificado en su hogar. Uno de ellos es una búsqueda bibliográfica⁸, otro un estudio de cohorte retrospectivo¹¹ y dos revisiones sistemáticas^{2, 15}.

Pacientes: Joseph R. Wax⁸ proporcionó un cuestionario a 3283 mujeres suecas para conocer su experiencia y su grado de satisfacción. Jonathan M. Swoden¹¹ valoró la satisfacción de 75.923 mujeres de Oregon (EEUU) que planearon parir en el hospital y 3.203 fuera del hospital, de los cuales 1.968 en casa y 1.235 en un centro. Finalmente Jorge Andrés Carvajal¹⁵, propone a 1.230 mujeres aleatorizadas para parto natural en casas de parto¹⁵. Por lo tanto se evaluó el grado de satisfacción y experiencia a 82.409 mujeres que dieron a luz en diferentes lugares de parto.

Consistencia entre estudios: Correcta, ya que el parto planificado en el hogar se relaciona con una mayor satisfacción general con el lugar de nacimiento, es alta entre las mujeres que planean parir en el domicilio o en el hospital, pero

significativamente mayor entre las mujeres que planifican el parto en el hogar. Sin embargo, reportaron que el parto natural se asoció a mayor dolor comparado con aquel del cuidado obstétrico habitual^{8, 11,15}. Un estudio no aporta ningún dato relevante ni evidencia suficiente².

Estimación de sesgos: No existe riesgo de sesgos, ya que partimos de una muestra lo suficientemente grande para poder llegar a resultados lo bastante fiables^{8, 11,15}.

Precisión de las estimaciones: Los tres artículos presentan un gran tamaño muestral y permiten asumir gran precisión de las estimaciones realizadas, tanto de medidas de frecuencia como de medidas de riesgo.

Intensidad del efecto o fuerza de la asociación: Existe variabilidad en la presentación de los resultados entre los diferentes autores. Puesto que, en comparación con las mujeres que dan a luz en los hospitales, significativamente más mujeres que paren a domicilio se sienten más satisfechas y caracterizan el parto de su hijo como su propio logro (70% frente a 48%).

Validez externa y aplicabilidad de la evidencia: Estos resultados se podrían aplicar a nuestro entorno, pero solamente en el caso de los partos que se realizan a nivel hospitalario, puesto que en nuestro medio la mayoría de mujeres asisten al hospital para dar a luz. Esto se podría lograr entregando un cuestionario a cada mujer después del parto y así valorar su grado de satisfacción y experiencia vivida tras el nacimiento de su recién nacido.

Balance coste-beneficio-riesgo: No existe información al respecto.

Estimación del impacto de futuros estudios: En general, es poco probable que la realización de estudios observacionales de cohortes en nuestro medio ofrezca información epidemiológica útil para la planificación de estrategias o recursos sanitarios.

VI. REFLEXIONES PERSONALES

Tras haber finalizado la discusión, me gustaría mencionar tres artículos interesantes sobre el tema expuesto en este trabajo ^{5, 6, 14}. Uno de ellos es un caso clínico que expongo a continuación y que puede ser de gran ayuda para aquellas mujeres que quieran tomar una decisión entre un parto en casa o un parto en el hospital⁵.

MaryAnn B, 2015⁵. Una mujer dio a luz a su primera hija en el hospital. Ella lo recuerda el nacimiento de su hija con mucho cariño pero piensa que habría tenido una experiencia más satisfactoria si hubiera dado a luz en su casa. Ahora está embarazada de su segundo hijo, en la ecografía de las 5 semanas confirma que el feto está en presentación de vértice. Ella es una mujer sana sin antecedentes médicos ni quirúrgicos. Su anterior parto fue un parto vaginal espontánea si complicaciones.

Ella busca una opinión sobre el parto en casa, con la siguiente pregunta: ¿es el parto en el hogar una opción razonable para mí?, mediante 2 enfoques:

1. Apoyar el parto en su domicilio como una opción razonable.
2. Recomendar el parto en el hospital.

Para ayudarla un experto en el campo realiza un breve ensayo en cada uno de estos enfoques.

