



Trabajo final de grado 2017-2018

El proceso del parto en el domicilio

Escuela superior de ciencias de la salud inscrita a UPF

Judith Jurado Bleda

Director TFG: Sergi Font

Índice

1. Resumen/ Abstract.....	4
2. Introducción.....	6
3. Objetivos.....	10
4. Metodología.....	10
5. Resultados / Discusión.....	13
6. Conclusiones.....	23
7. Implicación en la práctica profesional.....	25
8. Referencias bibliográficas.....	26
Anexos	32

El día a día está lleno de decisiones que debemos tomar.

Pero para poder decidir, es importante disponer de toda información, válida y actualizada. De esta manera, estudiar las diferentes opciones; para poder elegir “lo mejor” entre lo “posible”.

(Martínez, 2015).

RESUMEN

Introducción: Hasta no hace muchos años, el proceso del parto tenía lugar en el domicilio, donde era atendido por mujeres entrenadas y/o por familiares de la partera. Fue a finales del siglo XIX y principios del siglo XX cuando se comienza a institucionalizar el parto. A consecuencia de las nuevas tecnologías (anestesia epidural, episiotomía, etc.) se ha llevado a un alejamiento del parto natural y a un incremento progresivo y abusivo del parto por cesárea.

Objetivo: Describir los resultados encontrados en la literatura científica sobre el parto en el domicilio. Describir los cuidados enfermeros, explorar los beneficios / complicaciones y analizar las diferencias del parto en domicilio en diferentes países.

Método: Revisión de la literatura, utilizando artículos extraídos de diferentes bases de datos: MEDLINE, Cuiden, Cochrane y Scielo. Se emplearon descriptores MeSH y Desc con operadores booleanos AND y OR. El estudio se realizó entre Noviembre 2017 y Mayo 2018 en la Escuela Superior de Ciencias de la Salud Tecnocampus.

Resultados: Se seleccionaron 30 artículos. La mayoría de estos estudios son diseñados en España, Brasil y Holanda, entre 2007 y 2017. Existen datos estadísticos de una mejora en la atención humanizada y personalizada en el proceso del parto en domicilio, al igual que una tasa menor de intervenciones obstétricas las cuales desencadenan un menor porcentaje de complicaciones en el parto, como la hemorragia posparto, la episiotomías y extracción manual de la placenta.

Conclusiones: Holanda es el país donde existe el mayor número de partos domiciliarios. Para garantizar una buena asistencia y segura, se precisan de actualizaciones periódicas de los avances científicos. Conseguir tener una base sólida de información de evidencia científica actualizada, para poder ofrecer a las familias la alternativa del parto en domicilio.

Palabras clave: Parto domiciliario, Parto natural, efectos adversos, parto humanizado, hemorragia postparto, parto y Países bajos.

ABSTRACT

Introduction: Until not many years ago, women used to give birth at home where the event was assisted by trained women and/or relatives. It was at the end of the XIX century and the beginning of the XX century that childbirth began to be institutionalized in an hospital. Advances in modern medicine (epidural anesthesia, episiotomy, obstetric material, etc.) have resulted in decrease of natural births and a progressive and abusive increase of cesarean section deliveries.

Objectives: We aim to describe the results found in the scientific literature about home births, know about their protocol, describe the nursing care, explore the benefits / complications and analyze the differences of home delivery in different countries.

Methods: This is a review of the literature, using articles extracted from different databases: MEDLINE, Cuiden, Cochrane and Scielo. Descriptors MeSH and Desc with Boolean operators AND and OR were used. The study was conducted between November 2017 and May 2018 at the Tecnocampus School of Health Sciences.

Results: Revised literature (30 articles) from different countries: Spain, Netherlands and Brazil between 2007 and 2017, focus on the idea of performing the home birth. That point of view has lots of benefits such as: individualized attention and human care, a lower incidence of obstetric surgery.

Conclusions: The Netherlands is the country with more home births. To get better assistance more literature has to be actualized. To get a solid base of scientific knowledge is imperative to offer a better approach.

Keywords: Home Childbirth, Natural Childbirth, adverse effects, Humanizing Delivery, postpartum hemorrhage, parturition and Netherlands.

2. Introducción

La palabra *parto* procede del latín *partus*, definida según la RAE como “Dicho de una hembra de cualquier especie vivípara: expeler en tiempo oportuno el feto que tenía concebido” (2014).

El parto es un proceso fisiológico, acompañado en la mayoría de los casos, por profesionales sanitarios especializados, donde su asistencia ha de limitarse a acompañar a la gestante y vigilar las posibles complicaciones. Este ha de mantener un equilibrio entre la seguridad de la madre y el menor grado de intervención posible. (Fernández, Leal, García y Vázquez, 2016)

El parto marca el fin de la gestación. Dependiendo de la duración, hablaremos de parto a término ocurrido entre 37 y 42 semanas completas. Los partos ocurridos antes de las 37 semanas se consideran partos prematuros y los que ocurren después de las 42 semanas partos post-término. (Col·legi oficial d'infermeria de Barcelona, 2010).

Tenemos que tener en cuenta los signos y síntomas que nos indicarán el comienzo del parto, para poder ser atendido con mayor rapidez. Entre otros, los más frecuentes, son las contracciones dolorosas y regulares, la pérdida del líquido amniótico, el flujo sanguinolento y acortamiento y/o dilatación del cérvix. (Vázquez y Rodríguez, 2015).

Dicho proceso presenta tres fases. Una primera fase o fase de dilatación, que va desde el inicio de los síntomas hasta que se produce la dilatación total del cuello del útero (9 -10cm), todo ello mediante contracciones uterinas. Seguidamente se inicia la segunda fase o fase de transición, esta presentará contracciones más intensas donde la dilatación será completa y se iniciará la expulsión del bebé hacia el exterior. La tercera fase o fase de alumbramiento es en la que se produce la expulsión de la placenta y las membranas que envuelven al bebé, la madre volverá a presentar contracciones y así garantizar su salida al exterior. (Col·legi oficial d'infermeria de Barcelona, 2010)

Destacar el parto eutócico y el parto distócico. Se considera parto eutócico aquel que se lleva a cabo con total normalidad, por vías naturales de la gestante y con ausencia de ayudas instrumentales obstétricas. Se desarrolla y finaliza sin complicaciones. Tiene un inicio espontáneo donde el feto se encuentra en posición cefálica. Al finalizar el proceso tanto la madre como el bebé se encuentran en buenas condiciones.

Por otro lado, el parto distócico no se desarrolla dentro de la normalidad, presenta complicaciones que se desencadenan durante el trabajo del parto, a consecuencia de

ello, la gestante precisará de la ayuda de tecnologías obstétricas (fórceps, cesárea, fármacos...). (Vázquez, 2015).

Existen diferentes tipos de procesos durante el parto:

Parto por cesárea: consta de una intervención obstétrica quirúrgica, con objetivo de extraer el bebé del útero materno, este acto se realiza cuando se considera peligrosa la vía vaginal (Vicenzo, 2007). En España 2015, un 26,66% de 420.290 nacimientos, fueron realizados mediante cesárea (OMS, 2015). Cuando desde 1985 hasta la actualidad, la OMS considera que la tasa ideal de cesárea debe estar entre el 10% y el 15% de nacimientos. (OMS, 2018)

Parto instrumental: es aquel parto resuelto por vía vaginal asistido por algún tipo de instrumento obstétrico. Estos instrumentos tiene como finalidad fijar la cabeza fetal para poder traccionar y rotar ayudando a su extracción (Morláns Lanau, 2011 y Vázquez Lara, 2015).

Parto inducido: proceso que se inicia artificialmente a consecuencia de una serie de agentes externos introducidos a la gestante, los cuales provocan la fase de dilatación y el inicio del proceso del parto. (Valenti, Enriquez y Larguía, 2000).

Parto natural: comienzo espontáneo de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia en posición cefálica del bebé entre la 37^a-42^a semana (Arnau, Martínez, Nicolás, Bas, Morales y Álvarez, 2012). Según la OMS, en España 2015 se produjeron 420.290 nacimientos, de los cuales un 73,34% fueron partos naturales. (OMS, 2015).

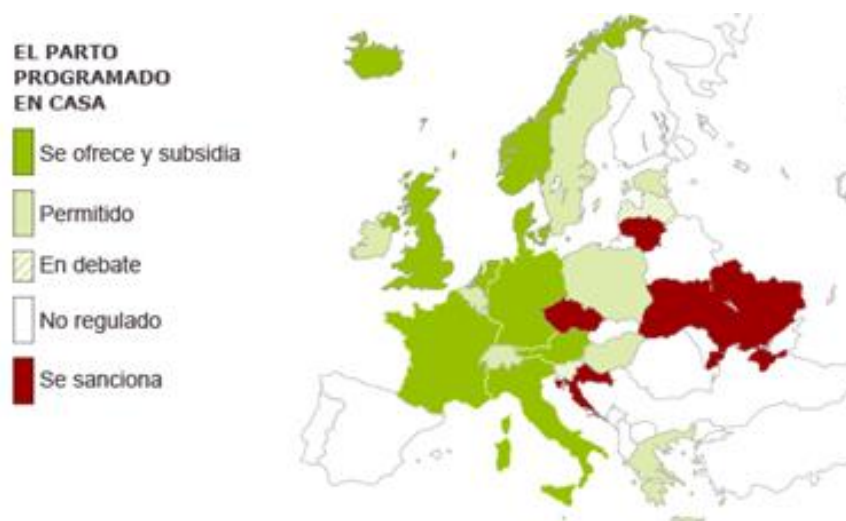
Todos ellos, son asistidos mayormente por profesionales sanitarios cualificados (comadrona) en un centro hospitalario o bien en el domicilio de la gestante. Entendemos como parto hospitalario, aquel procedimiento cuya asistencia es realizada en un centro hospitalario por un grupo de personal cualificado para poder ser atendido con mayor garantía tanto a la madre como al bebé. Aquí se realizarán todo tipo de partos nombrados anteriormente. (Martínez, 2015)

Por otro lado, el parto programado en el domicilio es únicamente asistido en mujeres embarazadas de bajo riesgo (OMS, 2016), en su mismo domicilio, por profesionales cualificados, teniendo en cuenta el traslado a un centro hospitalario cuando sea necesario. (Martínez, 2015)

A nivel mundial, el lugar donde más nacimientos se realizan en el domicilio es en Holanda. Su atención a la maternidad es conocida por su promoción de los partos domiciliarios, los cuales son asistidos mayoritariamente por matronas. Holanda, promueve que la gestante sin riesgo reciba cuidados durante el embarazo por matronas o médicos generales, utilizado únicamente a profesionales especializados cuando existan complicaciones. Un gran volumen de gestantes, opta por un parto domiciliario con su matrona de seguimiento. El profesional de enfermería asignado se desplaza a su domicilio y se responsabiliza de los cuidados hasta los 8 días posteriores a dar a luz. (Escuriet et al, 2014)

La legislación sobre el parto domiciliario es desigual en el seno de Europa (figura 1).

Figura 1. Legislación en Europa 2014.



