



Universidad de Valladolid



Universidad de Valladolid

Facultad de
Ciencias de la Salud
de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Curso 2022/2023

CONDICIONANTES QUE INTERVIENEN EN LA ELECCIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

ELENA ROYO MAR

Tutelado por: MARÍA MARTÍN GARCÍA

Cotutelado por: MARÍA LOURDES JIMÉNEZ NAVASCUÉS

Soria, 25 de mayo de 2023

Aprehensión, incertidumbre, espera, expectación, miedo a lo desconocido, hacen al paciente más daño que cualquier esfuerzo. – Florence Nightingale

RESUMEN

Introducción: La asistencia al parto está en continua evolución. Hasta la primera mitad del siglo XX, los partos son atendidos en el domicilio familiar, sin embargo, en los años 70 del siglo pasado, se centra la asistencia del parto a nivel hospitalario, reduciéndose la tasa de mortalidad materno-infantil. No obstante, la hospitalización del parto supone un proceso más tecnológico y medicalizado, dejando de lado su naturalidad.

Objetivo: Establecer los factores que intervienen en la elección al parto domiciliario.

Metodología: Se realiza una revisión bibliográfica desde enero hasta mayo de 2023 de diferentes artículos recuperados en las bases de datos de Dialnet, Scopus, Pubmed y Scielo. Se seleccionan un total de 18 artículos.

Resultados: Los motivos por los que la mujer y su entorno escogen el parto domiciliario se asocian al deseo de reducir la intervención médica y satisfacer sus necesidades. En España no existe normativa legal que promueva la atención al parto en casa, pero sí Guías de Práctica Clínica que sirven de referencia para llevar a cabo el parto domiciliario. Existe evidencia de mayor riesgo de complicaciones neonatales y menor riesgo de complicaciones maternas en comparación con el parto hospitalario.

Conclusión: Los factores determinantes en la elección al parto en el domicilio son el nivel adquisitivo de los progenitores y el requisito indispensable de que el embarazo sea de bajo riesgo.

Palabras clave: parto domiciliario, matronas, complicaciones, riesgo.

GLOSARIO DE SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

Et al.: Y otros autores

FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España

FC: Frecuencia Cardíaca

IMC: Índice de Masa Corporal

Kg: Kilogramo

m²: Metro cuadrado

MeSH: Medical Subject Headings

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

TA: Tensión Arterial

Tª: Temperatura

%: Porcentaje

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	4
3. OBJETIVOS	5
4. METODOLOGÍA.....	6
5. RESULTADOS	7
6. DISCUSIÓN.....	12
7. CONCLUSIONES	14
8. BIBLIOGRAFÍA	15
9. ANEXOS	I

ÍNDICE DE TABLAS

1. Tabla 1. Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS y MeSH).....	I
2. Tabla 2. Información bibliográfica de los estudios analizados.....	III

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Figura 1. Diagrama de flujo búsqueda bibliográfica	II
---	----

1. INTRODUCCIÓN

Se define el parto como el proceso fisiológico mediante el cual la mujer pone fin a la gestación. En él tiene lugar la expulsión de uno o más fetos y sus membranas desde la cavidad uterina hacia el exterior. El parto se puede catalogar como una experiencia excepcional, en la que influyen factores psicológicos, sociales, físicos y culturales ⁽¹⁾.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) define parto normal o parto de bajo riesgo como aquel que tiene lugar en una gestante sin factores de riesgo, que se desencadena de forma espontánea entre la semana 37^a-42^a y que culmina con el nacimiento de un recién nacido con buena adaptación extrauterina ⁽²⁾.

El proceso de parto consta de tres etapas. La primera etapa es la dilatación, la cual se divide en la fase latente y la fase activa. La fase latente puede comenzar varios días antes del parto y es de duración indeterminada. Se inicia cuando la mujer comienza a sentir molestias o dolor debido a las contracciones uterinas y finaliza cuando el cuello del útero se borra y alcanza una dilatación de entre 3 a 5 centímetros ^(2,3,4). La fase activa se caracteriza por contracciones regulares y dolorosas, que suelen ocurrir de 2 a 5 veces cada 10 minutos. Durante esta fase, el cuello del útero se encuentra borrado en un 50% o más y la dilatación progresa gradualmente hasta alcanzar los 10 centímetros ^(2,3,4).

La segunda etapa del parto es el periodo de expulsivo, que se caracteriza por el descenso y adaptación del feto por su paso a través de la pelvis materna. Comienza una vez que se ha completado la dilatación completa del cuello uterino y finaliza con el nacimiento del bebé ^(2,4). La tercera etapa del parto es el alumbramiento, que es el proceso que transcurre desde el nacimiento del bebé hasta la salida completa de la placenta y las membranas ovulares ^(2,4).

El dolor es el síntoma más comúnmente referido por las mujeres en proceso de parto y es una de las principales razones por las que acuden a consulta sanitaria, seguido de la rotura prematura de membranas. La presencia de dolor durante el parto puede afectar de manera diferente a cada mujer, ya que el dolor es una experiencia multidimensional que se ve influida por diversos factores, tales como cognitivos, afectivos, fisiológicos y conductuales ^(2,3,5,6).

Durante el siglo XX, la asistencia al parto ha pasado por una gran transformación. Hasta la primera mitad del siglo pasado, el parto se realizaba en el domicilio familiar y era asistido por matronas, médicos de familia o parteras que estaban capacitados para ello. En aquella época las condiciones de asepsia no eran las adecuadas y los hogares en multitud de ocasiones carecían de agua corriente y de calefacción. También se debe tener en cuenta que durante esa época que el número de hijos que se gestaban era elevado y el tiempo entre los nacimientos era corto, por lo que todos estos factores provocaban una alta tasa de mortalidad materna e infantil durante el parto ^(3,6,7).

Sin embargo, a partir de los años 50 del siglo pasado, se comenzó a atender los primeros partos en los hospitales y factores, tales como el creciente desarrollo de infraestructuras y la aplicación de protocolos hospitalarios, el desarrollo de los antibióticos, las transfusiones sanguíneas y la anestesia segura, redujeron la tasa de mortalidad materno infantil ^(3, 6, 7).