1. Es una mujer sana y multípara que está recibiendo atención prenatal adecuada y la posición del feto es correcta. Si elige entregar en casa o en el hospital, su resultado más probable sería otro parto vaginal sin complicaciones. Cómo debe comprender los riesgos y beneficios de cada opción para tomar una decisión informada. Un estudio de Snowden et al mostró una menor tasa de intervención en el parto entre las mujeres que intentan el parto en el hogar entre las mujeres que paren en el hospital. Además, una de cada cuatro mujeres que da a luz en el

hospital siente haberse sentido abrumado, asustado, o ansioso. El apoyo constante, de un asistente de parto y el entorno familiar del hogar puede mejorar la experiencia para algunas mujeres. Pero incluso en esta paciente que es debajo riesgo se pueden producir complicaciones impredecibles durante el parto lo que supone el acceso inmediato a un hospital. Por lo que el parto en el hogar es una opción razonablemente aceptable para un paciente bien informado y de bajo riesgo como nuestra paciente. Se aconseja una matrona cualificada presente y un plan para la rápida transferencia a un hospital si se producen complicaciones.

2. Según el colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, un hospital o centro de parto es el lugar más seguro para parir, aunque el riesgo absoluto de complicaciones perinatales y la muerte en el parto en casa es bajo, es de 2 a 3 veces mayor que los nacimientos en el hospital. Aunque puede ser estadísticamente más probable que reciba intervenciones con el parto en el hospital. El hospital tiene el personal, las instalaciones y la experiencia necesaria para darle el mejor cuidado en el raro caso de emergencia, y a veces, los minutos son importantes.

Afortunadamente, el sistema medico está cambiando. Los hospitales están buscando la designación de instalaciones “amigables con él bebe”, en las que el objetivo es valorar los excelentes resultados de la alimentación infantil, vinculo madre e hijo, bañeras de agua para la primera etapa del trabajo de parto. Otros están trabajando en la realización de cesáreas familiares.

Con estos cambios, crean un ambiente donde las mujeres se encuentran satisfactoriamente, y al mismo tiempo les permite acceso a la atención de emergencia, si es necesario.

Por ello, si la Sra. Lezack opta por un parto en casa, necesita saber los soportes necesarios en el lugar para estar preparados en caso de emergencia. Las posibilidades están a su favor, pero nadie puede predecir el resultado.

La pregunta sería ¿qué riesgo está dispuesto usted a tomar?

Martínez Escoriza JC, 2016⁶. “Nosotras parimos, nosotras decidimos. La vieja consigna feminista cobra nueva vigencia. Dueñas del poder de concebir, muchas mujeres exigen ahora el derecho a parir como quieran, más allá de la asistencia uniforme, impersonal y medicalizada de los hospitales”. De esta forma comienza el siguiente artículo⁶.

En el mundo desarrollado se han alcanzado tasas de mortalidad y morbilidad maternas y fetales excelentes. A partir de los 70 en España, la atención al parto paso de ser domiciliaria a hospitalaria. A partir de los 90 la gran presión de las demandas judiciales dio lugar a una mala medicina defensiva y a un excesivo intervencionismo, dando lugar a los partos más instrumentados y cesáreas. SEGO (Sociedad Española de Ginecología y obstétrica) ha reivindicado y recomendado un progreso en la asistencia al parto, asumiendo que se trata de un proceso fisiológico (evitar el uso de sistemático de rasurado, enema, oxitocina, episiotomía, etc...).

Pero cuidado sin abandonar la responsabilidad que nos compete garantizar la seguridad de la madre y del neonato. La gran limitación de apriorismos por los que se reivindica la asistencia del parto “de bajo riesgo” para grupos profesionales como matronas apelando a su condición de proceso fisiológico es, como dice la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), que se encuentran hasta un 10-20% de complicaciones en partos considerados de bajo riesgo. Y eso es mucho.