Fuente: Artículo Nosotras parimos, pero ¿dónde? El país. 2014

En España, con una natalidad total de 424.715 nacimientos (INE, 2014). Se determinó que donde se realizaban más partos en domicilio era en Catalunya (0,50%), Navarra (0,37%), País Vasco (0,33%) y Cantabria (0,23%). (El país, 2014)

Cataluña es, con diferencia, la comunidad autónoma donde esta práctica está más extendida. Según datos más actuales, en 2016, hubo 67.694 nacimientos de los cuales 67.211 nacimientos (99,28%) fueron atendidos en un centro hospitalario por personal sanitario, 382 nacimientos (0,56%) en el domicilio de la gestante y 37 nacimientos (0,055%) en otros lugares no definidos. (Idescat, 2016)

Distribuyendo los 382 partos en domicilio ocurridos en 2016, cabe destacar que 311 partos de ellos, se llevaron a término en Barcelona, siguiendo con 43 partos en Girona, 14 partos en Lleida y 14 partos en Tarragona. (Idescat, 2016)

Desde los inicios de la vida, el proceso del parto era un acontecimiento familiar que se llevaba a cabo en los domicilios de las parteras, con la ayuda de mujeres entrenadas para ello. En las últimas décadas, se ha ido farmacologizando cada vez más el proceso del parto, produciendo una rápida expansión en el desarrollo y el uso de prácticas para iniciar, acelerar y monitorizar el momento del parto. (Uranga y Urman, 2004).

Actualmente, el profesional especialista en Enfermería Obstétrica Ginecológica, es el encargado del proceso, este juega un papel muy relevante en este ámbito, es esencial para llevar a cabo un cuidado integral e individualizado de alta calidad. Presenta como objetivos; proporcionar compañía a la gestante, realizar educación sanitaria, estimular siempre que sea posible la participación de la mujer y de la familia, disminuir la angustia, reconocer situaciones de emergencia, facilitar la lactancia precoz y eficaz, facilitar el vínculo y apego por medio del contacto, garantizar intimidad a la mujer, proporcionar un entorno seguro, satisfacer las demandas de información de la gestante y familiares, dar atención al recién nacido. (Arteaga, Ayestarán, Horcada, Ocina, Serrano, 2013)

Por todo lo anteriormente comentado, es importante conocer de manera actualizada toda la información relevante sobre el parto en domicilio, como forma alternativa a los partos habituales. Dentro de sus beneficios que este comporta encontramos una menor intervención obstétrica, donde la gestante se siente en un ambiente íntimo y libre de movimientos, su asistencia es personalizada e individualizada al igual que toma decisiones compartidas junto con el equipo profesional. (Martínez, 2015)

3. Objetivos

Este estudio tiene como objetivos:

General

- Describir los resultados encontrados en la literatura científica sobre el parto en el domicilio.

Específicos

- Conocer los cuidados enfermeros en el parto domiciliario.
- Explorar los beneficios / complicaciones del parto en domicilio.
- Analizar las diferencias del parto en domicilio en diferentes países.

4. Metodología

Se ha realizado una revisión de la literatura, con el propósito de conocer mediante artículos científicos el proceso del parto en el domicilio, relacionado con la práctica enfermera. Este estudio se ha desarrollado entre Noviembre 2017 y Mayo 2018, en la Escuela Superior de Ciencias de la Salud de Tecnocampus.

Los artículos se han extraídos de las siguientes bases de datos: Medline, Cuiden, Scielo y Cochran. Empleando Descriptores Mesh y Desc, (Tabla 1) y con los *operadores booleanos* AND y OR

Tabla 1. Descriptores Mesh y Decs

<i>Descriptores Mesh</i>	<i>Decs</i>
Home Childbirth, Natural Childbirth, adverse effects, Humanizing Delivery, postpartum haemorrhage, parturition, Netherlands.	Parto domiciliario, Parto natural, efectos adversos, parto humanizado, hemorragia postparto, parto, Países bajos.

La muestra de este estudio, está formada por todos aquellos artículos científicos encontrados en las diferentes bases de datos nombradas anteriormente y que han cumplido los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Se han incluido los artículos publicados en los últimos 10 años (desde 2007 al 2017) en los idiomas: castellano, catalán, inglés y portugués. Por otro lado, se han excluido

todos aquellos artículos que no tuvieran relación con el tema de estudio a pesar de que contengan las palabras claves o que no tengan disponibilidad de texto completo.

Además, se recoge información del “Manual de atención al parto en el ámbito extrahospitalario” y de la “Guía de asistencia del parto en casa”.

Para la ampliación de la muestra, se ha realizado una búsqueda secundaria de las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados, aplicando los criterios de inclusión y exclusión.

Las características de los artículos encontrados han sido:

País de estudio, Año de publicación del artículo, *Impact factor*, Idioma del artículo, Tipo de estudio (Observacional, descriptivo o experimental) y Base de datos científica: Medline, Cuiden, Chocrane y Scielo

Las variables de contenido de la muestra son las siguientes:

Parto domiciliario: Según los autores Saz, Tejeiro y Ortiz, anota que el parto es un proceso natural dentro de nuestra biología, algo natural y no una patología. Consiste en un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen como objetivo la salida del feto, dicho procedimiento se lleva a cabo en el domicilio de la gestante, por un grupo de personal cualificado para poder ser atendido con mayor garantía tanto a la madre como al bebé. (Col·legi d’infermeria de Barcelona, 2017).

Cuidados enfermeros: Según Guarinoni, Motta, Petrucci y Lancia, anotan que las necesidades de cuidados en términos de cantidad y calidad incluye diagnóstico, intervenciones, resultados y actividades como el apoyo en la familia. Asistencia personalizada hacia los pacientes por profesionales especializados. Cuidados guiados por la conceptualización disciplinaria propia que un profesional de enfermería lleva a cabo con autonomía y responsabilidad. (Col·legi d’infermeria de Barcelona, 2017).

Beneficios: Según Kaufman, son efectos positivos de un conjunto de acciones realizadas por profesionales sanitarios, que en este caso, recaen sobre la gestante y/o el bebé. Por lo que la RAE, lo define como bien que se hace o se recibe.

Complicaciones: Contraposición, efectos negativos que recaen sobre la gestante o el bebé. Según la RAE, es definido como dificultad o enredo procedentes de la concurrencia y encuentro de cosas diversas.

La estrategia de búsqueda realizada se presenta en la tabla 2.

Tabla 2. Estrategia de búsqueda.

HOME CHILDBIRTH	AND	HOME HEALTH NURSING
HOME HEALTH NURSING	OR	PARTURITION
HUMANIZING DELIVERY	AND	HOME CHILDBIRTH
POSTPARTUM HAEMORRHAGEN	AND	HOME CHILDBIRTH
HOME CHILDBIRTH	AND	ADVERSE EFFECTS
HOME CHILDBIRTH	OR	NATURAL CHILDBIRTH
NETHERLANDS.	AND	HOME CHILDBIRTH

Para la recogida de datos y ordenar los resultados, se ha diseñado una tabla descriptiva (Anexo I) con las características de los artículos y de las variables a estudio.

Los resultados obtenidos se han representado en diagramas y gráficos mediante el programa informático Excel.

Este estudio no vulnera ningún aspecto ético.

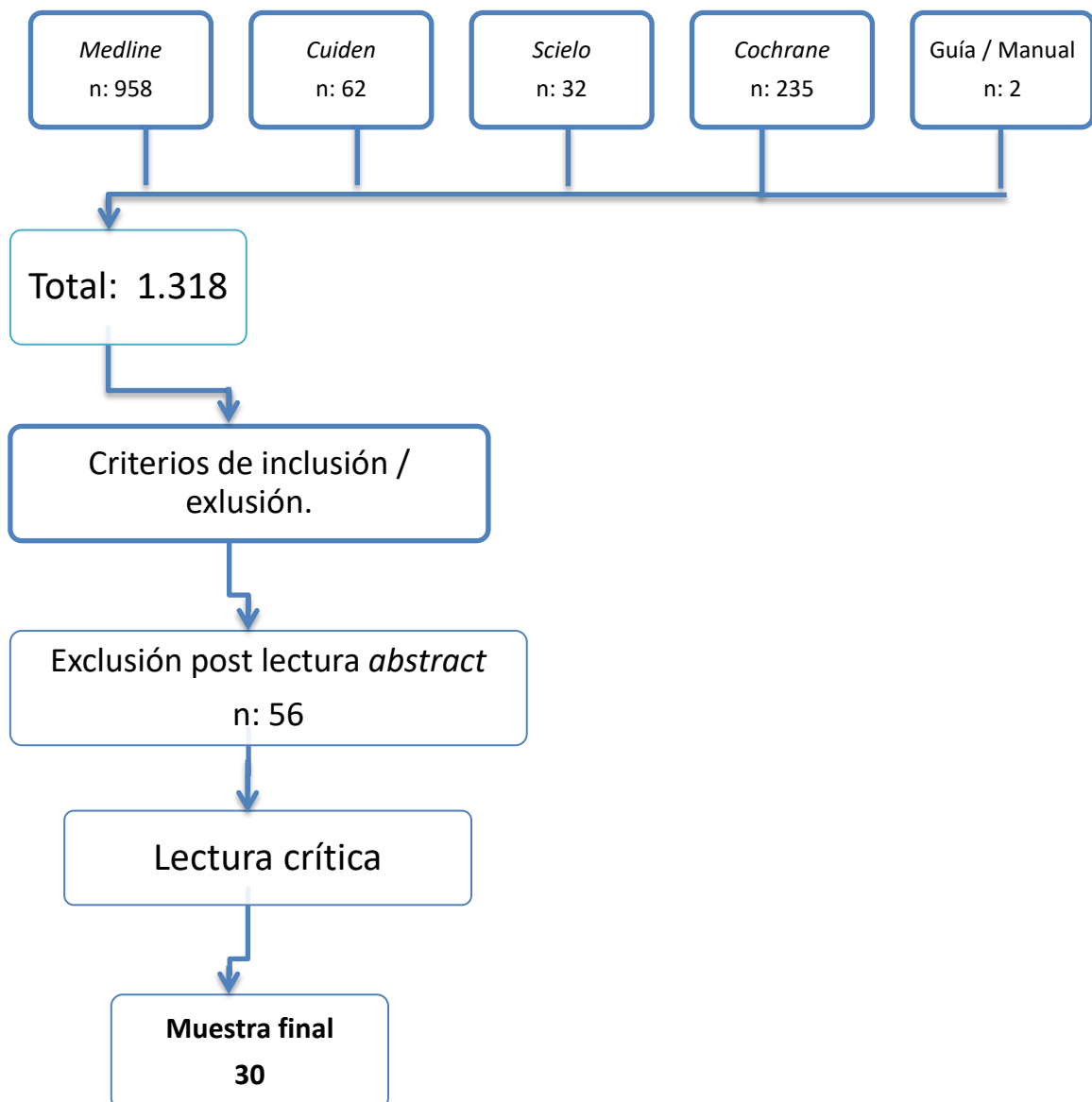
Una de las limitaciones del estudio ha sido la obtención de artículos científicos en texto incompleto, a pesar de haber realizado la búsqueda en la Escuela Superior de Ciencias de la Salud Tecnocampus.