A partir de los años 70 del siglo pasado, la atención al parto se centró principalmente en el ámbito hospitalario, dejando a un lado la asistencia al parto en el domicilio. Se consiguió reducir en gran medida la tasa de mortalidad materno infantil, gracias a la hospitalización de la mujer gestante durante el proceso de parto y la monitorización del bienestar materno- fetal. Todos estos factores reducen el riesgo de complicaciones y facilitan la intervención médica en caso de que sea necesario ^(5, 6, 7).

De este modo, la asistencia al parto toma una tendencia más medicalizada y tecnológica, dejando a un lado la naturalidad del proceso de parto, vista hasta ese momento. No es el caso de la asistencia al parto en los países subdesarrollados, donde el parto en el domicilio puede ser la única opción disponible ya que la falta de recursos económicos, la dificultad de acceso a un hospital, o las costumbres así lo establecen ^(5, 6, 7, 8).

El porcentaje de partos que se llevan a cabo en el domicilio varía en función de los países analizados, encontrando en Suecia un 0.1%, en Australia un 0.3%, en Estados Unidos un 1.36% y en Reino Unido un 2.4%. Holanda es el país donde se encuentra un porcentaje más alto, del 20%, siendo más frecuentes en zonas rurales y menos común en las áreas urbanas ^(9, 10, 11).

En nuestro país, en todas las Comunidades Autónomas, el 99.5% de los partos son asistidos en centros sanitarios. Sólo el 0.3% de las mujeres son atendidas en su domicilio por personal sanitario. Cataluña es la Comunidad Autónoma donde más partos son asistidos en el domicilio con un porcentaje de 0,63%, seguida del País vasco con un 0,46% ⁽¹²⁾.

En la Unión Europea, doce de los estados miembros, incluyendo a España, carecen de regulación legal que promueva la asistencia al parto en el domicilio. Esta falta de regulación deja a las mujeres que deciden dar a luz en casa en una situación de incertidumbre y desamparo, ya que pueden tener dificultades para encontrar profesionales cualificados y preparados para realizar el parto en el hogar, además de tener que asumir el costo de la atención del nacimiento de sus hijos en estos casos ⁽¹³⁾.

En las últimas décadas, la hospitalización del parto ha llevado a una mayor medicalización e intervencionismo del proceso, lo que ha afectado a su naturalidad, generando un resurgimiento del parto domiciliario como opción para aquellas mujeres

que desean experimentar un parto de baja intervención y que no desean alivio farmacológico para el dolor ^(5, 6, 14, 15).

Para planificar un parto en casa, se deben cumplir ciertos criterios, incluyendo un embarazo de bajo riesgo de complicaciones, la firma de un consentimiento informado, la disponibilidad para trasladarse a un hospital en caso de complicaciones, un solo feto con presentación cefálica, embarazo a término y la ausencia de antecedentes de cesárea previa ^(10, 13, 16, 17).

Para la mayoría de las mujeres, el embarazo y el parto son eventos normales en la vida. Por lo tanto, promover opciones de atención en las que las mujeres tengan control sobre su entorno y decisiones puede tener un efecto significativo en la satisfacción de la experiencia de la maternidad, tanto para la mujer como para su familia ⁽¹⁷⁾.

Por estos motivos, el colectivo de matronas quiere acompañar a la mujer en el proceso de parto en entornos alternativos a las unidades convencionales hospitalarias, y ofrecer una atención diferente a la que se proporciona en estas unidades, respetando los derechos reproductivos de las personas y siguiendo criterios de seguridad de la atención ⁽¹³⁾.

2. JUSTIFICACIÓN

Decidí realizar mi Trabajo de Fin de Grado sobre el parto en casa porque desde hace algunos años he percibido a través de las redes sociales y desde mis vivencias que ha aumentado el interés por el parto en casa, sin embargo, en nuestro país el parto en el domicilio no es una práctica común, puesto que un porcentaje muy bajo de mujeres decide y puede realizar este plan de parto.

Tomé la decisión de realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica actual sobre el parto en casa porque cuando realicé las prácticas clínicas en la unidad de Hospitalización de Maternidad del Hospital Santa Barbara de Soria y en el Servicio de Atención Primaria del Centro de Salud Soria Norte, hubo matronas que me explicaron la existencia de mujeres que decidían dar a luz en su casa, mujeres que acudían a las revisiones de su matrona con un plan de parto específico para ellas mismas. Esto me llamó especialmente la atención porque comprendí cómo actualmente las mujeres tienen más información sobre los partos y más poder de decisión sobre su parto.

Personalmente me supuso un dilema este tema, puesto que por un lado consideré que existen más riesgos de llevar a cabo el parto domiciliario que realizando el parto en un centro hospitalario, pero por otro lado también comprendí que había mujeres que podían preferir la intimidad y la confianza que puedan sentir en sus hogares. Desde ese momento quise tener más información sobre este tema y conocer más detalles.

3. OBJETIVOS

Con esta revisión bibliográfica se pretenden conseguir los siguientes objetivos:

Objetivo general

- Establecer los factores que intervienen en la elección al parto domiciliario.

Objetivos específicos

- Identificar los motivos de la mujer y su entorno en la decisión del parto en el domicilio.
- Determinar los criterios sociosanitarios que hacen viable el parto en el domicilio.

4. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica, desde febrero a mayo de 2023, que tuvo como propósito examinar y analizar una serie de artículos sobre el parto domiciliario planificado.

Las palabras clave empleadas fueron las siguientes: parto domiciliario, mujeres embarazadas, partería, riesgo a la salud. Las palabras clave fueron transformadas en Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS y MeSH) (Tabla 1. ANEXO A). De esta manera, se llevó a cabo una combinación de los descriptores de ciencias de la salud con los operadores booleanos AND y NOT, para así junto con la determinación de los criterios de exclusión e inclusión poder delimitar la búsqueda.