Según fuentes de la FIGO una mujer muere cada minuto en el mundo por complicaciones del embarazo y parto natural, sin atención especializada. La mayoría de estas muertes se podían haber evitado si la mujer en vez de un parto natural, hubiera tenido acceso a personal y medios adecuados y preparados (P. En vías de desarrollo).

No obstante como personal sanitario que somos tenemos la obligación de informar a los padres sobre estas cifras y que dispongamos de conocimientos y experiencia no solo para la atención sino también para el asesoramiento, así como detección de signos de alarma que obliguen a otras alternativas. No se puede dada la variabilidad

existente y las limitaciones de las evidencias disponibles, dogmatizar sobre la elección de un modelo u otro.

El parto domiciliario se acerca más a lo fisiológico. La mujer tiene la capacidad de elegir en qué lugar quiere parir buscando la seguridad del neonato y de ella misma.

El último artículo, De la torre Palomo MT, 2006¹⁴ consiste en una revisión sistemática, comparando un ensayo controlado aleatorio, Ole Olsen¹⁷ con un estudio prospectivo de cohortes, Patricia A.

1. El nacimiento en casa frente al nacimiento en el hospital, donde los principales resultados del estudio reunían muy pocos casos como para sacar conclusiones confiables.

Las pruebas más débiles de los estudios de observación sugieren que el nacimiento domiciliario planificado puede reducir complicaciones, intervenciones y problemas neonatales, pero no hay evidencia sólida como para favorecer el parto programado en el hospital o el parto programado en el hogar para las mujeres con embarazos de bajo riesgo.

2. Resultados de nacimientos planificados en casa en comparación con nacimientos planificados en el hospital después de la regulación en obstetricia en Columbia Británica. Los principales resultados: No hubo diferencias significativas en la mortalidad perinatal ni en la mortalidad materna.

Como conclusiones: No hay un aumento del riesgo asociado con el parto domiciliario planificado y atendido por una matrona que cumpla con las regulaciones. Los índices de algunos resultados adversos son demasiado bajos, como para poder realizar una comparación estadística, y por tanto, el nacimiento domiciliario es autorizado.

Los autores encuentran en otros estudios resultados muy similares a los suyos, referentes a requerimientos de traslado a un hospital para los partos domiciliarios,

tasas de intervención intraparto para los nacimientos en hospitales y necesidades de transfusión sanguíneas maternas.

Se recomienda la incorporación progresiva del parto domiciliario como derecho básico en la asistencia obstétrica: el derecho de elección¹⁴.

A la luz de estos artículos, el parto en domicilio puede considerarse una opción segura, pero que debe ser considerada con cautela, ya que en ambos estudios, los resultados desfavorables graves para la madre o el recién nacido son escasos y por lo tanto, no obtienen diferencias significativas.

No obstante, parece que un amplio grupo de mujeres pueden beneficiarse de las ventajas de un parto en domicilio. Así, aquellas mujeres que lo deseen y que no tengan factores de riesgo, podrían ser preparadas para parir en domicilio, con la asistencia de una matrona especialmente entrenada en este tipo de asistencia, teniendo la precaución de asegurar las condiciones del domicilio y la posibilidad de un traslado a un hospital cercano en un tiempo inferior a los 10 minutos, si fuese preciso.

Siendo esto así, sería necesaria la formación de las matronas en este tipo de asistencia y la concienciación de buena parte de la población, que apuesta por la tecnología sanitaria en todos los casos.

El parto domiciliario es seguro en los países avanzados siempre que se cumplan unos adecuados requisitos en la selección de las gestantes. En caso contrario, los resultados perinatales son peores y no está aconsejada la incorporación de esta recomendación.

En última instancia, lo que más nos importa como profesionales es la posibilidad de que la oferta de servicios en la asistencia al parto sea tan amplia como para hacer viable para la mujer que lo desee una asistencia segura en el domicilio.