5. Resultados / Discusión

El número total de artículos encontrados es de 1.318 artículos, obteniendo una muestra final de 30 artículos.

En la *figura 1* se representa el proceso de búsqueda hasta la obtención de la muestra final.

Figura 1. Diagrama de flujo



La mayoría de estos artículos son estudios realizados en Brasil y España. (Figura 2) Además, conociendo que Holanda es el lugar con mayor número de nacimientos en domicilio, se realiza una búsqueda más específica en dicho país, es por ello que se suma a la mayoría de artículos encontrados.

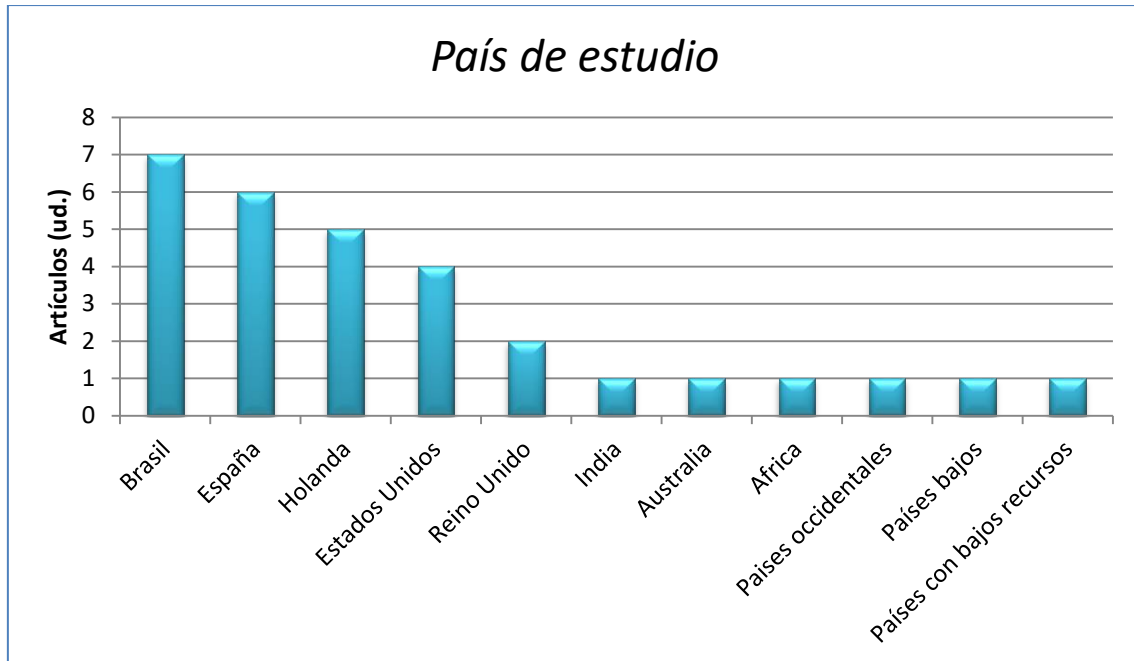


Figura 2. Diagrama de barras. (País de estudio)

Por lo que hace el diseño de estudio de los artículos analizados (grafica 3), el 57% de ellos, son revisiones bibliográficas, esto podría ser debido a que estos estudios no requieren de permisos previos, grandes recursos económicos, consentimientos informado de los pacientes... es un tipo de estudio de fácil acceso para la población, comparado con los estudios experimentales, donde se requieren permisos y una interacción activa constante con la muestra de estudio, una organización más protocolizada.

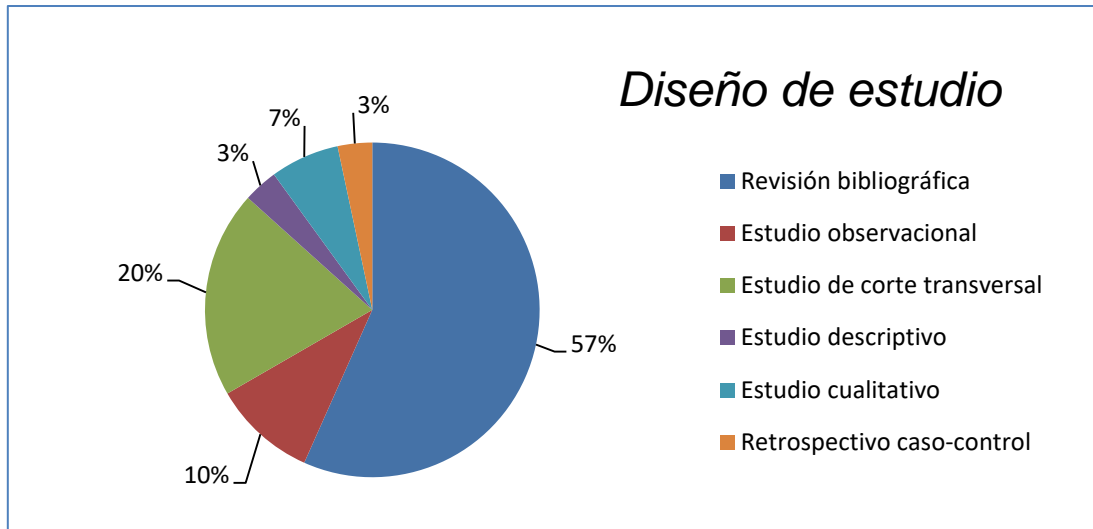


Figura 3. Gráfico circular. (Diseño de estudio)

Referente al año de publicación de estos artículos, se muestra una evolución ascendente. Esto nos indica que cada vez más, las gestantes prefieren métodos naturales y se estudian alternativas al parto hospitalario, conociendo sus ventajas / desventajas, para poder llevar a la práctica dicho proceso de forma segura tras una base sólida de evidencia científica.



Figura 4 . Diagrama de líneas. (Año de publicación)

Además conocemos que el *Impact factor* de los diferentes artículos analizados han sido de 6.124 el máximo y de 0.14 el mínimo.

A partir de los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica, se analizan las diferentes variables de estudio.

Beneficios / inconvenientes

Martínez Escoriza, JC. (2010) Realiza una comparativa en ambos lugares de nacimiento (hospital / domicilio), donde anota que en domicilio existe un grado menor de intervenciones (episiotomías, epidural y morbilidad (infecciones)). En contraposición en el hospital este proceso se lleva a cabo con una asistencia impersonal, uniforme y medicalizada. Por la contra, refiere una mortalidad tres veces más alta en domicilios respecto al hospital, dado que si existe una complicación inmediata, tal solo en un centro hospitalario, podría resolverse de manera rápida. En el estudio realizado por Wax, JR., Lucas, FL., Lamont, M., Pinette, MG., Cartin. A., Blackstone, J. (2010) corroboran de nuevo, un mayor grado de mortalidad en domicilio. Wax, JR et al. (2010) Proponen una mejora en la práctica de ambos lugares de nacimiento, tanto el hospitalario como el domiciliario.

Seguramente la mayoría de la población que no toma la alternativa al parto en domicilio, es por las potenciales complicaciones existentes en cualquier momento del proceso del parto, a su entender, garantizar la salud y bienestar de su bebé, ante la intimidad que se preserva en dicho momento emotivo para la gestante. La atención inmediata tan solo puede ser dada en un centro hospitalario, donde el material y el profesional sanitario está próximo a la gestante.

Cavalcant Frank, T., y Marisa Pelloso, S. (2013) anuncian en su estudio que la OMS reconoce que el parto en domicilio es un lugar apropiado y seguro para dar a luz, recomendando que, la decisión debe de ser tomada por los padres y familiares. El parto hospitalario y su medicación desencadenan a una pérdida de autonomía en la madre y aumenta las medidas intervencionistas. Justifica entonces como entorno ideal liberal, el domicilio, el cual promueve a su vez la liberación de hormonas necesarias para el proceso de parto.

En muchas ocasiones, la provocación del parto, hace que él bebe nazca prematuro y de bajo peso, o bien que la placenta tenga que ser extraída por los profesionales. Esto existe con mayor frecuencia en el parto intra-hospitalario. Contraposición, en el domicilio el proceso transcurre su curso de forma natural con el tiempo que se necesite, con la ayuda de acompañamiento por parte de la comadrona.

Conociendo el grado de mortalidad que existe, Coxon, K., Sandall, J., Fulop, NJ. (2015) En su estudio anteponen la seguridad en el parto, dejando a un lado que sea o no natural. Dicho autor, tras su estudio prospectivo de entrevistas narrativas longitudinales, refiere que es preferible tener un parto seguro hospitalario con la intervención necesario o no de los profesionales que no un parto en domicilio natural pero no garantizando una total seguridad.

La decisión de dar a luz en domicilio es totalmente libre, siempre y cuando sea un embarazo de bajo riesgo. Bilix, B., Kumle, M., Kjargaard, H., Oian, P., Lindgren, H. (2014) juntamente con Vázquez Lara, J., Rodríguez Díaz, L., y Palomo Gómez, R (2017) y la Guía de Asistencia del parto en casa (2010), definen los criterios de inclusión:

El plan de nacimiento establecido tiene que ser elaborado antes de las 28 semanas de gestación, haber realizado cuatro visitas clínicas. Una de ellas en el domicilio. La mujer debe aportar todos los controles ecográficos, analíticos y pruebas complementarias al obstetra. Ser gestante de un solo bebé y se presente en forma cefálica. Únicamente se realizará asistencia en domicilio si se encuentra entre 37-42 semanas de gestación. Embarazo sin complicaciones. Importante disponer de un vehículo de traslado en caso necesario. Valoración previa de las condiciones del domicilio donde se vaya a dar a luz. A estas condiciones se debe añadir que la responsabilidad será únicamente de los padres que hayan tomado la decisión, firmando así el consentimiento.

Por otro lado, estos mismos autores destacan los aspectos de exclusión siguientes; Diabetes materna, enfermedades maternas crónicas: renales, cardiovasculares... Hemorragias trimestrales, Muertes neonatales o fetales previas, gestación múltiple, malformaciones fetales, actividad fetal disminuida, embarazo no controlado, edad materna inferior a 16 años o superior a 35 años.

Tanto los criterios de inclusión y exclusión se ven reflejados en el protocolo, donde en su interior además se conoce el material de uso, recomendaciones de actuación, valoración del domicilio y de la gestante, la asistencia al parto, ítems a valorar (test d'Apgar), etc.

Son múltiples los motivos que llevan a una pareja a tener a su hijo en un entorno familiar, de su propio domicilio; porque consideran que el parto es un proceso que no requiere hospitalización, pudiendo presentar miedo a la atención que se da en los centros sanitarios. En el domicilio el parto, se proporciona a la gestante una asistencia personalizada e individualizada, donde disminuirá su ansiedad e indirectamente el

dolor. Podrá estar acompañada de su marido en todo momento y además de otros familiares si así ella lo desea. Haciendo de este momento un momento importante y memorable para la familia.

En el estudio de Martínez-Mollá, M^aT., Solano Ruíz, C., y Siles González, J. (2013) han referenciado diversos beneficios que comporta el parto en domicilio; la decisión libre de la madre sobre la atención y colocación preferente a la hora de dar a luz además de la participación activa del padre en todo momento, involucrando así a una cohesión más humanizada a estos futuros padres. El padre, puede ayudar a dar a luz y sentir más de cerca el nacimiento de su bebé.