Los criterios de inclusión utilizados para la selección de artículos han sido:

- Artículos escritos en castellano, inglés o portugués
- Artículos relacionados con los objetivos planteados
- Artículos publicados desde 2013 hasta la actualidad

Los criterios de exclusión han sido:

- Artículos escritos en una lengua diferente al castellano, inglés o portugués
- Artículos no relacionados con el tema a tratar

Para ello se seleccionaron 18 artículos recuperados a través de las siguientes Bases de Datos: Dialnet, Scielo, Scopus y Pubmed. También se utilizó el motor de búsqueda Google Académico. Además, se emplearon las siguientes Guías de Práctica Clínica: La Guía de Atención intraparto para mujeres y bebés sanos del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), las Recomendaciones sobre la Atención al Parto en Casa de la Asociación de Matronas de España (FAME) y la Guía de Asistencia al Parto en Casa de la Asociación de Matronas del Parto en Casa en Cataluña.

En las bases de datos, mencionadas anteriormente, se recuperaron 736 artículos, aplicando los criterios de inclusión y exclusión se descartaron 709 artículos y tras una lectura crítica se seleccionaron un total de 18 artículos sobre el parto domiciliario planificado para su análisis. (Figura 1. ANEXO B).

5. RESULTADOS

En la revisión bibliográfica se analizan un total de 18 artículos y 3 Guías de Práctica Clínica (Tabla 3. ANEXO C). Según la metodología expuesta por los autores, 7 artículos son revisiones bibliográficas, 1 es estudio cuantitativo, 5 se tratan de estudios cualitativos, 2 son estudios observacionales retrospectivos, 1 es un estudio experimental aleatorizado controlado, 1 es un estudio de cohorte retrospectivo y, por último, 1 estudio es un análisis descriptivo.

A continuación, se describen los resultados en base a los objetivos planteados y se desarrollan los motivos de la mujer y su entorno en la decisión del parto en el domicilio y se determinan los factores sociosanitarios que hacen viable el parto en el domicilio, como el marco legislativo, competencias de la matrona que atiende el parto en el domicilio y se valoran posibles riesgos y complicaciones.

5.1 Motivos de la mujer y su entorno en la decisión del parto en el domicilio

Uno de los principales factores que ha influido en la elección por parte de las mujeres de la planificación del parto domiciliario es el deseo de reducir la intervención sanitaria en su parto. Las mujeres definen el parto como un proceso que se desarrolla de forma natural, con el tiempo necesario, donde no se interviene si no es preciso y no se requiere el uso de medicamentos ni instrumentos ^(8, 9, 18, 19).

Los valores, las creencias y los deseos influyen en gran medida en la elección del parto domiciliario por parte de los progenitores, que tienen la convicción de que el parto debe ser un proceso natural y puede ser vivido como una experiencia espiritual y trascendental ^(7, 8, 19).

El poder de decisión durante el proceso de parto es un factor que condiciona esta elección, las mujeres afirman que, en el proceso de parto en el ámbito hospitalario, al tratarse de un procedimiento protocolizado, pierden su autonomía, su poder de decisión y el protagonismo que consideran que deben tener ^(8, 18, 19, 20).

La cultura a la que pertenece cada familia influye en la comprensión del proceso de parto y su contexto de vida. Las experiencias previas de sus madres o abuelas de parir en el domicilio, así como el deseo de mantener los mismos valores de llevar a cabo el parto en el hogar, pueden influenciar a las parejas a tomar esta decisión ^(7, 8, 20, 21).

El parto en casa satisface necesidades sociales y psicológicas para la mujer y su entorno. La comodidad del hogar, la libertad de movimiento, la posibilidad de contar con compañía constante a elección de la parturienta, y la incorporación del padre como figura activa en el parto son algunas de las necesidades ^(7, 8, 18, 19, 20).

La confianza en su propia intuición y en que no exista posibilidad de riesgo, es decir, que no creen en la posibilidad de que les ocurra alguna complicación al recién nacido y a ellas, condicionan a la mujer en la elección al parto en casa. Además, las mujeres afirman que no solo confían en su propia intuición, sino también en la propia intuición y práctica segura de la matrona que les pueda asistir en el parto domiciliario (19, 20, 22).

5.2 Criterios sociosanitarios que hacen viable el parto en el domicilio

Normativa del parto domiciliario

En España, El Ministerio de Sanidad aprueba el parto domiciliario, aunque no se ofrece dentro de la cartera de Servicios Públicos del Sistema Nacional de Salud establecidos por el RD 1030/2006. Por ello, las mujeres en España que eligen realizar su parto en el hogar deben contratar matronas en el ámbito privado (8, 10).

En el año 2018, en España se publica “la Guía de Atención al Parto en Casa” elaborada por el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona con la finalidad de proponer unas pautas de actuación para la asistencia al parto en el hogar. Para que la mujer sea incluida en el plan de atención al parto domiciliario, la Guía del Parto en Casa que propone el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona establece una serie de requisitos. La mujer debe aportar todas las pruebas analíticas y controles ecográficos necesarios, además de la información de su historia clínica, según el criterio del personal que atenderá su parto. El plan de nacimiento se debe establecer antes de la semana 28 de gestación. Se deben realizar un mínimo de 4 visitas clínicas con la matrona que asistirá en su parto. La asistencia al parto en el domicilio podrá ser entre la semana 37 y la semana 42 de la gestación. Como requisito del domicilio, éste debe contar con agua corriente, calefacción y no se debe encontrar a una distancia mayor de 30 minutos de hospital más cercano (17).

Según el Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención (NICE) (16) y la Guía de asistencia al parto en casa que propone el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (17), la gestación debe ser considerada de bajo riesgo. Se define como embarazo de bajo riesgo, aquel en el que la gestante no presente ningún factor de riesgo con relación a antecedentes médicos, antecedentes obstétricos o ligados al embarazo actual. Los criterios de embarazo de bajo riesgo son que la gestación debe tratarse de feto único, en presentación cefálica, la gestante debe tener una hemoglobina mayor o igual a 10 g/dl, no debe tener un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a 30 Kg/m², no debe presentar signos ni síntomas de complicaciones durante el embarazo y, por último, debe tratarse de un parto espontáneo que ocurra durante la semana 37 y la semana 42 de gestación.

