

La atención al parto no hospitalario

M^a TERESA DE LA TORRE PALOMO

Matrona Hospital de Antequera

1. INTRODUCCIÓN

En España existen pocas alternativas al modelo de parto hospitalario.

Existen clínicas de partos de baja intervención; es decir, clínicas en las que se atienden partos con la mínima intervención y medicalización posible, en las que trabajan matronas y médicos especialistas. En España la más conocida es de gestión privada, la Clínica Acuario de Alicante.

Otra posibilidad serían las casas de partos, centros atendidos exclusivamente por matronas, con habitaciones que intentan mantener una decoración y ambiente similar al de un domicilio particular; pero en España no existe ninguna.

La otra alternativa posible es parir en el domicilio. Esta es la opción de la que va a tratar este capítulo y para entender por qué sigue habiendo mujeres que aún quieren tener a sus hijos en sus casas, veamos cómo ha ido evolucionado la atención a la mujer durante el parto y cuáles han sido sus resultados.

2. PROBLEMÁTICA ACTUAL

2.1. *Institucionalización*

Hasta no hace muchos años, el nacimiento de un hijo era un acontecimiento familiar y de la comunidad que tenía lugar en los hogares con la protección y ayuda de otras mujeres entrenadas y el acompañamiento de toda la familia.

A mediados del siglo XX, en los años 60, los partos comienzan a ser atendidos en los hospitales, con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales resultantes de los partos patológicos (no más del 20%). Esto fue considerado un progreso, ya que efectivamente dichas muertes disminuyeron; pero a la vez, significó la incorporación a los hospitales, regidos por los conceptos de personas enfermas, de una enorme mayoría de mujeres y recién nacidos sanos. Éstas ingresaban en los hospitales para el parto, separadas de sus familias, en ambientes intimidantes, con horarios restringidos de visitas, con recién nacidos colocados detrás de vidrios aislantes y recibían, en general, un trato despersonalizado, desvalorizante y poco afectuoso (Uranga, 2.004).

2.2. *Medicalización*

El parto dejó de ser una experiencia íntima para transformarse en un acto médico en el que el cuerpo de la mujer es visto como una máquina, siempre potencialmente defectuosa, que la medicina puede manipular o arreglar para que pueda parir. De esta manera se fomenta la idea de que se requieren médicos especialistas para salvar a las mujeres y sus bebés del peligro, administrándoles fármacos y realizándoles intervenciones de forma rutinaria (Lemay, 2.010).

Los médicos pasaron a ser el eje de las decisiones, a asumir la responsabilidad absoluta y unilateral de todos los partos, de los de alto y de los de bajo riesgo. En este contexto, las matronas, bajo la prescripción médica y con escasa autonomía, hemos pasado a utilizar las tecnologías y procedimientos destinados a los embarazos o partos de riesgo en todos los casos, no teniendo en cuenta ni las decisiones de las mujeres referentes al parto, ni sus necesidades intelectuales, emocionales, sociales o culturales. Hemos transformado las acciones excepcionales en rutinarias y hemos olvidado que parir y nacer son procesos delicados, altamente sensibles a la influencia de sentimientos, temperatura, luz, olores, posturas corporales y muchas otras sensaciones.

Actualmente, aunque hemos avanzado en algunos aspectos y ya no vemos las grandes salas comunes de dilatación con salas de espera ocupadas por padres ansiosos que fuman caminando de un lado para otro, en la mayoría de los hospitales seguimos tratando rutinariamente todos los partos, con el mismo nivel de intervencionismo y medicalización y seguimos manteniendo ambientes y condiciones hostiles para el parto y el nacimiento.

2.3. Práctica rutinaria, no basada en la evidencia

Así, la OMS advierte que en la mayoría de los hospitales aún se considera conveniente seguir realizando intervenciones que son claramente inútiles, inoportunas, inapropiadas y/o innecesarias y que deberían ser eliminadas (OMS, 1.996). En 1.985 un grupo de trabajo, constituido por la OMS para la Región Europea, la Oficina Regional de América y la Organización Panamericana de la Salud, revisó los trabajos científicos sobre la asistencia obstetricia y después de analizar las evidencias, el grupo de trabajo clasificó sus recomendaciones acerca del Parto Normal en cuatro categorías:

- A. Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas.
- B. Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces y que debieran ser eliminadas.
- C. Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.
- D. Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente.