Un estudio realizado en Holanda por Cock, TP., Mannien, J., Geerts, C., Klomp, T., Jonge, A. (2015) Afirma haber un aumento de la tasa de lactancia materna en el país de estudio, gracias al cuidador de la salud, por la atención dedicada. Anota tener relación entre parto en domicilio y lactancia materna exclusiva.

Cabe destacar la participación activa de enfermería la semana posterior al parto, donde el profesional se encarga entre otras cosas de la educación en la correcta lactancia materna correcta. Además, la influencia del parto natural, ayudan a la secreción de prolactina y oxitocina siguen su curso favoreciendo así la secreción de leche materna.

Este hecho va en la línea de la OMS, que aconseja dar lactancia materna mínimo 6 meses.

La mayor complicación que definen Nove, A., Berrington, A., Matthews, Z. (2012) en su estudio, es la hemorragia post-parto. Existe un mayor riesgo en partos hospitalarios y menor en partos en domicilio. Esto puede ser debido a las múltiples intervenciones innecesarias que se realizan en el hospital. Siendo un ejemplo el tacto vaginal para ver los cm de dilatación o bien los instrumentos obstétricos utilizados los cuales dañan las paredes vaginales favoreciendo el aumento del sangrado.

Medicalizar el nacimiento fue un avance que salvó vidas, pero el abuso de episiotomías, cesáreas o drogas (oxitocinas) tienen consecuencias negativas en el proceso del parto. Todas ellas únicamente se procesan en un ámbito hospitalario, donde la decisión no la toma la gestante ni el familiar, sino el equipo profesional.

Todos los artículos coinciden en que el nacimiento es un momento emotivo para la gestante y familiares, donde el proceso requiere de intimidad, atención individualizada,

seguridad y sensibilidad en un contexto sociocultural respetando los valores y creencias.

Cuidados enfermeros

Los cuidados enfermeros en el parto en domicilio son múltiples, facilitando así una humanización total del momento. Según el colegio oficial de enfermería de Barcelona, crea un listado en la Guía de asistencia del parto en casa (2010), de todos aquellos cuidados que se proporcionan. Es importante aliviar el dolor, y puesto que no se dispone ni se requiere de farmacología, la comadrona proporciona un ambiente tranquilo, atenúa la luz de la zona, baja el tono de voz, haciendo una personalización de cada parto que realiza según las necesidades de la gestante. Facilita el contacto piel con piel creando el vínculo materno en el momento de nacer.

Martins, CA., Almeida, NAM., & Mattos, DV. Y Liambila, WN., and Kuria, S. (2012) Dos estudios realizados en España y África respectivamente, se suman a citar que los cuidados enfermeros específicos en este ámbito son; asegurar comodidad y autonomía, alivio del dolor no farmacológico, minimizar los miedos y la ansiedad, proporcionando la compañía familiar en todo momento, con todo esto humaniza el parto y ejecuta aspectos bio/psico/sociales-pitiruales. En el parto en domicilio se ofrece agua, alimentos y ducha de agua caliente donde la atención es mucho más personalizada. Martins, CA. et al (2012), añade que este proceso actualmente está muy incipiente, ya que a nivel mundial solo existe un 18% de partos en domicilio. Donde la mayoría de estos, son concentrados en Holanda.

Muchas mujeres sienten un deseo apasionado de ocuparse ellas mismas de su bebé desde los primeros segundos de vida, y sienten que solamente es en casa donde pueden estar seguras de hacerlo. Lo más importante de los objetivos del parto en casa es una atmósfera de paz, de calma y de paciencia.

Según el estudio realizado por Wieggers, TA. (2009) Nombra tres profesionales sanitarios que tienen contacto con la gestante antes, durante y después del parto. Haciendo referencia a la tabla que elabora, se visualiza un alto porcentaje de atención por parte de la comadrona en todo el proceso de la gestación e incluso en momentos después de parir.

Tabla 3. Profesionales al cargo de los cuidados maternos.

Table 1: Care providers in maternity care

All pregnant women (n = 793)	MW*	GP*	GYN*
Which care provider did you go to first?	85.6%	5.3%	9.1%
Which care provider did you see more than once during pregnancy?***	87.5%	3.0%	36.0%
All postpartum women (n = 632)	MW*	GP*	GYN*
Which care provider did you see during pregnancy?***	87.5%	2.8%	35.0%
Who was your care provider at the onset of labor?	68.6%	1.6%	29.8%
Which care provider was responsible at the time of birth?	48.0%	0.8%	51.2%
Which care provider was most involved during labor/birth?	71.0%	1.1%	27.9%
Who was your care provider during the postpartum period?	90.9%	3.0%	6.1%

*MW = midwife; GP = general practitioner; GYN = gynecologist

*** more than 1 response if women were referred from primary to secondary care during pregnancy

Fuente: *The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. BMC Pregnancy Childbirth, 2009.*

El profesional enfermero (comadrona) es el encargado de supervisar todo el proceso y cerciorarse de que todo sea correcto, prevenir aquellas complicaciones posibles y actuar de forma inmediata. Si prosiguiera la complicación, la comadrona acompañaría al hospital más cercano y continuaría su atención. De esta manera, el vínculo previamente creado con esta figura de confianza, hace que la paciente se sienta más segura e indirectamente disminuya el dolor del proceso.

Bolten, N., Jonge, A., Zwagerman, E., Zwagerman, P., Klomp, T., Zwart, J., Geerts, C. (2016) resaltan en su estudios que los profesionales necesitan recibir información actualizada en base en la evidencia científica para poder informar a las gestantes de los diferentes lugares de nacimiento. Al igual que es importante que vayan realizando reciclajes de las nuevas técnicas, resolución de complicaciones, atención personalizada socio-culturalmente... Cock, TP. et al. (2015) Destaca que en el parto en domicilio existe una mayor atención de manera individualizada con mayor disponibilidad de tiempo.

La humanización es más probable en el domicilio, desencadenando una experiencia positiva, conmovedora y para recordar.

Esto nos lleva a pensar que en el hospital, debido a la sobrecarga de trabajo, todo esto no puede ser posible, y se puede llegar a realizar procedimientos rápidos, uniformes y de atención escasa.

Luc van Lonkhuijzen, J. and Stekelenburg Jos van, R. (2009) Reflexionan sobre la posibilidad de crear un nuevo ambiente de nacimiento en los países de bajos recursos. Los *hogares maternos*, son establecimientos de fácil acceso al hospital, frente a las

múltiples complicaciones. Cuenta con la atención especializada de profesionales capacitados.

País de nacimiento

Según el estudio realizado por Ortega Barreda, E., Cairós Ventura, L.M., Clemente Concepción, J.A., Rojas Linares, C., & Pérez González, A.M. (2017) junto con la Guía de Asistencia del parto en casa (2010) diseñada por el colegio oficial de enfermería de Barcelona, se encuentran los siguientes datos sobre el parto en domicilio en los diferentes países;



- **Holanda:** es el lugar por excelencia donde más partos en domicilios se realizan. Está totalmente financiado por sanidad. Es la enfermera (comadrona) quien lleva todo el proceso del parto, siendo ella también quien se quedará al cuidado de la madre y el bebé 1 semana posterior a dar a luz. Con este servicio la comadrona enseñará hacer una correcta lactancia, como duchar al bebé, y ayudando a la madre en todo lo que pueda. Solo un 27% de comadronas, trabajan en el hospital. Puede ser por el motivo de la financiación total, y la educación sanitaria que reciben los futuros padres, que estos deciden tener un parto totalmente natural, en el domicilio.
- **España:** se ofrece libertad de elección. No está cubierto por la seguridad social. Los gastos serán cubiertos por los padres, los cuales oscilan entre los 2.000€, se dispone de casas de partos o de ambientes diseñados intrahospitalarios, que facilitan a que el momento sea más íntimo.
- **Reino unido:** es financiado por sanidad. Los profesionales explican la alternativa del parto en domicilio y no lo aconsejan en nulíparas, puesto que lo consideran de algo riesgo.
- **Suecia:** La gestante se encargará de buscar y pagar a la comadrona. La asistencia domiciliaria solo se realizará si es multípara, dado que el grado de complicación es mucho menor. Además, confirmando que la distancia del domicilio al hospital no superen los 35 minutos. La asistencia será siempre recibida por dos comadronas, las cuales no disponen de material ni fármacos, el parto será llevado de forma natural. Previo a todo esto, los padres recibirán información por el personal obstetra, para concretar su decisión.
- **Dinamarca:** Se ofrece libertad de elección. Se financia por la seguridad pública pero no se promueve. Solo el 1% de los partos, son en domicilio.

- **Islandia:** La asistencia será gratuita, puesto que está subvencionado por el estado.
- **República checa, Lituania, Ucrania y Croacia:** según González, P. en una publicación del 2014 en el País; Si la embarazada es checa, los médicos le explicarán que no es posible. La ley prohíbe a los profesionales sanitarios planificar y atender un parto domiciliario. República Checa considera que la infraestructura sanitaria del país no cumple las condiciones para hacerlo con seguridad. Pasa lo mismo con los países Lituania, Ucrania y Croacia, son sancionados económicamente si llevan a cabo el proceso del parto en el domicilio.

Existe una alta diferencia entre Holanda y el resto de países, por lo que hace al proceso del parto en el domicilio.

Holanda, es el lugar por excelencia donde más partos en domicilios se registran al año. Es por su sistema sanitario y la confianza que se establece entre profesionales – gestante/familiares. La financiación total del proceso, suma puntos al porcentaje de partos en domicilio.

En España, cuesta 2.000€ aproximadamente, llevar a cabo dicho proceso fuera del ámbito hospitalario, con la atención de comadronas especializadas. Es por esto que mucha de la población no puede permitírselo, y se reduce a un menor número de personas que puedan ejercer de esta opción alternativa a lo habitual. El parto en domicilio, está poco comentado por lo que hace a España, es por esto también que la población no se decanta por el parto en domicilio, debido en la mayoría de los casos por desconocer el servicio, sus beneficios e inconvenientes. La palabra miedo, es lo que más se escucha cuando se oye hablar de esta alternativa.

República Checa, Lituania, Ucrania y Croacia, se encuentran en otra posición. Estos países deben mejorar su atención al parto y mejorar dentro de lo posible los diferentes riesgos de infección, garantizar una seguridad fiable y formarse para todo tipo de intervención en el proceso del parto. Cuando la situación intra-hospitalaria se lleve a cabo de una forma semejante al resto de países, se podrán poner en práctica en el domicilio, teniendo en cuenta siempre la seguridad, y los posibles riesgos (infecciones, complicaciones en el parto...) los profesionales deben de formarse periódicamente para conocer los diferentes avances de la ciencia en este ámbito.

6. Conclusiones

Según la experiencia de una madre al dar a luz a su bebé en un centro hospitalario. Comenta que: *“cuando se ha esperado nueve meses a un hijo, es muy duro oír decir que no eres tú la responsable de él durante los primeros días, el tiempo que estés ingresada”*.