Otro requisito a tener en cuenta es que la familia debe tener un coche disponible y una persona que lo conduzca para el momento del parto y que se encuentre cerca del domicilio, por si fuera necesario realizar un traslado de urgencia al hospital más cercano (17,23). En el caso que fuera necesario el traslado al mismo, se recomienda que previamente la mujer realice una visita con el personal sanitario del hospital de referencia, el cual debe disponer de la historia clínica de la mujer y debe conocer su plan de parto (17).

En Reino Unido, el parto en casa está financiado por el Servicio Público de Salud, y también hay mujeres que contratan una matrona privada con la que acuerdan un precio previo al parto (10,24).

En Holanda, el parto en el domicilio está financiado de forma completa por el Sistema Público de Salud. En cambio, no cubre el costo total de un parto intrahospitalario. Las matronas de Atención Primaria son las encargadas de realizar el seguimiento durante toda la gestación a una mujer con embarazo de bajo riesgo (9, 10).

El parto en casa en Australia se puede realizar mediante el Servicio Público de Salud, o de forma privada. Existen unos criterios de inclusión para valorar si las mujeres que desean el parto en casa pueden aspirar a hacerlo. La mujer no debe vivir a más de 30 minutos de distancia del hospital de referencia, no debe superar la semana 40 de gestación, no debe tener un IMC superior a 30 Kg/m² y debe tener más de 18 años (18, 24, 25).

En Canadá, el parto domiciliario no está financiado por el Sistema Público de Salud. Para poder realizar el parto en casa, el Colegio oficial de Matronas entrega a las mujeres un documento donde se explica que cada mujer tiene el derecho a elegir el lugar de nacimiento de sus hijos, y donde explica la información necesaria sobre el parto en casa (18). Para realizar el parto en casa las mujeres deben cumplir una serie de requisitos: antes de la semana 36, la gestante ha de notificar a su hospital de referencia su deseo de parir en casa y a su vez, la matrona debe mostrar al hospital todos los registros que tenga de la mujer entre la semana 20 y la semana 36. La matrona ha de notificar el momento en que la paciente comience el proceso de parto, y si es necesario traslado al hospital, debe acompañar a la parturienta durante todo el proceso de parto en el hospital (10).

Funciones y competencias de la matrona que atiende el parto domiciliario

Según la Guía de Asistencia al Parto en Casa realizada por el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (17) y las Recomendaciones sobre la Atención al Parto en Casa de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) (13), la matrona que acompañe durante el proceso de parto debe realizar una serie de competencias.

Debe llevar a cabo una valoración inicial para determinar la duración, frecuencia e intensidad de las contracciones, evaluar el dolor de la gestante y cómo lo maneja, monitorización de constantes vitales maternas como frecuencia cardíaca (FC), tensión arterial (TA) y temperatura (Tª) valorar si existe presencia de sangre, tapón mucoso, líquido amniótico y debe realizar las maniobras de Leopold para valorar posición y presentación del feto ^(3, 13, 17). Realizar una auscultación intermitente para el control del bienestar fetal, anotando la frecuencia cardíaca basal, las aceleraciones y desaceleraciones y palpar el pulso materno para diferenciar las dos frecuencias cardíacas ^(3, 13, 17). También debe realizar tactos vaginales cada 4 horas, especialmente ante la presencia de deceleraciones fetales ^(3, 13, 17). Así como mantener un control riguroso del bienestar materno fetal. Se debe anotar y registrar cualquier movimiento fetal, FC materna por hora, Tª y TA cada 4 horas y la frecuencia de micción ^(3, 13, 17).

Según la Guía de Asistencia al Parto en Casa realizada por el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona ⁽¹⁷⁾ y las Recomendaciones sobre la Atención al Parto en Casa de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) ⁽¹³⁾, los profesionales sanitarios que asisten el parto en el domicilio deben disponer del material adecuado; este material debe ser desechable y se esteriliza por los métodos homologados.

En referencia al traslado hospitalario, la matrona es la encargada de llamar al hospital de referencia para hacer saber la razón del traslado, el transporte utilizado y el tiempo estimado de llegada, y además debe continuar proporcionando cuidados y apoyo durante todo el trayecto hasta el hospital. Si el traslado debe a una urgencia del neonato, los padres son los encargados de acompañar al recién nacido en su propio coche o en una ambulancia si fuera necesario ⁽¹⁷⁾. A la llegada al hospital, la matrona debe presentar un informe verbal y escrito que debe incluir detalles sobre el motivo del traslado, la salud de la mujer y el recién nacido. Asimismo, la matrona debe asegurar la comunicación entre la mujer, la pareja y el personal del hospital ⁽¹⁷⁾.

Riesgos y complicaciones materno-fetales

Las mujeres que tienen un parto domiciliario sufren un menor número de intervenciones, tales como la inducción al parto, anestesia epidural, fórceps, episiotomía y menor tasa de cesáreas, lo que conlleva menores riesgos y complicaciones durante el parto ^(6, 17, 18). La hemorragia en el postparto es una de las primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Se describe como la pérdida de sangre de más de 500 mililitros tras un parto vaginal ^(6, 17, 18). Existe una menor incidencia de hemorragias postparto en los partos domiciliarios planificados, en comparación con los partos intrahospitalarios. Se calcula entorno al 6% de hemorragia post parto ^(13, 18, 26). La distocia de hombros ocurre cuando el feto tiene la cabeza fuera de la vagina, pero los hombros quedan bloqueados. Generalmente el hombro anterior queda por encima del pubis, por

lo que el feto no puede avanzar. La distocia se asocia a una mayor morbilidad fetal, así como una mayor morbilidad materna, puesto que está asociada a una mayor probabilidad de sangrado y desgarros de segundo y tercer grado ^(6, 13, 17, 27).

Según las Recomendaciones sobre la Atención al Parto en Casa de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) ⁽¹³⁾ expone el prolapso de cordón como una emergencia obstétrica, en la cual, el cordón umbilical atraviesa el orificio cervical previo a la presentación fetal. Los recién nacidos en partos domiciliarios presentan unos puntajes de Apgar más bajos, convulsiones neonatales y resultados neurológicos desfavorables en comparación con los nacidos en hospitales ^(18, 28). La tasa de mortalidad perinatal y neonatal es más alta en los partos domiciliarios frente a los partos que ocurren en el hospital, además de un mayor riesgo si el parto no es atendido por matronas ^(11, 27).