A pesar de que han pasado más de 20 años desde que se hicieron estas recomendaciones y de que se han publicado numerosas revisiones sistemáticas posteriores sobre muchas de estas intervenciones, aún seguimos realizando una gran cantidad de prácticas incluidas en las tres últimas categorías, tales como:

Uso rutinario del rasurado púbico/perivulvar/perineal (Basevi, 2.008), uso rutinario del enema (Reveiz, 2.008) infusión intravenosa de rutina, inserción de cánula intravenosa profiláctica de rutina, posición en decúbito supino de rutina durante la dilatación y el expulsivo (Gupta, 2.008), esfuerzos de pujo sostenidos y dirigidos (maniobra de Val-salva) durante la segunda fase del parto, masaje y estiramiento del periné durante la segunda fase del parto. Categoría B.

Amniotomía precoz de rutina en la primera fase del parto (Smyth, 2.009), ligadura y sección precoz del cordón umbilical (Rabe, 2.008; Sánchez, 2.006). Categoría C.

Restricción de líquidos y alimentos durante el parto, monitorización fetal electrónica (Thacker, 2.006), llevar mascarilla y bata estériles durante la atención al parto, exámenes vaginales repetidos o frecuentes (especialmente si los realiza más de un asistente), cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comenzar la segunda fase del parto, sondaje vesical rutinario, estimulación con oxitocina (García 2.006), alentar a la mujer a pujar cuando la dilatación del cérvix es completa (antes de que sienta la necesidad de hacerlo ella misma), rigidez de criterios acerca de la duración estipulada de la segunda fase del parto (incluso si las condiciones maternas y fetales son buenas y el parto progresa) y uso sistemático de la episiotomía (Carroli, 2.008). Categoría D.

Además, seguimos sin poner en práctica otras, que si son reconocidas como claramente útiles. Categoría A:

- Elaboración de un plan personal que determine dónde y por quién será atendido el parto.
- Seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto y el posparto.
- Respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto (Olsen, 2.008).
- Proporcionar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno, donde el nacimiento sea factible y seguro y donde la mujer se sienta más segura y confiada.
- Respeto del derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto.
- Apoyo efectivo de los asistentes durante el parto (Hodnett, 2.008).
- Libertad de posición y movimiento durante todo el parto.
- Contacto inmediato, piel con piel, de la madre y el hijo y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre la lactancia.

España es uno de los países con más retraso en la implantación de las recomendaciones de la OMS para la atención al parto. Es recientemente cuando los hospitales están tomando medidas para modernizar sus protocolos y adaptarlos a las normas de la OMS. Países como Inglaterra, Suecia u Holanda emprendieron hace años el camino hacia la racionalización y la modernización. Hace sólo 2 años, en el 2.008, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó un documento “Estrategias de Atención al Parto Normal” en

el que aporta información para que en nuestros hospitales las prácticas obstétricas en la atención al parto se adecuen a la evidencia científica disponible (MSC, 2.008).

La desgracia es que, encima, en España, después de padecer todo esto, una gran parte de las mujeres y sus familiares creen que eso es “lo normal”, y que es la mejor asistencia posible para ellas y sus hijos. Y esto es así porque en nuestro país, como en casi todo el mundo, la medicalización del parto sigue teniendo un gran prestigio y poder sobre el manejo de los cuerpos de las mujeres en el embarazo y parto (Lemay, 2.010). El nacimiento se ha transformado en una enfermedad y hay madres que aceptan ser dominadas y subordinadas por el Equipo de Salud, perdiendo el protagonismo y aceptando las reglas de las instituciones (Uranga, 2.004).