En España, no llega al 1 % el número de mujeres que paren en sus domicilios, por lo que no encontramos estudios de resultados; sin embargo, en Holanda hasta un 40% de las mujeres optan por este tipo de nacimiento.

En España, se puede afirmar que no se realizan partos a domicilio. Tenemos poca información sobre los programas regionales o locales de implementación de la asistencia domiciliaria. No se proporciona la formación adecuada para nuestros profesionales, no contamos con los medios sanitarios necesarios, ni tampoco presta la educación sanitaria para llevar a cabo un parto planificado en el hogar como lo hacen otros países citados en los artículos con mayor calidad como pueden ser: Los Países Bajos, Reino Unido o EEUU.

VII. LIMITACIONES

Primera: La revisión ha sido realizada por un solo revisor por lo que no ha habido comparación en la extracción de resultados. Entendemos que este trabajo tiene un sentido docente en sí mismo para la persona que lo realiza. Una revisión sistemática completa hubiera requerido la revisión ciega de 2 – 3 investigadores y unos criterios de consenso.

Segunda: No haber utilizado las palabras clave apropiadas para realizar las búsquedas en las fuentes de información, me genera la duda, de si por el camino he perdido documentos interesantes para el trabajo.

Tercera: No se ha tenido acceso a artículos denominados de “literatura gris”.

Cuarta: La mayoría de artículos estaban en inglés, lo cual me ha supuesto un gran esfuerzo, pues las técnicas de traducción empleadas en la mayoría de los casos no tenían en cuenta el contexto.

Quinta: Como última limitación, destacaría que el no haber experimentado en propia persona lo que es ser madre, no me ha dejado aportar mi punto subjetivo, para ponerme en la piel y entender a las madres que se decantan por una u otra forma de parir.

VIII. CONCLUSIONES

Una vez analizados los resultados de todos los artículos seleccionados, se puede llegar a las siguientes conclusiones:

Primera: Sobre la mortalidad neonatal existe un exceso de riesgo en la atención domiciliaria.

Segunda: Hay menor intervencionismo en el parto planificado en el hogar que el planificado en el hospital, destacando que son mujeres de bajo riesgo.

Tercera: En relación a las mujeres que optan por un parto planificado en el hogar, muestran una mayor satisfacción general, caracterizándolo como su propio logro.

Cuarta: En cuanto a las aptitudes, conocimientos y experiencias de los distintos profesionales sanitarios que intervienen en un parto ya sea planificado en el hogar o en el hospital es mayor entre las matronas. Los ginecólogos y médicos de familia deberían adquirir competencias adecuadas para el parto domiciliario.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Wax JR, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 low-risk births. *Am J Obstet Gynecol*. Febrero de 2010; 202(2):152.e1-152.e5.
2. Homer CSE. Home-like environments for labour and birth: benefits for women and babies. *Evid Based Med*. Agosto de 2013; 18(4):e32-e32.
3. Hutton EK, Reitsma A, Thorpe J, Brunton G, Kaufman K. Protocol: systematic review and meta-analyses of birth outcomes for women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital. *Syst Rev*. 2014; 3(1):55.
4. Keirse MJNC. Healthy women with a normal singleton pregnancy at term are not likely to be harmed by planning a home birth. *Evid Based Med*. Abril de 2014; 19(2):69-69
5. MaryAnn B, Wilbur MB, Little S, Szymanski LM. Is Home Birth Safe? *N Engl J Med*. 2015; 373(27):2683–2685.
6. Martínez Escoriza JC. Parto en domicilio: ¿hay suficientes evidencias como para proponerlo como alternativa al parto en el hospital?. *Evid Pediatr*. 2010;(6):46. [Citado 24 de noviembre de 2016]; Disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/articulo/5471/parto-en-domicilio-hay-suficientes-evidencias-como-para-proponerlo-como-alternativa-al-parto-en-el-hospital>
7. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. Septiembre de 2010; 203(3):243.e1-243.e8.