6. DISCUSIÓN

En lo referente a la autonomía y poder de decisión de los progenitores durante la asistencia en el proceso de parto, según la ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, se dictamina que "Las mujeres y sus familias tienen derecho a tomar decisiones informadas con respecto a la maternidad y a la atención de la criatura y tienen el deber de aceptar la responsabilidad personal de estas decisiones" ⁽²⁹⁾, sin embargo, los autores Gómez Abero A.M et al. ⁽⁸⁾, García ON et al. ⁽⁹⁾, Zielinski R et al. ⁽¹⁸⁾, Martínez-Mollá TM et al. ⁽¹⁹⁾ refieren que el principal factor que influye en la elección por parte de las mujeres sobre el parto domiciliario es el deseo de reducir la intervención sanitaria. Como se ha mencionado anteriormente, según la ley 41/2002 ⁽²⁹⁾ las mujeres y sus familias pueden negarse a recibir cualquier intervención médica, siempre y cuando se les haya informado sobre el riesgo que puede conllevar no recibir esa intervención.

Según los autores Martínez-Mollá TM et al. ⁽¹⁹⁾, Holten L et al. ⁽²⁰⁾, y Márquez-Mosquera Y et al. ⁽²²⁾, la confianza en su propia intuición y la falsa creencia de las mujeres, y su entorno de que no va a existir ninguna complicación durante el parto en casa es una razón por la que eligen el parto en el domicilio, no obstante, es fundamental, que, como profesionales y promotores de la salud, se aclaren los posibles riesgos y complicaciones que existen de llevar a cabo el parto en el domicilio.

En relación con la normativa sobre la atención al parto domiciliario, no existe una legislación que promueva el parto en el domicilio en España, sin embargo, existen Guías de Práctica Clínica ^(13, 16, 17), que aportan evidencia científica, en las que se pueden consultar las recomendaciones y directrices para realizar la asistencia al parto en casa. Puesto que, la Cartera de Servicios Públicos del Sistema Nacional de Salud no ofrece el parto en el domicilio, las familias que deseen realizar el parto en casa deberán contratar una matrona privada que les atienda durante el proceso del mismo. Es una limitación y la desigualdad económica, genera inequidad, ya que los progenitores que no tengan los recursos económicos suficientes para permitirse los servicios de la matrona no tienen la posibilidad de llevar a cabo el parto en el domicilio ^(8, 10). En Canadá el parto en casa tampoco se puede encontrar financiado por el Sistema Sanitario Público, por lo que existe la misma limitación que en la atención al parto domiciliario en España. Por otro lado, en países como Australia, Nueva Zelanda, Holanda y Reino Unido, la asistencia al parto domiciliario sí se encuentra financiada por el Servicio Público de Sanidad, lo que conlleva un medio de acceso equitativo para las personas con menos recursos económicos ^(9, 10, 18, 24, 25).

Los países en los que el parto en casa está mayoritariamente financiado por el Servicio Público de Salud se encuentran mayores tasas de parto domiciliario, como es el caso de Holanda y Reino Unido ^(9, 10, 24). En Holanda el Sistema Público de Salud no cubre

el costo total del parto intrahospitalario, sin embargo, si cubre el gasto del parto en el domicilio, por lo que las mujeres que no tienen los recursos necesarios para cubrir el costo del parto en el hospital deciden realizarlo en sus hogares ^(9, 10).

Respecto a los posibles riesgos y complicaciones materno - fetales, en referencia al riesgo de hemorragia y de distocia de hombros, según los autores Zielinski R et al. ⁽¹⁸⁾, Rico Becerra JI et al. ⁽²⁶⁾ y Claudia UT et al. ⁽⁶⁾, existe un menor porcentaje de riesgos de que ocurran en el parto domiciliario frente al parto hospitalario. No obstante, existe poca información sobre casos de partos en el domicilio en los que haya ocurrido distocia de hombros, puesto que al no recibir anestesia epidural la parturienta, es más sencillo que ayude con el cambio de posición y el pujo para así facilitar la salida del feto ^(6, 13). Por otro lado, los autores Valdés VR et al ⁽¹¹⁾, Zielinski R et al. ⁽¹⁸⁾, Cheng YW et al. ⁽²⁷⁾ y Mccullough LB et al. ⁽²⁸⁾ afirman que el riesgo fetal (puntuajes de Apgar bajos, convulsiones y disfunción neurológica) es mayor en los partos en el domicilio en comparación con el riesgo fetal en los partos hospitalarios.

Una limitación que se ha encontrado para valorar el beneficio del recién nacido en el parto en casa es que, en la bibliografía analizada no se ha encontrado evidencia científica que hable de los beneficios que tiene para el recién nacido, el parto en el domicilio ^(11, 18, 27).