2.4. La cascada del intervencionismo

En este escenario no es raro que el miedo al dolor del parto y la actuación del personal sanitario en los centros públicos se identifiquen como los factores psicosociales que originan mayor ansiedad durante el embarazo (Giribet, 1.992). Existen innumerables evidencias científicas que demuestran que el estrés producido por un entorno desconocido durante el parto, sumado a la atención mecanizada y medicalizada, aumentan el dolor, el miedo y la ansiedad de las mujeres produciendo un efecto en cascada que genera mayor cantidad de intervenciones y, consecuentemente, más efectos adversos en la madre y el niño (Uranga, 2.004), desencadenando lo que se ha venido denominando “la cascada del intervencionismo” (OMS, 1.996). Muchas de las intervenciones realizadas durante la dilatación y el expulsivo involucran co-intervenciones o incrementan las probabilidades de otras intervenciones para supervisar, prevenir o tratar efectos adversos.

Los estudios que han intentado dar explicación a las relaciones entre el miedo y la ansiedad, la respuesta al estrés y las complicaciones del embarazo y parto han demostrado que la ansiedad durante el trabajo de parto se asocia con altos niveles de la hormona de estrés, la epinefrina (adrenalina) en sangre. Cuando la adrenalina aumenta, disminuye el nivel de oxitocina en proporción directa a la cantidad de adrenalina producida, lo que a su vez puede ocasionar una disminución en el aporte de sangre al útero provocando que las contracciones resulten más dolorosas, una alteración en el flujo sanguíneo útero-placentario con patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal y una disminución de la contractilidad uterina, que además son menos eficaces, haciendo que la fase de trabajo de parto se prolongue o incluso se estanque (Lemay, 2.010; OMS, 1.985). De hecho, sucede a menudo que, al llegar al hospital después de haber tenido contracciones fuertes y seguidas en casa, todo se detiene.

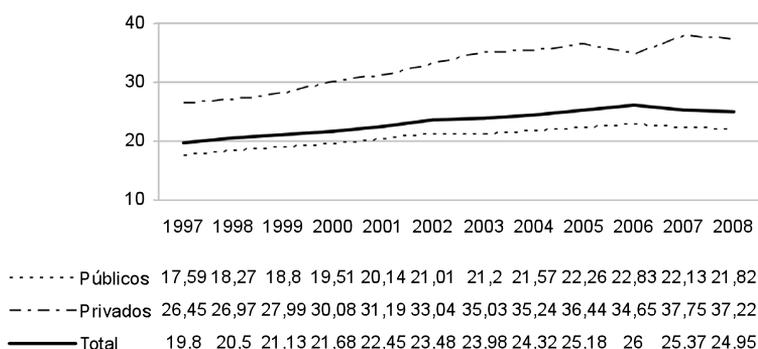
2.5. Sus consecuencias

La institucionalización, la medicalización y el intervencionismo en el parto han llevado a un alejamiento del parto natural y a un incremento progresivo y abusivo de cesáreas sin una mejora sustancial en los resultados obstétricos o neonatales (Uranga, 2.004).

2.5.1. Aumento de las cesáreas

La OMS considera que no existe justificación para que entre el 10% y el 15% de los partos sean por cesárea (OMS, 1.985), pero sabemos que el porcentaje de cesáreas ha aumentado en gran parte del mundo. Actualmente en Europa, sólo los países nórdicos se mantiene en menos de un 10% la tasa de cesáreas, con importantes porcentajes de partos atendidos en domicilio (Cabrera, 2.003). España sobrepasa ampliamente el estándar marcado por la OMS. En el gráfico 1 podemos observar cómo esta tasa se ha ido incrementando anualmente de forma progresiva, con diferencias entre hospitales públicos y privados de más 10 puntos, llegando en el 2.008 a un 21,82% en los primeros frente al 37,22% en los segundos. A partir del 2.006 se observa por primera vez un ligero descenso, aunque con un mayor esfuerzo de los hospitales públicos; y es que a partir del 2.000, la mayoría de los hospitales públicos tienen entre sus objetivos reducir esta tasa. Actualmente, la tasa global se sitúa en el 25% aproximadamente, lo que significa que de cada 4 partos, 1 es por cesárea.