8. Wax JR, Pinette MG, Cartin A. Home Versus Hospital Birth-Process and Outcome. *Obstet Gynecol Surv.* 2010; 65(2):132–140.
9. Blix E, Huitfeldt AS, 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 de 2012; 3(4):147-53.
10. Leone J, Mostow J, Hackney D, Gokhale P, Janata J, Greenfield M. Obstetrician Attitudes, Experience, and Knowledge of Planned Home Birth: An Exploratory Study. *Birth.* 2016; 43(3):220–225.
11. Snowden JM, Tilden EL, Snyder J, Quigley B, Caughey AB, Cheng YW. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. *N Engl J Med.* 31 de diciembre de 2015; 373(27):2642-53.
12. Vedam S, Stoll K, Schummers L, Fairbrother N, Klein MC, Thordarson D, Kornelsen J, Dharamsi S, Rogers J, Liston R and Kaczorowski J. The Canadian birth place study: examining maternity care provider attitudes and interprofesional conflict around planned home birth. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014;(14):353.
13. 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 Int J Obstet Gynaecol.* Abril de 2015; 122(5):720-8.
14. De la torre Palomo MT. El nacimiento domiciliario planificado para mujeres embarazadas seleccionadas no es desaconsejable. *Evidentia* 2006 ene-feb; 3(7). [Citado 24 de noviembre de 2016]; Disponible en: <http://www.indexf.com/evidentia/n7/r190articulo.php>

15. Carvajal Cabrera JA, Martinovic CP, Fernández CA. Parto natural ¿Qué nos dice la evidencia? ARS MEDICA Rev Cienc Médicas [Internet]. 15 de octubre de 2016 [citado 15 de Octubre de 2016]; 42(1). Disponible en: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/532>
16. Ruiz-Callado R, Romero Salord F, Fontanillo Garrote A, others. Mortalidad perinatal en los partos únicos asistidos a término en España entre 1995 y 2009 según ocurrieran en domicilio particular o en centro sanitario. 2012 [citado 5 de diciembre de 2016]; Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/22935>
17. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. En: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [citado 16 de enero de 2017]. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000352.pub2>
18. El Parto: Pasado, Presente y Futuro [Internet]. 2011 [citado 27 de enero de 2017]. Disponible en: <https://bitacoramedica18.wordpress.com/2011/06/17/el-parto-pasado-presente-y-futuro/>
19. Qué es el parto natural. Historia del parto natural. [Internet]. [Citado 27 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.natalben.com/parto/que-es-parto-natural>
20. El Parto es Nuestro | Infórmate y decide [Internet]. [Citado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/>
21. Evidencias en pediatría - [Internet]. [Citado 24 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/>

22. The New England Journal of Medicine: Research & Review Articles on Disease & Clinical Practice [Internet]. New England Journal of Medicine. [Citado 9 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.nejm.org/>
23. ARS Médica Revista de Ciencias Médicas - Escuela de Medicina [Internet]. [Citado 15 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://medicina.uc.cl/revistas/ars-medica-revista-de-ciencias-medicas>
24. EVIDENTIA, ISSN: 1697-638X [Internet]. [Citado 24 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/inicio.php>
25. V. Chapman, C. Charles. "The Midwife's" labour and birth handbook. 2. a ed. Wiley-BlackWell; 2008. 368 p.
26. Pubmeddev. Home - PubMed - NCBI [Internet]. [Citado 8 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
27. BioMed Central [Internet]. [Citado 12 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.biomedcentral.com/>
28. Biomedical Research – Embase | Elsevier [Internet]. [Citado 13 de octubre de 2016]. Disponible en: https://www.elsevier.com/promo/rd-solutions/embase?p2=embase&term=embase&pscid=cm_ps_100000188
29. <http://ebm.bmj.com/> [Internet]. [Citado 8 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://ebm.bmj.com/>
30. Trip Medical Database [Internet]. [Citado 10 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.tripdatabase.com/>

31. González de Dios J, Ochoa Sangrador C. Conferencia de Consenso sobre bronquiolitis aguda (I): metodología y recomendaciones. An Pediatría. Marzo de 2010; 72(3):221.e1-221.e33.