Cuando se da a luz de manera intra-hospitalaria, tanto la gestante como el bebé quedan ingresados, según las complicaciones existentes durante el parto, entre 2 o 4 días.

Los resultados obtenidos han permitido alcanzar los objetivos planteados, concluyendo así que Holanda, es el lugar que se encuentra en primera posición respecto al nacimiento en domicilio. La promoción de la alternativa al hospital es algo que se encuentra presente en las consultas de enfermería. La enfermera comadrona se hará cargo de todo el proceso gestacional, del momento del parto, y hasta una semana posterior a dar a luz, Enfermería; se encarga de hacer una buena educación sanitaria, explicar la lactancia materna, duchar al recién nacido y resolver todas las dudas entre otras cosas.

El parto en domicilio presenta una mayor asistencia personalizada e individualizada, en comparativa al parto hospitalario. Humanizar este momento, crea a la paciente mayor seguridad, menor dolor, disminuye complicaciones.

La existencia de complicaciones está presente en todo momento. Una de las más frecuentes es la hemorragia post-parto, esta contiene mayor porcentaje en el ámbito hospitalario comparado con el domiciliario, es consecuencia de las intervenciones innecesarias que a veces se llevan a cabo.

Existe poca evidencia científica sobre la seguridad del parto en domicilio, pero sí que la seguridad se ve afectada en el hospital debido a un mayor número de intervenciones innecesarias por parte de los profesionales sanitarios, el cual desencadenan a una serie de consecuencias negativas, que a su vez, no existen en el domicilio y hacen así pues más seguro la atención domiciliaria y no la hospitalaria.

Por lo que hace a los cuidados enfermeros, existen diferencias si comparamos la atención en hospitales o en domicilio. En domicilio, la comadrona se limita a acompañar, vigilar signos y síntomas de complicaciones, ayuda a tranquilizar

explicando el progreso del parto, deja total libertad a la gestante, ofrece todo lo necesario para el proceso, crea un vínculo de confianza y lo más importante, ayuda a dar a luz de forma natural, humanizada y personalizada teniendo en cuenta los aspectos bio/psico/sociales-pitiruales.

Como conclusión final, el modelo práctico en ambos lugares, precisan de una mejora en su atención. Existe una evolución en las alternativas al parto hospitalario, gracias a su investigación.

Es necesario formar de manera continuada a los profesionales sanitarios especializados en obstetricia, para desarrollar nuevas habilidades y alternativas al parto hospitalario, haciendo uso del domicilio en aquellas situaciones sin riesgo aparente. Con todo esto se prevé, realizar una asistencia personalizada, humanizada y menos medicalizada, dejando atrás las intervenciones innecesarias.

7. Implicación en la práctica profesional

En el mundo, cada minuto, nace una nueva persona.

Actualmente, comadrona es una de las especialidades de enfermería, la encargada de llevar a cabo ese proceso garantizando una buena asistencia. El nacimiento es un proceso fisiológico en el que solo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad. En la actualidad, el proceso del parto hospitalario está muy instrumentado y poco humanizado. Esto es una de las cosas que más me ha llamado la atención para realizar dicho estudio bibliográfico.

El papel de la enfermera juega un gran papel en este momento, ya que es ella la encargada de ayudar a dar a luz. Por ello es importante conocer las diferentes alternativas del proceso del parto, para poder aconsejar frente una base sólida, científica y actualizada a la gestante. Posteriormente ser ella quien elija el lugar de nacimiento de su bebé.

Para implementar el parto en domicilio es importante que el profesional especializado tenga una buena base de conocimientos y formación en esto. Por eso se considera de suma importancia, ir actualizando los conocimientos con cursos, talleres o formaciones complementarias, conociendo así nuevas maniobras, beneficios / inconvenientes, complicaciones y como mejorar estas. Añadiendo también cursos teórico/prácticas para enfermeras generalista de primaria, para poder asesorar, informar o resolver dudas a las gestantes en el centro de atención primaria.

Personalmente, el conocer todo lo que he conocido tras esta revisión bibliográfica, me enriquece de información científica actualizada. Gracias a esto, podré divulgar dichos conocimientos a la población. Haciendo así que el parto en domicilio se conozca como alternativa posible y segura. Explicando los beneficios / complicaciones reales y desmintiendo los que la población piensa. Actualmente, conozco el protocolo a seguir para poder llevar a cabo un parto en domicilio. Considero que la alternativa al parto en domicilio está siendo estudiada para mejorar la atención recibida, tal y como muestran las gráficas de año de estudio, se observa un incremento en la investigación.

Gracias a las nuevas alternativas, mejoramos la visión del parto, un momento especial para la nueva familia que formaran estos padres con el nacimiento de su bebe entre las paredes de su casa.

8. Referencias bibliográficas

- Arnau Sánchez, J., Martínez Roche, M. E., Nicolás Viguera, M. D., Bas Peña, E., Morales López, R., y Álvarez Munárriz, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. Revista de antropología iberoamericana. Recuperado de: www.redalyc.org
- Arteaga, D., Ayestarán, N., Horcada, MM., Ocina, B., y Serrano, I. (2013). Guía de objetivos, funciones y actividades de la matrona: asistencia hospitalaria. Asociación Navarra de Matronas. Recuperado de: http://www.asociacioncanariadematronas.es/wpcontent/uploads/2013/04/guia_funciones_matronanavarra.pdf
- Bilix, B., Kumle, M., Kjargaard, H., Oian, P., Lindgren, H. (2014). Transfer to hospital in planned home births: a systematic review. BMC Pregnancy & childbirth, 14:179. Recuperado en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-14-179>
- Bolten, N., Jonge, A., Zwagerman, E., Zwagerman, P., Klomp, T., Zwart, J., Geerts, C. (2016). Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: a cohort study in the Netherlands. BMC Pregnancy and Childbirth 16:329. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5084314/pdf/12884_2016_Article_1130.pdf
- Cavalcant Frank, T., & Marisa Pelloso, S. (2013). The perception of professionals regarding planned home birth. Revista Gaúcha de Enfermagem, 34(1), 22-29. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100003>
- Cock, TP., Mannien, J., Geerts, C., Klomp, T., Jonge, A. (2015). Exclusive breastfeeding after home versus hospital birth in primary midwifery care in the Netherlands. BMC Pregnancy and Childbirth 15:262. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4604719/pdf/12884_2015_Article_688.pdf
- Col·legi oficial infermeria de Barcelona. (2010). Guía de asistencia del parto en casa. Recuperado de: <https://www.elpartoestuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partoencasa/GUIA%20PART%20CAST.pdf>
- Colacioppo, PM., Koiffman, MD., Riesco Gonzalez, ML., Schneck Camilla, A., & Osava Hitomi, R. (2010). Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. Revista de Enfermagem Referência, serIII(2), 81-90. Recuperado de:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400009&lng=pt&tlng=pt.

- Coxon, K., Sandall, J., Fulop, NJ. (2015). How do pregnancy and birth experiences influence planned place of birth in future pregnancies? Findings from a longitudinal, narrative study. BIRTH Jun;42(2):141-8. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25676885>
- Devasenapathy, N., George, MS., Ghosh, J., Singh, A., Negandhi, H., Alagh, G., Shankar, AH., Zodpey, S. (2014). Why women choose to give birth at home: a situational analysis from urban slums of Delhi. BMJ Open. May 22;4(5). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24852297>
- Escuriet, R., Pueyo, M., Biescas, H., Espiga, I., Colls, C., Sanders, M., Kinnear, A., Roberts, M., Gomes, S., Fusté, J., y Ortún, V. (2014). La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Matronas Prof 15(2): 62-70. Recuperado de: https://www.upf.edu/documents/3223410/3287206/AtencionPartoOCDE_Matronas2014.pdf/e684100f-2b8e-4d67-b167-020dda4cb402
- Fernández Domínquez, N., Leal Gómez, E., García Lavandeira, S., y Vázquez Rodríguez, M. (2016). Atención al parto extrahospitalario. Out-of-hospital births. SEMERGEN - Medicina de Familia, Volume 42, Issue 5, Pages 331-335. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359315001483>
- Fróes de Oliveira Sanfelice, C., and Keiko Kakuda shimo, A. (2014). Home childbirth: Progresor Reetrocession? Rev Gaúcha Enferm. mar;35(1):157-160. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000100157
- Fróes de Oliveira Sanfelice, C., and Keiko Kakuda shimo, A. (2015). Home birth: Understanding the rearons for this choice. Text Context Nursing, Jul-Sep; 24(3): 875-82. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300875
- García Rodríguez, MJ. (2011). Eficacia de un plan de parto para mejorar la ansiedad en mujeres durante el parto. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Matronas. 3 (3): 153-175. Recuperado de: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/739>
- Gosálvez, P. (2014). Nosotras parimos, pero ¿dónde?. El País. Recuperado de: https://elpais.com/elpais/2014/12/19/media/1419018283_128994.html?rel=mas
- Green Koettker, J., Maria Brüggemann, O., and Mucha duftoth, R. (2013). Planned home births assisted by nurse midwives: maternal and neonatal transfers. Rev Esc Enferm USP; 47(1):15-21. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23515798>

- Instituto de estadística de Cataluña (idescat). (2016). Parts segons l'edat de la mare i l'assistència sanitària. Recuperado de: <http://www.idescat.cat/pub/?id=naix&n=5120&lang=es>
- Instituto de estadística de Cataluña (idescat). (2016). Parts segons l'edat de la mare i l'assistència sanitària. Províncies. Recuperado de: <http://www.idescat.cat/pub/?fil=11&col=1&id=naix&n=5120&by=prov&t=201600&lang=es>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2017). España en cifras 2017. Recuperado de: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924856416&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratis
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (Diciembre 2017). Estadística del Movimiento Natural de la Población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios). Recuperado de: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177007&menu=ultiDatos&idp=1254735573002
- Jonge, A., Mesman, JAJM., Manniën, J., Zwart, JJ., Buitendijk, SE., van Roosmalen, J., et al. (2015). Severe Adverse Maternal Outcomes among Women in Midwife-Led versus Obstetrician-Led Care at the Onset of Labour in the Netherlands: A Nationwide Cohort Study. PLoS ONE 10(5). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4427485/pdf/pone.0126266.pdf>
- Jonge, A., Peters, L., Geerts, CC., Roosmalen, JJM., Twisk, JWR., Brocklehurst, et al. (2017). Mode of birth and medical interventions among women at low risk of complications: A cross-national comparison of birth settings in England and the Netherlands. Plos ONE 12(7). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5531544/pdf/pone.0180846.pdf>
- Kaufman, T. (2007) Evolution of de birth plan. J Perinat Educ. 16(3):47-52. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1948092/pdf/JPE160047.pdf>
- Keedle, H., Schmied, V., Burns, E and Dahlen, HG. (2015). Women's reasons for, and experiences of, choosing a homebirth following a caesarean section. BMC Pregnancy & childbirth. 15:206. Recuperado de: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0639-4>
- Koettker Joyce, G., Brüggemann Odaléa, M., & Dufloth Rozany, M. (2013). Partos domiciliarios planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 47(1), 15-21. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100002>