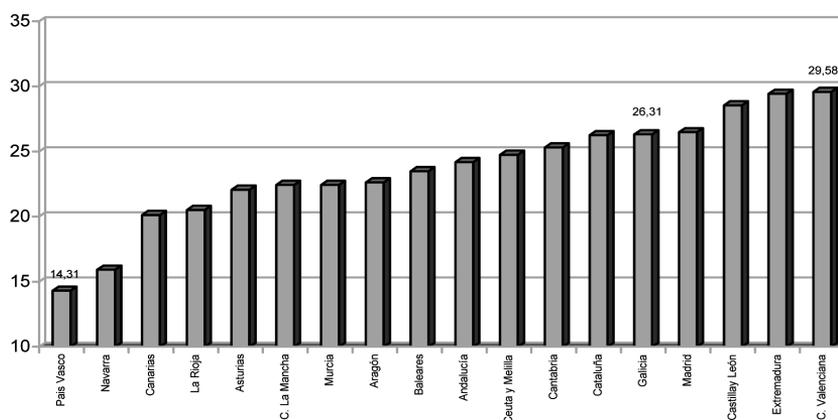
Gráfico 1: Evolución del nº de cesáreas por cada 100 nacimientos en los Hospitales por dependencia. España 1.997 – 2.008.



Fuente: Ministerio de Sanidad y Política social. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internamiento.

En el gráfico 2 se refleja la variación tan espectacular que existe en la tasa de cesáreas entre comunidades autónomas. En el año 2.008, la tasa más baja se presentaba en el País Vasco, con 14,31%; y la más alta, a la Comunidad Valenciana con 29,58%, situándose los hospitales gallegos más cerca del extremo superior, con el 26,31%.

Gráfico 2: Tasa de cesáreas en España por comunidades autónomas. 2.008



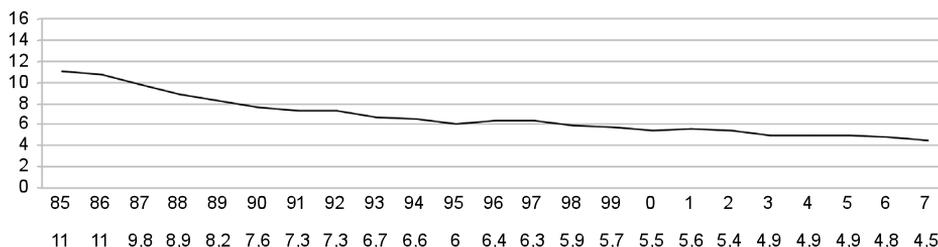
Fuente: Ministerio de Sanidad y Política social. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internamiento. Indicadores hospitalarios año 2.008.

Se podría justificar un incremento progresivo de las cesáreas siempre que se asocie a una mejora en los resultados perinatales y maternos. Así que una vez visto cómo evoluciona la tasa de cesáreas, se muestra la evolución de la mortalidad perinatal y materna.

2.5.2. Estabilización de la mortalidad perinatal

La tasa de mortalidad perinatal en España se redujo en un 59% desde el año 1.985 hasta el 2.007, variando la tasa entre estos dos años desde 11 muertes perinatales por 1.000 nacidos vivos hasta 4,5; no obstante, las diferencias se van haciendo con el paso de los años menores y con tendencia a la estabilización.

Gráfico 3: Evolución de la tasa de mortalidad perinatal. España. 1.985-2.007.

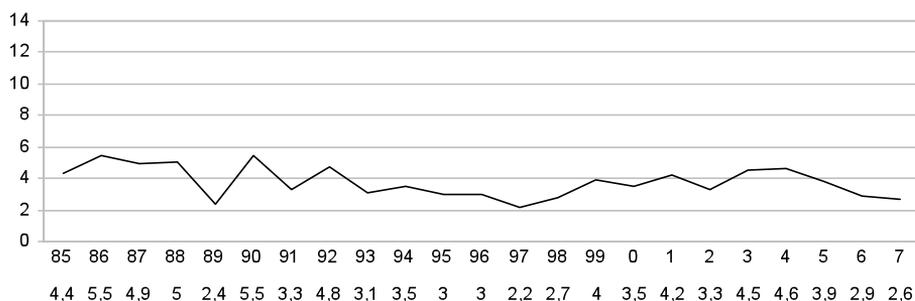


Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2.007.