X. ANEXOS

Criterios de calificación de los artículos.

Ensayos clínicos:

- a) Definición clara de la población de estudio, intervención y resultado de interés.
- b) Aleatorización adecuada.
- c) Control de sesgos (enmascaramiento).
- d) Seguimiento completo (menos del 20% de pérdidas).
- e) Análisis correcto (análisis por intención de tratar y control de covariables no equilibradas con la aleatorización).

Estudios de valoración de pruebas diagnósticas:

- a) Comparación con un patrón de referencia válido.
- b) Muestra representativa.
- c) Descripción completa de los métodos de realización de la prueba diagnóstica.
- d) Control de sesgos (comparación ciega e independiente; control de sesgos de incorporación, verificación diagnóstica y revisión).
- e) Análisis correcto (datos que permitan calcular indicadores de validez).

Estudios de cohortes:

- a) Cohortes representativas de la población con y sin exposición, libres del efecto o enfermedad de interés.
- b) Medición independiente, ciega y válida de exposición y efecto.

- c) Seguimiento suficiente (igual o superior al 80%), completo y no diferencial.
- d) Control de la relación temporal de los acontecimientos (exposición-efecto) y de la relación entre nivel de exposición y grado de efecto (dosis-respuesta).
- e) Análisis correcto (control de factores de confusión y modificadores de efecto).

Estudios de casos y controles:

- a) Grupo de casos representativo de la población de casos (criterios de inclusión).
- b) Grupo control representativo del nivel de exposición en la población de la que proceden los casos, sin la enfermedad/efecto de interés, pero en riesgo de tenerlo.
- c) Medición independiente y ciega de la exposición (enmascarada u objetiva).
- d) Control de la relación temporal de los acontecimientos (exposición-efecto) y de la relación entre nivel de exposición y grado de efecto (dosis-respuesta).
- e) Análisis correcto (control de factores de confusión y modificadores de efecto).

Estudios de costes:

- a) Pregunta bien definida: intervenciones o programas evaluados (uno o varios), medidas de resultados consideradas en términos de costes y efectos (coste-efectividad, coste-utilidad, coste-beneficio o minimización de costes) y perspectiva (paciente, hospital, proveedor sanitario o sociedad).
- b) Análisis basado en estimaciones de efectividad válidas.
- c) Análisis basado en estimaciones de costes válidas.
- d) Consideración de todas las alternativas, resultados y costes importantes.
- e) Análisis correcto: ajustes temporales de los costes (tasa de descuento), análisis incremental (coste marginal) y de sensibilidad (asunciones del modelo).

Revisiones sistemáticas:

- a) Objetivos de la revisión bien definidos (población, intervención o factor de estudio, factor de comparación, medida de resultado).
- b) Búsqueda bibliográfica exhaustiva (estrategias y fuentes de datos).
- c) Adecuados criterios de inclusión y exclusión de estudios.
- d) Correcta evaluación de la validez de los estudios incluidos.
- e) Análisis correcto de los resultados (evaluación de la heterogeneidad, correcta combinación de resultados).

Estudios transversales y series de casos (sin valoración de pruebas diagnósticas):

- a) Población de estudio (población diana, población de estudio) y factor de exposición o efecto (enfermedad) objeto de estudio bien definidos.
- b) Muestra de estudio representativa de la población de estudio (procedimientos de selección, criterios de inclusión y exclusión, tamaño muestral). Validez externa.
- c) Medición independiente y ciega del factor de exposición o efecto en estudio (instrumentos válidos, homogéneos y objetivos). Validez interna.
- d) Presentación completa de los resultados (control de valores perdidos o fuera de rango).
- e) Análisis correcto de los resultados (estimaciones adaptadas al tipo de muestreo; control de sesgos).

Tabla del artículo 10 sobre las actitudes obstétricas.