7. CONCLUSIONES

1. Los principales motivos por los que las mujeres y su entorno escogen el parto domiciliario frente al parto intrahospitalario son el deseo de reducir la intervención médica durante el proceso de parto, el papel activo y el poder de decisión que adquieren, sus necesidades de comodidad, intimidad, movimiento y acompañamiento durante el proceso, así como la importancia de sus valores y creencias.
2. En España el parto domiciliario no está financiado por el Servicio Público de Salud, por lo que los progenitores que deseen escoger el parto en casa deben tener los recursos económicos suficientes para poder contratar una matrona privada y asumir todos los gastos necesarios para hacerlo viable.
3. Otro factor concluyente para poder llevar a cabo el parto domiciliario es que el embarazado sea de bajo riesgo. Se deben realizar los controles gestacionales necesarios, el domicilio debe encontrarse en condiciones adecuadas de higiene y salubridad y debe estar cerca del hospital de referencia.
4. La matrona es el profesional sanitario capacitado y con competencia reconocida para realizar una práctica segura en la asistencia a un parto planificado domiciliario de bajo riesgo.
5. Los partos domiciliarios planificados están asociados con menos intervenciones sanitarias y menores tasas de complicaciones para la mujer como hemorragia postparto. Sin embargo, no hay acuerdo sobre si los recién nacidos en partos domiciliarios pueden tener mayores riesgos de complicaciones en comparación con los nacidos en hospitales.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Federación de matronas. Definición de parto normal [Internet]. Federacion-matronas.org. [Consultado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/definicion-de-parto-normal>
2. Vázquez LM, Carmona J. Parto extrahospitalario. Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia. [Internet]. 2018 [Consultado 17 de abril de 2023]; 118: 65-70. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7029476>
3. Conesa Ferrer MB, Camacho Ávila M, Hernández Sánchez E, López Martínez EM, Marín Conesa E. Estudio descriptivo de los resultados obstétricos y neonatales en dos modelos de asistencia al parto en primíparas. Enfermería Cuid Humaniz. [Internet]. 2022 ;11(2): e2798. Disponible en: <https://doi.org/10.22235/ech.v11i2.2798>
4. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva [Internet]. 2018. [Acceso 28 de abril de 2023]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1%0Ahttps://apps.who.int/iris/mango/10665/272435>
5. Sánchez-Redondo MD, Cernada M, Boix H, Espinosa Fernández MG, González-Pacheco N, Martín A, et al. Home births: A growing phenomenon with potential risks. Anales de Pediatría 2020; 93(4): 266.e1-266.e6. DOI: 10.1016/j.anpede.2020.04.012
6. Uribe C, Contretas A, Bravo P, Villarroel L, Abarzúa F. Modelo de asistencia integral del parto: Concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad. Rev Chil Obstet Ginecol. [Internet]. 2018; 83(3): 266–76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000300266>
7. Pimenta DG, Azevedo CM, de Andrade BTL, de Oliveira, Silva CS, Mourão XGL. El parto realizado por matronas: una revisión integradora. Enferm. glob. [Internet]. 2013. [Consultado 22 de marzo de 2023]; 12(30): 482-493. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200023&lng=es.
8. Gómez Abero AM, Díaz-Jiménez DSL. Parto en casa versus parto en el hospital. Revisión bibliográfica de la literatura actual. Sanum. [Internet] 2019. [Consultado 27 de abril de 2023]; 3: 6–15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8800062>
9. García ON, García EMN, Gabarrón AMI. Mortalidad perinatal en la Unión Europea. Rev Científica Enfermería.[Internet]. 2014; (8): 1–14. Disponible en: <https://doi.org/10.14198/recien.2014.08.04>
10. Ortega Barreda E, Cairós Ventura LM, Clemente Concepción JA, Rojas Linares C, Pérez González AM. Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica

- clínica y legislación del parto en casa. *Ene.* [Internet]. 2017. [Consultado 19 de abril de 2023]; 11 (1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000100005&lng=es
11. Valdés VR, Carvajal CJA. Partos fuera de un hospital y resultados perinatales. *Revista chilena de obstetricia y ginecología.* [Internet]. 2016; 81(4): 343–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400013>
 12. Serrano del Rosal R, Biedma Velázquez L, Ranchal Romero J, García Rodríguez MI, García de Diego JM. Partos en Andalucía. Revisión de fuentes secundarias. *CSIC-JA - Inst Estud Soc Av (IESA).* [Internet]. 2016. [Consultado 19 de abril de 2023]; 1 – 40. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10261/130762>
 13. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Recomendaciones sobre la atención al parto en casa. 2022.
 14. OMS. Las medidas de apoyo individualizadas son fundamentales para una experiencia positiva del parto, según la OMS [Internet]. *Who.int.* [citado el 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/15-02-2018-individualized-supportive-care-key-to-positive-childbirth-experience-says-who>
 15. Stoll KH, Hauck YL, Hall WA. Home or hospital? Midwife or physician? Preferences for maternity care provider and place of birth among Western Australian students. *Women and Birth.* [Internet]. 2016; 29(1): e33–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.07.187>
 16. National Institute for Health and Clinical Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. NICE clinical guideline. 2017.
 17. Alcaraz Vidal L, Casadevall Castañé L, Díaz-Maroto S, Domínguez Cano P, Franch Ferrer M, García Morales R, et al. Guía de asistencia al parto en casa. *Asoc catalana Llevadores* [Internet]. 2018. [Consultado 1 de abril de 2023]; 86. Disponible en: WWW.llevadores.cat/docs/publicacions/guia_partocasa_2018.pdf
 18. Zielinski R, Ackerson K, Low LK. Planned home birth: Benefits, risks, and opportunities. *Int J Womens Health.* 2015; 7: 361–77. DOI: 10.2147/IJWH.S55561
 19. Martínez-Mollá TM, Siles J, Solano M del C. Evitar la violencia obstétrica: motivo para decidir el parto en casa. *Musas.* [Internet]. 2019; 4(2): 53- 57. Disponible en: <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num2.4>
 20. Holten L, de Miranda E. Women’s motivations for having unassisted childbirth or high-risk homebirth: An exploration of the literature on ‘birthing outside the system.’ *Midwifery.* [Internet]. 2016; 38: 55–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.010>
 21. De Araújo BRO, Trezza MCSF, Dos Santos RM, De Oliveira LLF, Pinto LMTR. Between rites and contexts: Decisions and meanings attached to natural childbirth humanized. *Cult los*

- Cuid. [Internet]. 2019; 23 (54): 206–16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.1>
22. Márquez-Mosquera Y. Parto en casa: conocimientos y saberes de mujeres y matronas en Santiago de Chile. *MUSAS Rev Investig en Mujer, Salud y Soc.* [Internet]. 2021; 6 (2): 62–82. Disponible en: <https://doi.org/10.1344/musas2021.vol6.num2.4>
 23. Rodríguez Garrido P, Goberna Tricas J. (In)seguridad del parto en el domicilio: una revisión bibliográfica. *Matronas profesión* [Internet]. 2020. [Consultado 9 de abril de 2023]; 21 (2): 37–46. Disponible en: <https://s3-eu-south-2.ionoscloud.com/assetsedmayo/articles/AD2lpgNtcogB7soYz2wrqBjDk6tayAKVZKjc490K.pdf>
 24. Licqurish S, Evans A. “Risk or Right”: A discourse analysis of midwifery and obstetric colleges’ homebirth position statements. *Nurs Inq.* [Internet]. 2016; 23 (1): 86–94. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nin.12111>
 25. Catling-Paull C, Foureur MJ, Homer CSE. Publicly- funded homebirth models in Australia. *Women and Birth* [Internet]. 2013; 25(4): 152–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.10.003>
 26. Rico Becerra JI, Sánchez Navarro M del C. La seguridad del parto planificado en casa: algunas consideraciones a partir de un estudio cualitativo. *Cult los Cuid.* [Internet]. 2022; (62): 225- 243. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.14198/cuid.2022.62.16>
 27. Cheng YW, Snowden JM, King TL, Caughey AB. Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2013; 209(4): 325.e1-325.e8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2013.06.022>
 28. Mccullough LB, Brent RL, Hon D, Arabin B, Levene MI, Chervenak FA. Perinatal risks of planned home births in the United States. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2015; 212 (3): 350.e1-350.e6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.10.021>
 29. Jefatura del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. BOE-A-2022-22188. [citado el 1 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>