2.5.3. Estabilización de la mortalidad materna

En España, el número absoluto de muertes maternas y la tasa de mortalidad materna han descendido desde el comienzo del siglo. Durante los dos primeros decenios del siglo, las tasas se mantuvieron estables por encima de 500 muertes por 100.000 nacidos vivos. A partir de 1.920 se inicia un descenso continuado hasta 1.985 (González-Merlo, 1.996). Desde entonces y hasta ahora la tasa de mortalidad materna se ha mantenido en unos mínimos estables, siendo la media de estos años de 3,87.

Gráfico 4: Evolución de la tasa de mortalidad materna. España. 1.985-2.007.



Fuente: INE. Movimiento Natural de Población y Defunción según causa de muerte.

Es probable que la mejor calidad de vida de las mujeres en los últimos 50 años haya contribuido a la maternidad más segura; se han visto mejoras notables en la sanidad, la vivienda, la dieta, la educación, el acceso al control prenatal, y quizás los factores que

más han contribuido han sido la atención al parto por profesionales y la disminución de la fecundidad. Hace solamente una generación, era común que la mujer tuviera diez o más hijos; ahora, tienen un promedio de dos (Tyndall, 2.010).

2.5.4. Relación entre los resultados

Si relacionamos los datos de las tres últimas variables estudiadas a nivel nacional (porcentaje de cesáreas, tasa de mortalidad perinatal y tasa de mortalidad materna), y analizamos su evolución en el período 1.997-2.007, encontramos que efectivamente hemos asistido a un incremento importante de cesáreas para conseguir disminuir mínimamente la mortalidad perinatal y que ello ha ido acompañado de un ligero aumento de la mortalidad materna, que ha empezado a descender al disminuir la tasa de cesáreas.

La no existencia de una proporcionalidad entre el aumento de las cesáreas en la población general con la disminución de la mortalidad y morbilidad perinatal, ha hecho que esta tendencia ascendente se convierta en una preocupación mundial (Villanueva, 2.004).

2.6. La cesárea no está exenta de riesgos

La cesárea es la operación obstétrica que se realiza con mayor frecuencia, al considerarse que es la forma más segura de resolver la mayoría de las distocias y de preservar la salud fetal, pero no es una intervención sin riesgos. Aunque la mortalidad en las cesáreas debe ser actualmente inferior al 1 por mil, la morbilidad y mortalidad son superiores en las cesáreas que en los partos vaginales, aproximadamente entre 3 y 10 veces. También la mortalidad perinatal es superior en las cesáreas que en los partos vaginales normales, aunque los grupos no son evidentemente comparables, por tratarse con cesárea muchas veces los casos de mayor riesgo fetal (SEGO, 1.999).

Mediante las nuevas técnicas quirúrgicas y anestésicas, con la instauración de la asepsia, la posibilidad de transfusiones y la utilización de antibióticos, la mortalidad materna descendió a menos del 1% en los años 40 y a menos de 1 por mil en los años 80, pero sigue siendo por lo menos el triple de la que se registra en los mismos servicios en partos vaginales; además condiciona un 50% de nuevas cesáreas (González-Merlo, 1.996).

Por otra parte, el tipo de parto también incide significativamente en la probabilidad de inicio de la lactancia materna. Según un estudio realizado en Andalucía en el año 2.004,

cuando el nacimiento tiene lugar mediante cesárea, la proporción de recién nacidos que son alimentados al pecho disminuye cerca de 15 puntos porcentuales con respecto a los partos vaginales, ya sean de tipo eutócico o instrumental (88,2% en eutócicos y 89,0% en instrumentales vs. 74,1% en cesáreas) . La cesárea constituye un factor de riesgo para no iniciar la lactancia natural (Aguayo, 2.005).