<i>Attitude statement</i>	<i>Ohio (%) n = 322</i>	<i>Arizona/New Mexico (%) n = 166</i>
It concerns me when people I care about decide to have home births	98.3	95.2
I am not as comfortable with home birth as hospital birth	97.8	97.5
Because of the risk of hemorrhage, homes are not an ideal birth setting	94.7	92.6
I would feel uncomfortable if a close family member chose to have a home birth	91.0	88.7
Women who have planned home births should be more prepared for the possibility of neonatal loss than women who have hospital births	90.6	90.8
I am not willing to collaborate with a midwife who offers home birth*	86.9	74.4
First-time mothers should never have the option of having a planned home birth*	80.2	68.2
Home birth is never as safe as hospital birth	79.7	81.2
The current United States cesarean rate is unnecessarily high	77.7	78.4
Women who choose home births tend to be risk takers	57.9	47.6
Mothers who have home births are more likely to breastfeed than mothers who have hospital births	56.3	47.8
Epidural anesthesia is the best choice for the vast majority of laboring women*	55.9	42.7
Women who give birth in the hospital are more likely to experience morbidity associated with medical interventions than women who give birth at home	46.5	47.0
The home setting is an ideal birth environment for mother–baby bonding	35.4	29.1
A mother’s cultural background is easier to respect at home births than hospital births	34.0	37.3
Home birth is more empowering for the mother than hospital birth	33.0	35.6
A move toward more home births in this country would save our medical system a significant amount of money	32.6	31.0
I would consider having a planned home birth for my spouse or myself*	5.2	10.9
If it were possible, I would consider offering home birth as a part of my practice	4.7	5.9
I am a home birth advocate	4.6	6.4
I would be willing to lobby for improved access to home birth in my state	4.0	6.7

*Statistically significant at $p < 0.05$ level. Shown in the Arizona/New Mexico and Ohio columns are the percentages of respondents who either strongly agreed or agreed with each of the given attitude statements. These percentages were calculated from the total of non-neutral responses rather than all responses. Attitude statements are organized beginning with the highest percentage of strongly agree/agree responses in Ohio and ending with the lowest percentage of strongly agree/agree responses.

Tabla de satisfacción de los profesionales de obstetricia.

Table 1 Provider attitudes towards planned home birth - M scale items: item to total correlations and factor loadings (n=825)

		Corrected item to total correlations	Factor loadings
1	Registered Midwives have sufficient skills to handle most emergencies safely at planned home births.	0.881	0.405
2	Women who give birth in the hospital are more likely to experience morbidity associated with medical interventions than women who give birth at home.	0.672	0.459
3	First time mothers should have the option of having a planned home birth.	0.896	0.555
4	I would feel comfortable if a close family member planned to give birth at home.	0.933	0.486
5	I am more comfortable with hospital birth than I am with planned home birth (reverse scored).	0.862	0.455
6	It worries me when people I care about decide to have planned home births (reverse scored).	0.873	0.499
7	There is scientific evidence that supports the greater safety of hospital births compared to planned home births (reverse scored).	0.809	0.538
8	Women who plan home births tend to be risk takers (reverse scored).	0.716	0.404
9	Planned home birth is not as safe as hospital birth (reverse scored).	0.901	0.628
10	Because of the risk of postpartum hemorrhage, the home is not an ideal birth setting (reverse scored).	0.897	0.477
11	I would consider having my own (or my partner's) planned home birth with a Registered Midwife.	0.912	0.417
12	I am more comfortable providing intrapartum care in the hospital because of the personnel and equipment available only in the hospital (reverse scored).	0.883	0.510
13	A move towards more planned home births in this country would save our health care system a significant amount of money.	0.773	0.407
14	Even in urban areas, planned home births are less safe because of the amount of time it takes to transfer mothers/babies to hospital (reverse scored).	0.875	0.530
15	A woman who plans a hospital birth is more likely to have an unnecessary cesarean section than a woman who plans a home birth.	0.580	0.392
16	A mother's cultural background is easier to respect at home births than hospital births.	0.467	0.269
17	I like attending planned home births.	0.889	0.482