- Liambila, WN., and Kuria, S. (2014). Birth attendance and magnitude of obstetric complications in Western Kenya: a retrospective case– control study. BMC Pregnancy and Childbirth 14:311. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25201072>
- Luc van Lonkhuizen, J. and Stekelenburg Jos van, R. (2009). Hogares maternos para mejorar los resultados maternos y neonatales en países de bajos recursos (Revision Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus Número 3. Recuperado de: <http://www.cochrane.org/es/CD006759/hogares-maternos-para-mejorar-los-resultados-maternos-y-neonatales-en-paises-de-bajos-recursos>
- Martínez Escoriza, JC. (2010). Parto en domicilio: ¿hay suficientes evidencias com para proponerlo como alternativa al parto en hospital? Evid Pediatr. 6:46. Reccuperado de: http://archivos.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/_LLP3k9qgzlh7aNQBiadwmVVVkw_p7qRxmlyOzkMPhe9HJ9yDvhMHZqOeUZQwwBNS2X5taq9irdOQG9YcjQ-A
- Martínez Mollá, M^aT. (2015). Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio. (Tesis doctoral). Recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46250/1/tesis_martinez_molla.pdf
- Martínez-Mollá, M^aT., Solano Ruíz, C., y Siles González, J. (2013). Yo acompaño: experiencia del padre en la decisión del parto en casa. Index de Enfermería, 22(1-2), 89-92. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100019>
- Martins, CA., Almeida, NAM., & Mattos, DV. (2012). Parto domiciliario planeado: asistido por enfermero obstetra. Enfermería Global, 11(27), 306-311. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300016>
- Morales Sabrina, A; Guibovich Mesinas, A y Yábar Peña, M. (2014). Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v14n4/a10v14n4.pdf>
- Morláns Lanau, M. (2011). El acompañamiento continuo en los partos instrumentales: resultados obstétricos y perinatales, nivel de satisfacción de la mujer y acompañante. Reduca (Enfermería, Fisiopetapia y Podología) Serie Matronas. 3(3): 176-206, 2011. Recuperado de: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/740>
- Nove, A., Berrington, A., Matthews, Z. (2012). Comparing the odds of postpartum haemorrhage in planned home birth against planned hospital birth: results of an observational study of over 500,000 maternities in the UK. Nov 19;12:130. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23157856>
- Olsen, O y Clausen A, J. (2014). Planned hospital birth versus planned home birth. Cochrane Database Syst Rev. Author manuscript; available in PMC November 20. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22972043>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Recuperado de: <http://www.durga.org.es/webdelparto/images/oms-fortaleza.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
- Ortega Barreda, E., Cairós Ventura, L.M., Clemente Concepción, J.A., Rojas Linares, C., & Pérez González, A.M.. (2017). Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa. Ene-enfermería, 11(1) Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2017000100005&lng=pt&tlng=es.
- Saz Peiró, P; Tejero Lainez, MC; Ortiz Lucas, M. (2008). Asistencia al parto en casa. Medicina naturista. Vol. 2 – Nº1: 13-32. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/28203675> Asistencia al parto en casa
- Snowden, JM; Tilden, EL; Snyder, J; Quigley, B; Caughey, AB and Cheng YW. (2015). Planned out-of-hospital birth and birth outcomes. N Engl J med. 31;373(27):2642-53. December 31. Recuperado de: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1501738#t=article>
- Sorgatto Collaço, V., Santos Kotzias Atherino dos, S., Ventura de Souza, K., Valdecyr Alves, H., Fátima Zampieri, M., Petters Gregório, V. (2017). THE MEANING ASSIGNED BY COUPLES TO PLANNED HOME BIRTH SUPPORTED BY NURSE MIDWIVES OF THE HANAMI TEAM. Texto & Contexto - Enfermagem, 26(2), e6030015. Epub June 05, 2017. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006030015>
- Sperlich, M; Gabriel, C and Seng, J. (2017). Where do you feel safest?: emographic factors and place birth. J Midwifery Womens Health. January ; 62(1): 88–92. doi:10.1111/jmwh.12498. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5276733/pdf/nihms-828910.pdf>
- Symon, A., Winter, C., Inkster, M., Donnan, P. (2009). Outcomes for births booked under an independent midwife and births in NHS maternity units: matched comparison study. BMJ;338:b2060. Recuperado de: <https://www.bmj.com/content/bmj/338/bmj.b2060.full.pdf>
- Uranga, A., y Urman, J. (2004). Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil Ministerio de Salud, Argentina. Recuperado de:

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>

- Valenti, E., Enriquez, D., y Larguía, M. (2000). Parto pretermino provocado. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91219205.pdf>
- Vázquez Lara, J., Rodríguez Díaz, L., y Palomo Gómez, R. (2017). Manual de atención al parto en el ámbito extrahospitalario. Recuperado de: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Parto_extrahospitalario.pdf
- Vázquez Lara, JM., y Rodríguez Díaz, L. (2015). Programa formativo de la especialidad de Enfermería obtétrico Ginecológica (Matrona). Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Recuperado de: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manual_EIR_Matronas_Vol_5.pdf
- Vedam, S., Rossiter, C., Homer, CSE., Stoll, K., Scarf, VL. (2017). The ResQu Index: A new instrument to appraise the quality of research on birth place. PLoS ONE 12(8): e0182991. Recuperado de: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0182991>
- Wax, JR., Lucas, FL., Lamont, M., Pinette, MG., Cartin, A., Blackstone, J. (2010). Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 203:243.e1-8. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2059828>
- Wieggers, TA. (2009). The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. BMC Pregnancy Childbirth. May 9;9:18. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19426525>
- Wiley & Sons, J. (2013). Parto planificado en el hospital versus parto planificado en el domicilio (Revisión Cochrane traducida). Recuperado de: <http://www.biblioteca-cochrane.com/control.php?URL=/PDF-ES/CD000352.pdf>

ANEXOS

TÍTULO	Año de pub.	País de estudio	Tipo de estudio	Revista publicación	Impact factor	Lugar del parto	Beneficios / Inconvenientes	Cuidados enfermeros
1. THE RESQU INDEX: A NEW INSTRUMENT TO APPRAISE THE QUALITY OF RESEARCH ON BIRTH PLACE	2017	United states	Revisión bibliográfica	PLOS one	3.54		<p>Índice Research Quality, instrumento fiable para evaluar la calidad de los artículos científicos, que tratan sobre el lugar del parto, según 27 ítems.</p> <p>La puntuación > 0 = a 9, indica una excelente validez de contenido del artículo.</p> <p>Identifica si la investigación es adecuada.</p> <p>Importancia de los artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición clara del lugar de nacimiento. - Claridad de los objetivos. - Muestreo apropiado - Análisis estadístico. 	
2. PARTO EN DOMICILIO: ¿HAY SUFICIENTE EVIDENCIA COMO PARA PROPONERLO COMO ALTERNATIVA AL PARTO EN EL HOSPITAL?	2010	España	Revisión. Bibliográfica.	Revista Evidencia en Pediatría	1.140	Hospital/ Domicilio	<p><u>Hospital:</u> Asistencia impersonal, uniforme y medicalizada.</p> <p>Mortalidad neonatal (tiple) nacimiento en el domicilio vs hospital.</p> <p><u>Domicilio:</u> Menor intervenciones (episiotomías, epidural) y morbilidad (infecciones)</p> <p>Menos partos pretérmino y bajo peso. Más partos postérmino.</p>	<p>Garantizar seguridad para la madre y el neonato.</p> <p>Información a los padres sobre ambos lugares donde dar a luz.</p>
3. MATERNAL AND NEWBORN OUTCOMES IN PLANNED HOME BIRTH VS PLANNED HOSPITAL BIRTHS: A METAANALYSIS	2010	America	Revisión. Bibliográfica.	American Journal of Obstetrics & gynecology	5.226	Domicilio.	Mayor grado de mortalidad en domicilio.	Mejora del modelo práctico de ambos lugares de nacimiento (hospital / domicilio)

4. HOW DO PREGNANCY AND BIRTH EXPERIENCES INFLUENCE PLANNED PLACE OF BIRTH IN FUTURE PREGNANCIES? FINDINGS FROM A LONGITUDINAL, NARRATIVE STUDY	2015	América	Estudio prospectivo de entrevistas narrativas longitudinales.	BIRTH issues in perinatal care	2.518	<i>Parto en casa</i> <i>Unidad obstétrica</i> <i>Sala individual junto a unidad obstétrica</i>	Preferencia en seguridad que no parto natural.	
5. BIRTH ATTENDANCE AND MAGNITUDE OF OBSTETRIC COMPLICATIONS IN WESTERN KENYA: A RETROSPECTIVE CASE-CONTROL STUDY	2014	Africa (Kenia)	Retrospectivo caso-control	Biomedcentral . Pregnancy & childbirth	2.263	<i>Parto en domicilio</i> <i>Parto en establecimientos de salud.</i>	Menor complicaciones en el parto en el hogar. Mayor complicaciones en los establecimientos de salud.	Parto en el hogar: ofrecían agua, alimentos y ducha de agua caliente. Atención más personalizada. Asistencia por parteras tradicionales (hogar) Asistencia comadronas (hospital)
6. WOMEN'S REASONS FOR, AND EXPERIENCES OF, CHOOSING A HOMEBIRTH FOLLOWING A CAESAREAN SECTION.	2015	Australia	Revisión bibliográfica.	Biomedcentral . Pregnancy & childbirth	2.263	<i>Cesarea</i> <i>Parto vaginal</i>	Experiencia negative emocionalmente (cesarea) Apuestan por un segundo parto vaginal. Parto vaginal: recuperación rápida, menor trauma operatorio, estancia más corta de hospitalización, mejor sentimiento de bienestar materno, experiencia de orgullo y logro del parto.	En Australia se realiza un 0,4% nacimientos en domicilio.
7. PANORÁMICA INTERNACIONAL EN RELACIÓN A LAS RECOMENDACIONES, PRÁCTICA CLÍNICA Y LEGISLACIÓN DEL PARTO EN CASA	2017	España (Úbeda)	Revisión bibliográfica.	ENE-enfermería	0.2583	Estudio del parto en domicilio en: - Reino unido. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Financiado. Informa a la familia de los diferentes lugares de dar a luz. Incremento del riesgo (nulíparas). - Canadá. Colegio Oficial de Matronas. Informan de ambos lugares. La matrona acompaña al hospital si hay complicaciones. - España. La guía de atención al parto en casa" por el Colegio Oficial de		