2.7. La práctica obstétrica condicionada por factores ajenos a la situación clínica de la embarazada.

Los especialistas tienen dificultades para explicar las causas de este incremento en el número de embarazos que terminan en cesárea. Según Lluís Cabero, presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, un motivo fundamental para este incremento es el cambio de escenario que se ha producido en los últimos 15 años. Por un lado, el impacto de la fecundación asistida en el número, cada vez mayor, de embarazos gemelares. Por otro lado, ha aumentado la edad en que las mujeres se quedan embarazadas. En estos momentos la edad media del primer embarazo se sitúa en 30,7 años. De hecho, el 30% de las mujeres que esperan un hijo por primera vez ya tienen más de 35 años. Al aumentar la edad de la madre, crece también la probabilidad de que sufra ciertas patologías que hacen más probable que acabe siendo necesaria la cesárea (Cerdá, 2.001).

Aunque esto es una realidad, desde luego, no explica la existencia de las grandes variaciones en la proporción anual de cesáreas que se observa entre regiones, entre hospitales públicos y privados y entre los propios hospitales públicos. Antonio Sarría, jefe de servicio de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, encuentra en su estudio que, aunque la edad y los factores de riesgo obstétricos son importantes factores de riesgo para la terminación en cesárea, la dependencia asistencial (centro público / privado) y el volumen asistencial son también factores de riesgo independientes. El riesgo de cesáreas aumenta en los centros privados y en los hospitales con un menor volumen asistencial (Sarría, 2.003). Estos hallazgos son consistentes con los de otros estudios que han observado una mayor probabilidad de cesáreas cuando los médicos cobran por acto que cuando cobran un salario fijo, así como en las mujeres con seguros privados (Johanson, 2.002; Sarría, 2.003).

También la probabilidad de tener un sufrimiento fetal o de distocia, ajustado según características de la madre y del hospital, presenta el mismo tipo de variación en función de la organización aseguradora. En algunos centros, el momento del día también ayuda a estimar la probabilidad de cesárea, observándose picos por la tarde, cuando el

estímulo del descanso resulta más potente. Variables organizativas, vulnerables a la gestión sanitaria, también influyen en la tasa de cesáreas; así, se ha observado que ésta es menor en centros sanitarios donde la atención al parto es realizada por matronas con implicación del ginecólogo, que realiza guardias localizadas únicamente en casos de riesgo o complicación (Spetz, 2001).

Otro de los factores que parece influir en el intervencionismo obstétrico es la presión médico legal y la práctica defensiva. Según los datos publicados por la Asociación “El Defensor del Paciente” (ADEPA), Ginecología y Obstetricia se encuentra entre los servicios con más denuncias por negligencias médicas, ocupando el segundo puesto en el 2008 y en el 2009.

Igualmente, se han argumentado como factores que contribuyen a elevar la práctica de la cesárea, la comodidad del médico, evitando las largas horas de vigilancia del trabajo de parto, mediante un procedimiento más rápido, más controlable y en horarios hábiles, así como el aprendizaje de los futuros obstetras, en la época de la residencia. Últimamente se contempla también la solicitud de la paciente por temor al dolor o al eventual daño para su hijo, por razones de comodidad (al poder programar su parto), por razones de tipo estético y por temor a los prolapsos genitales o las disfunciones sexuales (Villanueva, 2004).

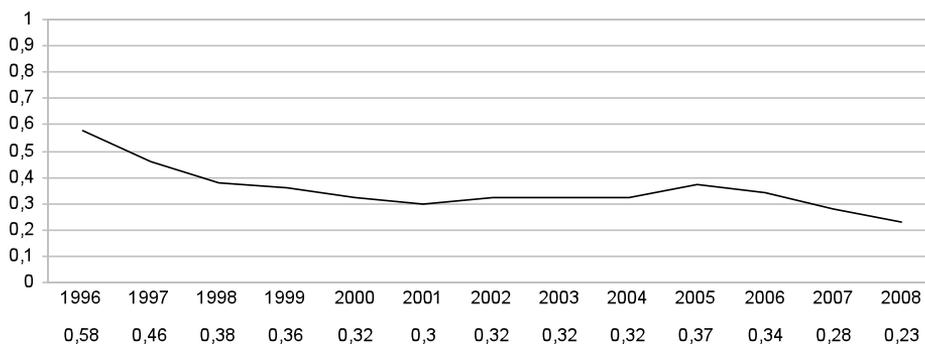
Otros factores que pueden participar son la reducción en el entrenamiento del parto operatorio, de la versión por maniobras externas y de la atención del parto vaginal en presentación pélvica aún en presencia de todas las condiciones favorables para su ejecución (Villanueva, 2004).