9. ANEXOS

ANEXO A. Tabla 1. Descriptores de CCSS (Fuente: Elaboración propia)

Descriptores de CCSS (DeCS o MeSH)		
DeCS	MeSH	Sinónimo en español
Parto domiciliario	Home childbirth	Parto en casa
Mujeres embarazadas	Pregnant women	Embarazadas
Partería	Midwifery	Matrona
Riesgo a la salud	Health risk	Riesgo a la salud humana

ANEXO B.

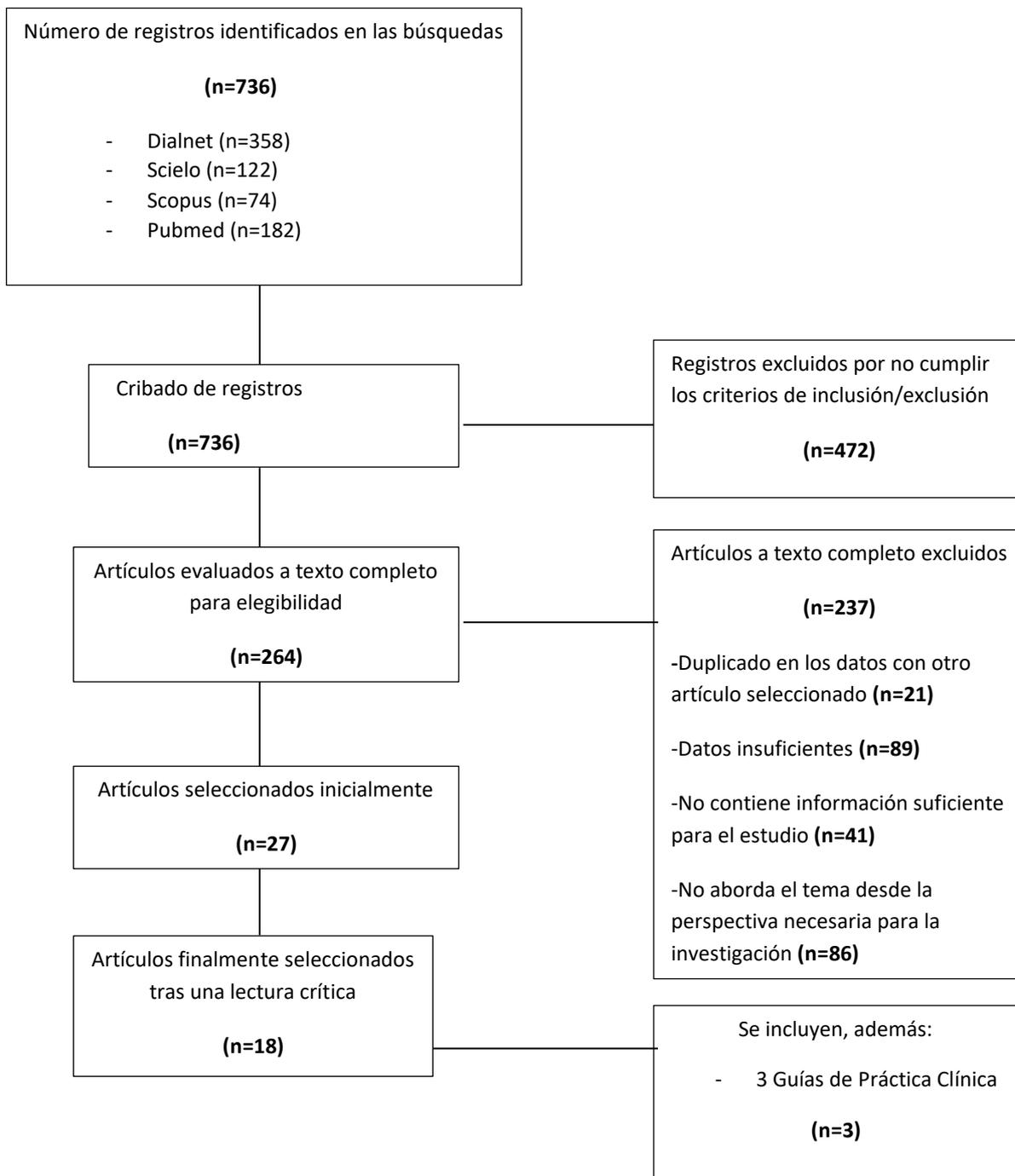


Figura 1. Diagrama de flujo búsqueda bibliográfica. (Fuente: elaboración propia)

ANEXO C. Tabla 2. Información bibliográfica de los estudios analizados. (Fuente: Elaboración propia)

N.º DE REFERENCIA	TÍTULO	AÑO DE PUBLICACIÓN	METODOLOGÍA	RESUMEN
3	Estudio descriptivo de los resultados obstétricos y neonatales en dos modelos de asistencia al parto en primíparas.	2022	Estudio cuantitativo	Expone los resultados tanto obstétricos como neonatales de dos modelos diferentes de asistencia al parto en España en mujeres que dan a luz por primera vez. Los dos modelos de asistencia al parto son, la atención hospitalaria convencional y la atención en centros de parto normal.
6	Modelo de asistencia integral del parto: Concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad.	2018	Estudio experimental aleatorizado controlado	Propone un modelo de atención del parto que se centra en la integralidad, la calidad y la seguridad. Los autores argumentan que el parto es un evento complejo que requiere una atención completa que tenga en cuenta tanto las necesidades físicas y emocionales de la mujer.
7	El parto realizado por matronas: una revisión integradora	2013	Revisión bibliográfica	Las parteras proporcionan cuidados prenatales y posparto para prevenir problemas de salud para la madre y el niño, y se observó que el reconocimiento de la comunidad es la mayor recompensa para su trabajo.