							<p>Enfermería de Barcelona.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Holanda. Financiado. Solo el 27% (matronas hospital). Atención de la gestación por médico de familia y matrona. Si complicación: obstetra. - Países nórdicos. Financiación total o parcial. - Suecia (busca y paga la matrona). Solo multiparas, no más de 35min del hospital. 2 matronas. Visita pediatra antes de 72h. Información previa por obstetra. No dispone de fármacos ni instrumentos. - Dinamarca. Elección de la matrona y el lugar del parto. Asistencia por matrona. Visita a las 24h control. Permitido la prescripción de fármacos durante el parto en domicilio. - Islandia. Asistencia gratuita. - Australia. Seguro de responsabilidad civil. Asistencia al parto en casa financiado. Atención por matrona privada. - Nueva Zelanda. (Pobre asistencia en casa) Criterios de inclusión; bajo riesgo. Transferencias frente a complicaciones. Vigilancia de los recién nacidos. 	
<p>8. WHY WOMEN CHOOSE TO GIVE BIRTH AT HOME: A SITUATIONAL ANALYSIS FROM URBAN SLUMS OF DELHI</p>	2014	India	Estudio de corte Transversal	BMJ Open	2.369	<p>Parto en domicilio.</p> <p>Aumento en mujeres multiparas.</p>	<p>Barreras en el hospital: Miedo y vergüencia. No son bien tratadas, no informan de complicaciones. No intentan el parto natural. Estancia post-parto 2-3 días. No pueden dejar al resto de hijos solos.</p> <p>Pocos servicios de emergencia en complicaciones en el domicilio.</p> <p>Domicilio: Parto personalizado, pueden estar con su marido o familiar.</p>	<p>Programa Janiani Suraksha Yojana, 2005. Reducir la mortalidad maternal y neonatal.</p> <p>Pendientes de mejoras en el servicio de emergencias y práctica de parto más segura.</p>
<p>9. COMPARING THE ODDS OF POSTPARTUM HAEMORRHAGEN IN PLANNED HOME BIRTH AGAINST PLANNED HOSPITAL BIRTH: RESULTS OF AN OBSERVATIONAL STUDY OF OVER 500,000 MATERNITIES IN THE UK</p>	2012	Inglaterra	Estudio observacional.	BMC Pregnancy & Childbirth	2.263	<p>Domicilio</p> <p>Hospital</p>	<p><u>Hemorragia port-parto.</u></p> <p>↑ Parto hospital</p> <p>↓ Parto domicilio</p>	<p>Existe la misma seguridad en ambos lugares de nacimiento (Países desarrollados).</p>

<p>10. COMPARAÇÃO DE RESULTADOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS ENTRE PRIMÍPARAS E MULTÍPARAS ASSISTIDAS NO DOMICÍLIO</p>	<p>2015</p>	<p>Brasil</p>	<p>Estudio de corte transversal</p>	<p>Ciencia y Enfermería XXI</p>	<p>0.1818</p>	<p>Parto en domicilio (primíparas y múltiparas)</p> <p>Proponen: Mejor preparación de los profesionales, mejora de los protocolos de atención al parto domiciliar planeado, en lo que se refiere a la seguridad maternal y neonatal.</p>	<p>Atención individualizada; poca o ninguna intervención obstetricia; contacto piel a piel precoz y prolongado con el recién nacido y la posibilidad de tener uno o más acompañantes. Posición en el parto; litotómica o posición libre.</p>	<p>Opción de parto en el agua, masajes y balón (alivio del dolor)</p> <p>Seguir un protocolo riguroso de atención al parto en domicilio.</p>
<p>11. PARTO DOMICILIARIO PLANEADO: ASISTIDO POR ENFERMERO OBSTETRA</p>	<p>2012</p>	<p>Murcia (España)</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Revista de Enfermería global.</p>	<p>0.3056</p>	<p>Parto en domicilio</p>	<p>Un 18% al año, a nivel mundial. Asistencia del parto en casa.</p> <p>Comodidad y autonomía. Alivio del dolor no farmacológico. Minimizar los miedos y la ansiedad, proporcionando compañía familiar. Humanización en el parto. Ejecución de aspectos biopsicosocioespirituales.</p> <p>Proceso actualmente muy incipiente.</p>	
<p>12. PARTO DOMICILIAR PLANEADO: RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS</p>	<p>2010</p>	<p>Brasil</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>Revista de Enfermagem Referência</p>	<p>0.2162</p>	<p>Deben asumir la totalidad de los costes que implican el proceso del parto en casa.</p>	<p>Enfermeras obstétricas. En Brasil, los profesionales son formalmente cualificados con cursos especializados, después del curso de enfermería. Duración de 4 años.</p>	
<p>13. YO ACOMPAÑO. EXPERIENCIA DEL PADRE EN LA DECISIÓN DEL PARTO EN CASA</p>	<p>2013</p>	<p>España (Granada)</p>	<p>Estudio bibliográfico</p>	<p>Index de enfermería.</p>	<p>0.14</p>	<p>Experiencia del parto en casa.</p>	<p>Beneficios (Toma de decisión): Consideran que el parto es un proceso que no requiere hospitalización.</p> <p>Miedo a la atención centros sanitarios. Intimidad. Posibilidad de decidir sobre su propio parto.</p> <p>Participación activa del padre.</p> <p>Aspectos negativos: infecciones nosocomiales, deshumanización, prisas.</p>	<p>La mujer decide la posición, la atención y quien la acompaña.</p> <p>En la visita ginecológicas, ofrecieron a la matrona.</p> <p>Si existen complicaciones se deriva al hospital (hemorragias incontroladas, desgarres...)</p>

14. THE PERCEPTION OF PROFESSIONALS REGARDING PLANNED HOME BIRTH	2013	Brasil	Estudio cualitativo.	Rev. Gaúcha Enferm.	0.29	<p>Brasil es el lugar donde más se realizan Cesáreas, con un 52% en 2010. 87% sector privado y un 37% público.</p> <p>La OMS reconoce que el domicilio es un lugar apropiado y seguro para dar a luz. La decisión debe de ser tomada por la madre y la familia.</p>	<p>El parto hospitalario y su medicación desencadenan a una pérdida de autonomía a la futura madre. Además, contribuye a un aumento de medidas intervencionistas.</p> <p>El domicilio se justifica como el entorno ideal. Libertad.</p> <p>El espacio promueve la liberación de las hormonas necesarias para el proceso del parto.</p>	<p>El domicilio, favorece la recuperación de humanización. La autonomía de la mujer, ella se convierte en sujeto activo, controlando su cuerpo. Tiene la oportunidad de actuar y tomar decisiones de forma segura sin inhibición. Individualidad y privacidad.</p> <p>Libertad de expresión y comportamiento auténtico.</p>
15. THE MEANING ASSIGNED BY COUPLES TO PLANNED HOME BIRTH SUPPORTED BY NURSE MIDWIVES OF THE HANAMI TEAM	2017	Brasil	Estudio cualitativo.	Texto & Contexto - Enfermagem	0.6014	<p>Vivencias compartidas. Asumir sustancialmente el control del proceso del parto. Involucra seguridad, sensibilidad e intimidad. Construyen un contexto sociocultural (valores, creencias...)</p> <p>Acercamiento a lo natural, dejar a la naturaleza actuar.</p>	<p>Profesionales escasos con pocos conocimientos.</p>	
16. TRANSFER TO HOSPITAL IN PLANNED HOME BIRTHS: A SYSTEMATIC REVIEW	2014	Países occidentales	Revisión bibliográfica.	BMC Pregnancy & Childbirth	2.263	<p><i>"Mujeres de bajo riesgo"</i>: mujeres sin enfermedades o condiciones médicas que pueden influir en los resultados del embarazo, sin complicaciones graves en embarazos anteriores, con un solo feto en el posición cefálica, y con un comienzo espontáneo de trabajo a término.</p>	<p>Sufrimiento fetal</p> <p>Hemorragia (0-0,2%)</p> <p>Problemas respiratorios en el bebé (1,4%)</p>	<p>Atención del sistema de salud. (+ traslados)</p> <p>Partos asistidos por parteras independientes. (- traslados)</p> <p>En entornos regulados, son más estrictos para las transferencias al hospital.</p>

<p>17. OUTCOMES FOR BIRTHS BOOKED UNDER AN INDEPENDENT MIDWIFE AND BIRTHS IN NHS MATERNITY UNITS: MATCHED COMPARISON STUDY</p>	<p>2009</p>	<p>Reino unido</p>	<p>Diseño análisis de cohorts</p>	<p>BMJ</p>	<p>2.369</p>	<p>2,5% nacimientos en el hogar. (2009) Preferencia en hospital por: miedo, alto riesgo, preferencia de la pareja y solicitud de cesárea repetida.</p>	<p>Mayor incidencia de instrumentos o parto quirúrgico. Las mujeres que usan parteras, tienen un rango clínico con mejores resultados.</p>	<p>Resultados significativamente mejores para mujeres que reservan parteras independientes. La lactancia disminuye después del alta hospitalaria.</p>
<p>18. PARTO DOMICILIAR: AVANÇO OU RETROCESSO?</p>	<p>2014</p>	<p>Brasil</p>	<p>Revisión de la literatura.</p>	<p>Rev. Gaúcha Enferm.</p>	<p>0.29</p>	<p>Parto en domicilio: en Brasil es reconocido como irresponsable. Visión del parto como patología, riesgo y sufrimiento. Caracteriza al proceso como una enfermedad y no salud.</p>	<p>Partos en domicilio: (bajo riesgo y plaificado), menor tasa de morbilidad materna grave, hemorragia posparto y remoción manual de la placenta. Baja tasas de intervenciones obstétricas. NO hay aumento en tasas de mortalidad perinatal. Autonomía en la enfermera obstetra. Inconvenientes en el hospital: Malos tratos, examen de tacto doloroso, no explicación de los procedimientos adoptados. Única posición obstétrica.</p>	<p>Holanda, Canadá y Australia (promueven el parto en domicilio por la sanidad pública, es más económico) Posición vertical. Lactancia materna en la primera hora post-parto Contacto piel con piel. Asistencia segura Humanización del parto.</p>
<p>19. MANUAL DE ATENCIÓN AL PARTO EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO</p>	<p>2017</p>	<p>España</p>	<p>Manual</p>	<p>Gobierno de España. Ministerio de Sanidad servicios sociales e igualdad.</p>		<p>Atención extrahospitalaria Situaciones obligadas al parto en domicilio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes materna. • Hipertensión arterial, gestacional o crónica. • Enfermedad materna crónica: cardiovascular, renal, etc. • Anemia o Isoinmunización. • Muertes neonatales o fetales previas. • Hemorragia en el II o III trimestre. • Infección materna. • Oligoamnios o Polihidramnios. • Gestación posttérmino (>42 semanas). • Rotura prematura de membranas. • Gestación múltiple. • Discrepancia entre el tamaño del feto y edad de gestación. • Tratamiento con fármacos: litio, magnesio, etc. • Malformación fetal. • Actividad fetal disminuida. • Embarazo no controlado. 		<ul style="list-style-type: none"> • Edad materna <16 años ó >35 años.