ANEXO C: Tabla 2. Información bibliográfica de los estudios analizados. (Fuente: Elaboración propia) (Continuación)

8	Parto en casa versus parto en el hospital. Revisión bibliográfica de la literatura actual	2019	Revisión bibliográfica	Analiza el riesgo y las complicaciones para mujeres que deciden realizar el parto en el domicilio. Conlleva menor riesgo de episiotomías, partos instrumentalizados, cesáreas y un mayor porcentaje de partos vaginales. Las cifras de mortalidad materna e infantil son similares en los partos hospitalarios y en los partos en casa
9	Mortalidad perinatal en la unión europea ¿influye si el parto es hospitalario o domiciliario? Revisión de la literatura.	2014	Revisión bibliográfica	Describe el modelo de atención al parto en Holanda y lo compara con los modelos de los demás países europeos. Así como compara la tasa de mortalidad perinatal.
10	Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa.	2017	Revisión bibliográfica	Describe las distintas prácticas clínicas del parto domiciliario en distintos países del mundo.
11	Partos fuera de un hospital y resultados perinatales	2018	Estudio de cohorte retrospectivo	Sugiere que los partos fuera del hospital tienen tasas más bajas de intervenciones obstétricas, pero también tienen un mayor riesgo de complicaciones perinatales graves

ANEXO C: Tabla 2. Información bibliográfica de los estudios analizados. (Fuente: Elaboración propia) (Continuación)

18	Planned home birth: benefits, risks, and opportunities	2015	Revisión bibliográfica	Describe los riesgos que existen de realizar el parto en el domicilio. Existe evidencia de que el riesgo neonatal es mayor en los partos domiciliarios en comparación con los partos intrahospitalarios. También existe evidencia del alto grado de satisfacción que tienen las mujeres en los partos domiciliarios planificados.
19	Evitar la violencia obstétrica: motivo para decidir el parto en casa.	2019	Estudio cualitativo	<p>Analiza la influencia de la violencia obstétrica en la decisión del parto domiciliario.</p> <p>Los valores y las creencias sobre el trato recibido en los hospitales y la atención que se recibe en el domicilio en el parto, influye a estas parejas a decidir el parto domiciliario como la mejor elección.</p>
20	Women's motivations for having unassisted childbirth or high-risk homebirth: An exploration of the literature on 'birthing outside the system.'	2016	Revisión bibliográfica	Explora las razones por las que las mujeres deciden optar por un parto domiciliario de alto riesgo. El estudio analiza las experiencias y perspectivas de las mujeres que toman esta decisión. Las razones se deben al deseo de no recibir atención médica, perciben el hospital como un lugar peligroso y tienen la necesidad de vivir el parto como una experiencia íntima y religiosa.

ANEXO C: Tabla 2. Información bibliográfica de los estudios analizados. (Fuente: Elaboración propia) (Continuación)

21	Between rites and contexts: Decisions and meanings attached to natural childbirth humanized.	2019	Estudio cualitativo	Analiza las decisiones asociadas al parto natural humanizado, explorando la razón por la que las mujeres prefieren el parto en el hogar. La influencia se debe principalmente a sus contextos de vida y perspectiva personal que tiene cada mujer sobre su proceso de parto.
22	Parto en casa: conocimientos y saberes de mujeres y matronas en Santiago de Chile	2021	Estudio cualitativo	Examina los factores por los que las mujeres decidieron realizar el parto en su domicilio, como la desconfianza en la atención médica institucionalizada, el deseo de un ambiente íntimo y de participar de forma activa en el proceso de parto.
23	(In)seguridad del parto en el domicilio: una revisión bibliográfica. Matronas profesión	2020	Revisión bibliográfica	Los autores encontraron que, aunque, algunos estudios sugieren que el parto en el domicilio puede ser seguro en ciertos casos, otros estudios muestran un mayor riesgo de complicaciones y mortalidad perinatal en comparación con el parto hospitalario.
24	“Risk or Right”: A discourse analysis of midwifery and obstetric colleges’ homebirth position statements	2016	Estudio cualitativo	Analiza las declaraciones sobre la práctica clínica del parto en casa según los colegios de obstetricia y partería en Australia.

ANEXO C: Tabla 2. Información bibliográfica de los estudios analizados. (Fuente: Elaboración propia) (Continuación)

25	Publicly- funded homebirth models in Australia.	2013	Análisis descriptivo	Describe los modelos de parto domiciliario que se encuentran financiados públicamente en Australia. Examina los resultados de la asistencia en el parto en el domicilio en diferentes zonas de Australia.
26	La seguridad del parto planificado en casa: algunas consideraciones a partir de un estudio cualitativo	2022	Estudio cualitativo	Analiza la opinión de mujeres sobre el parto domiciliario, donde afirman el deseo que tienen de tener un parto sin intervención médica. Analiza también los factores que influyen en que el parto en el domicilio sea lo más seguro posible, deben ser mujeres con embarazos de bajo riesgo, debe asistirlo una matrona certificada y debe existir un plan de traslado de urgencia al hospital.
27	Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States.	2013	Estudio observacional retrospectivo	Examina los resultados del recién nacido en los nacimientos en el parto domiciliario planificado frente a los partos intrahospitalarios en Estados Unidos. El riesgo de mortalidad tanto perinatal como neonatal es mayor en los partos domiciliarios en comparación con los partos intrahospitalarios.
28	Perinatal risks of planned home births in the United States	2015	Estudio observacional retrospectivo	El artículo analiza los riesgos para el recién nacido dentro del parto domiciliario. Sugiere que los riesgos prenatales son la razón por la que existen complicaciones en los partos en el domicilio, y que estos riesgos son fácilmente detectables.