20. WHERE DO YOU FEEL SAFEST?: DEMOGRAPHIC FACTORS AND PLACE OF BIRTH	2017	Michigan (Estados Unidos)	Revisión bibliográfica.	J Midwifery Womens Health	1.5	El 1,5% de los partos se realizan en el domicilio. Mayor porcentaje en raza blanca, respecto a raza negra. 80 de 634 (12,6%) mujeres, se sienten más seguras dando a luz en casa.
21. PLANNED HOSPITAL BIRTH VERSUS PLANNED HOME BIRTH	2014	Paises bajos	Revisión bibliográfica	Cochrane Database Syst Rev.	6.124	El hospital proporciona un entorno seguro para el proceso del parto, debido a la capacidad de intervenir sin demora frente a complicaciones. Alta tasa de intervenciones (paro hospitalario) Complicaciones: . desprendimiento prematuro de placenta. . prolapso de cordón umbilical . distocia de hombros y corazón fetal sin motivo aparente. Asistencia de una partera experimentada con respaldo médico colaborativo en caso de que la transferencia sea necesaria.
22. PLANNED HOME BIRTHS ASSISTED BY NURSE MIDWIVES: MATERNAL AND NEONATAL TRANSFERS	2013	Brasil	Estudio exploratorio descriptivo	Rev Esc Enferm USP	0.573	La asistencia en el hogar, está asociada a menor intervenciones. Criterios: . Embarazo bajo riesgo. . Un solo feto . posición cefálica La tasa de traslado al hospital es 4 veces mayor en nulíparas que en múltiparas. Complicaciones frecuentes: . Interrupción de dilatación cervical. Progresión de presentación fetal y desproporción cefalopélvica. Dilatación cervical etancada, líquido amniótico teñido de meconio. Proporcionan el piel con piel de manera rápida. Asistencia en domicilio. Si complicaciones: - Publica: la enfermera no asiste al parto. - Privada: acompaña la misma enfermera que en el hogar. El equipo dispone de material de soporte de vida y seguridad (madre / bebe).
23. HOME BIRTH: UNDERSTANDING THE REASONS FOR THIS CHOICE	2015	Brasil	Estudio exploratorio, descriptivo cualitativo	Text Context Nursing	0.32	¿Por qué? Los conocimientos básicos son fundamentales para la decisión de dar a luz en casa. La gran insatisfacción del modelo actual de Ambiente hospitalario → enfermedad. En domicilio hay pocas intervenciones obstétricas y no hay aumento de tasa mortalidad perinatal. Disminución de cesáreas, trauma

							atención institucionalizada al nacer.	perineal, uso de drogas... La gestante toma decisiones en su momento (colocación...)
24. HOGARES MATERNOS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS MATERNOS Y NEONATALES EN PAÍSES DE BAJOS RECURSOS	2009	Países de bajos recursos.	Revisión de la literatura.	Biblioteca Cochrane Plus	6.032	Hogares maternos; establecimiento de fácil acceso a un hospital o centro de salud. Cuenta con profesionales capacitados para la atención prenatal y atención obstétrica de urgencias.	No hay pruebas suficientes que determinen la efectividad del parto en el hogar para mejorar los resultados maternos y neonatales.	Educación sanitaria acerca del embarazo, el parto y la atención al niño. Estimular a las gestantes de alto riesgo.
25. MODE OF BIRTH AND MEDICAL INTERVENTIONS AMONG WOMEN AT LOW RISK OF COMPLICATIONS: A CROSS-NATIONAL COMPARISON OF BIRTH SETTINGS IN ENGLAND AND THE NETHERLANDS.	2017	Holanda / Inglaterra	Estudio de cohortes	PLoS One.	3.54	(PARTO DE BAJO RIESGO) Comparación Inglaterra / Holanda. Parto en domicilio / parto hospitalario.	Intervenciones médicas Inglaterra, provocando: • Hemorragias post-parto. • Instrumentos vaginales. • Oxitocina Mayor beneficio (domicilio), en mujeres de bajo riesgo.	Mayor tasa de intervenciones en Inglaterra. Mayor grado de partos en casa en mujeres múltiparas. Más intervención instrumental en nulíparas (10,7% - 22,5%) que en múltiparas (0,9% - 5,7%)
26. EFFECT OF PLANNED PLACE OF BIRTH ON OBSTETRIC INTERVENTIONS AND MATERNAL OUTCOMES AMONG LOW-RISK WOMEN: A COHORT STUDY IN THE NETHERLANDS.	2016	Holanda	Estudio de cohortes	BMC Pregnancy Childbirth.	2.263	Se realizan más intervenciones de las necesarias (hospital)	Hospital: Aumento de intervenciones en el parto. Incluido las cesáreas. Aumento de hemorragias posparto, riesgos en la salud. Domicilio: Menor tasa de morbilidad materna Menor riesgo de episiotomía, control del dolor (farmacológico), parto vaginal asistido, cesárea.	Las mujeres que deciden dar a luz en el hogar con parteras, tienen un parto espontáneo sin intervenciones. Los profesionales necesitan recibir información basada en la evidencia científica para poder informar correctamente.

<p>27. EXCLUSIVE BREASTFEEDING AFTER HOME VERSUS HOSPITAL BIRTH IN PRIMARY MIDWIFERY CARE IN THE NETHERLANDS.</p>	<p>2015</p>	<p>Holanda</p>	<p>Revisión de la literatura.</p>	<p>BMC Pregnancy Childbirth.</p>	<p>2.263</p>	<p>Lactancia materna Contacto piel con piel Partos en el hogar (Holanda) La OMS aconseja amamantar mínimo 6 meses.</p>	<p>No hubo diferencias significativas entre los partos hospitalarios y partos en el hogar, ambos dirigidos por parteras. Las madres deben recibir apoyo adecuado para la lactancia por parte del cuidador de la salud. Aumento de la tasa de lactancia materna en Holanda, en partos en domicilio. Relación: parto en casa – lactancia materna exclusiva (si es posible) Mayor atención de manera individualizada en el hogar. Mayor disponibilidad de tiempo.</p>
<p>28. SEVERE ADVERSE MATERNAL OUTCOMES AMONG WOMEN IN MIDWIFE-LED VERSUS OBSTETRICIAN-LED CARE AT THE ONSET OF LABOUR IN THE NETHERLANDS: A NATIONWIDE COHORT STUDY.</p>	<p>2015</p>	<p>Holanda</p>	<p>Estudio de cohortes nacional en los Países Bajos</p>	<p>PLoS One.</p>	<p>3.54</p>	<p>Menor intervenciones en el parto en domicilio atendido por parteras, consecuentemente menor complicaciones como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias posparto • Extracción de placenta <p>En comparación de la atención por obstetras en el hospital. Atención por parteras, obstetras.</p>	
<p>29. THE QUALITY OF MATERNITY CARE SERVICES AS EXPERIENCED BY WOMEN IN THE NETHERLANDS.</p>	<p>2009</p>	<p>Holanda</p>	<p>Revisión bibliográfica.</p>	<p>BMC Pregnancy Childbirth</p>	<p>2.263</p>	<p>Atención más personalizada cuando la gestante conoce al equipo que le llevará el momento del parto. Atención primaria, dar a luz en el hogar y asistencia de su propia partera. Atención por ginecólogo en complicaciones.</p>	<p>Autonomía de la partera. (Tabla de abajo) Atención primaria: Atención por parteras, médicos generalistas Atención secundaria: Parteras y ginecólogos.</p>

Table 1: Care providers in maternity care

All pregnant women (n = 793)	MW*	GP*	GYN*
Which care provider did you go to first?	85.6%	5.3%	9.1%
Which care provider did you see more than once during pregnancy?***	87.5%	3.0%	36.0%
All postpartum women (n = 632)	MW*	GP*	GYN*
Which care provider did you see during pregnancy?***	87.5%	2.8%	35.0%
Who was your care provider at the onset of labor?	68.6%	1.6%	29.8%
Which care provider was responsible at the time of birth?	48.0%	0.8%	51.2%
Which care provider was most involved during labor/birth?	71.0%	1.1%	27.9%
Who was your care provider during the postpartum period?	90.9%	3.0%	6.1%

*MW = midwife; GP = general practitioner; GYN = gynecologist

*** more than 1 response if women were referred from primary to secondary care during pregnancy

Título	Año de pub.	País de estudio	Tipo de estudio	Ámbito de publicación
30. GUÍA DE ASISTENCIA DEL PARTO EN CASA	2010	Catalunya	Revisión bibliográfica	Col-legio oficial infermeria de Barcelona
Lugar del parto	<p>Guía del parto en casa</p> <p>Holanda: se promueve para mujeres de bajo riesgo. Cubierta por la Sanidad pública (todo)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 28% domicilio - 9% habitación alquilada con su comadrona - 63% hospital <p>Reino Unido: se ofrece la opción del parto en casa. Se incluye todo tipo de lugar de parto en el sistema sanitario público. 2% - 3% parto domicilio.</p>			

	<p>Dinamarca: se ofrece libertad de elección. Se incluye en sanidad pública pero no se promueve. 1% parto en domicilio. En Isla de Houd, el 90% de los partos son domiciliarios.</p> <p>Illes Balears: Se ofrece libertad de elección. Ofrecen información, ventajas e inconvenientes. <i>El nacimiento no es una enfermedad.</i></p>
<p>Beneficios / Inconvenientes</p>	<p><i>En el caso de complicaciones:</i></p> <p>Necesario un traslado, evaluando previamente el grado de urgencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sospecha de bienestar fetal. - Distocias de dilatación o de descenso en la pelvis. <p>Es necesario disponer de un vehículo en la puerta del domicilio y conocer el hospital más cercano de referencia (urgencia mínima)</p> <p>Coordinación entre los profesionales del parto en casa y los profesionales del centro hospitalario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vía de comunicación (Decisión y motivo de traslado). - Profesional de atención en domicilio, acompaña en el proceso hospitalario.
<p>Cuidados enfermeros</p>	<p>Visión holística de la salud, para llevar a cabo el proceso del parto en el domicilio.</p> <p>Ante la aparición de cualquier signo o síntoma la mujer se pondrá en contacto con la comadrona por vía telefónica.</p> <p><u>Material de parto</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Dos botes grandes de gasas estériles. · Pera de goma con punta fina y larga para aspirar posibles mucosidades del bebé. · Espejo de unos 15 x 20 cm. · Foco de luz móvil y práctico con alargador o una linterna. · Toallas para el bebé y medio para calentarlas. · Empapadores desechables. · Dos palanganas de unos 30 cm de diámetro. · Un hule de plástico grande y una sábana para cubrirlo. · Compresas de algodón. · Bolsa de agua caliente para calmar posibles molestias. · Un cepillo para el lavado de las manos. <p>Valoración inicial por parte de la comadrona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exploración física - Revisión HC - Revisión del material necesario - Preservación de la intimidad.

Criterios de inclusión en el parto domiciliario:

- Plan de nacimiento establecido antes de las 28 semanas de gestación
- Cuatro visitas clínicas, una de ellas en el domicilio.
- La mujer aporta todos los controles ecográficos, analíticos y otras pruebas complementarias.
- Gestación de un bebé y presentación cefálica.
- Asistencia en el domicilio solo si: 37- 42 semanas de gestación.
- Embarazo de bajo riesgo.
- Decisión informada y libre de la madre.
- Responsabilidad de la familia, asumida desde el principio de la decisión.
- La gestante, complementará la historia clínica confidencial y archivada.
- Previamente a las 37 semanas habrán firmado el consentimiento y se habrá hecho una valoración de las condiciones del domicilio donde se va a llevar a cabo el proceso del parto.
- Disponer un vehículo de traslado a la gestante en caso necesario.
- Material necesario.

Cuidados enfermeros

- Alivio del dolor.
- Apoyo emocional.
- Proporcionar trato humanizado y personalizado.
- Control del bienestar materno. (ambiente tranquilo)
- Proporcionar contacto piel con piel para favorecer el vínculo.