3. NECESIDAD DE RECUPERAR EL PARTO NATURAL

En un intento por volver a la naturaleza y vivir el nacimiento de sus hijos sin someterse a procedimientos médicos innecesarios, algunas parejas buscan una forma distinta de atención al parto; pero las opciones son escasas. En España, a diferencia de otros países como Italia, Francia, Reino Unido, Países Bajos, Países Nórdicos, Australia, Méjico y otros países de Norteamérica, la mujer no puede elegir el lugar de su parto (en el hospital, en el domicilio o en una casa de partos). El Sistema Sanitario Público sólo ofrece en su cartera de servicios un modelo, el que marcan los protocolos hospitalarios; por lo tanto, si la mujer desea tener a su hijo en su domicilio y su caso lo permite, va a encontrar muchas dificultades. En primer lugar ha de encontrar una matrona y pagar su coste

(entre 1.200-2.000 euros). Además, para buena parte de la clase médica nacer en casa es un imprudente regreso al pasado, por lo que no van a contar con el apoyo de su médico; pero tampoco con el apoyo familiar y social, ya que existe escasa información sobre esta alternativa y mucho temor a los problemas imprevistos. Así que actualmente, en España, sólo una minoría de mujeres pare en su domicilio. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística, que no distingue entre partos programados y accidentales en domicilio, el porcentaje de partos domiciliarios ha descendido hasta el año 2.000; desde entonces y hasta la actualidad, las cifras se han mantenido estables, alrededor del 0,3%, con un ligero descenso en los tres últimos años.

Gráfico 5: Porcentaje de partos atendidos en domicilio por profesionales. España 1.996-2.008.



Fuente: INE. Demografía y Población. Nacimientos.

Estas cifras se corresponden con las que se vienen observando en los países desarrollados, en los que las tasas de partos a domicilio son inferiores al 1%, excepto en Holanda, Bélgica, los Países Nórdicos y el Reino Unido. Las tasas más elevadas se producen en entornos con herencia cultural o políticas favorecedoras del parto domiciliario. Ambas circunstancias se dan en Holanda, el único país con una tasa superior al 3%, en torno a un tercio del total de partos (AETS, 2.007).

4. SEGURIDAD DEL PARTO EN CASA

La seguridad ha sido uno de los aspectos más investigados de la asistencia al parto domiciliario. Según diversos investigadores, la seguridad de este tipo de partos no puede ser demostrada mediante ensayos clínicos aleatorios controlados, ya que la mayoría de las mujeres rechazarían ser asignadas aleatoriamente a un lugar de nacimiento

(Dowswell, 1996) y además se requeriría un tamaño muestral grande para demostrar los efectos adversos, dada la baja frecuencia de los mismos (Janssen, 2002; Springer, 1996). Tampoco debe de conducirse un ensayo de este tipo a expensas de limitar las preferencias que la mujer tiene sobre el lugar del parto (Newburn, 1996) Según Cranndon AJ, citado por Wieggers y col., los niveles de ansiedad se han demostrado como predictores de las complicaciones obstétricas. Por lo tanto, la eliminación de la posibilidad de elección, como ocurriría en un ensayo clínico, podría por sí misma tener una mayor impacto en los resultados perinatales, por inducir inseguridad y ansiedad en las mujeres que son asignadas a un tipo de parto que ellas no prefieren (Wieggers, 1996).

Los datos que se conocen actualmente indican que el parto en casa es una opción segura cuando se cumplen una serie de criterios. En primer lugar, debe ser planificado, es decir, no producirse de una forma inesperada o accidental, sino como una opción voluntaria que la mujer escoge en los países desarrollados. Ha de ser atendido por personal cualificado, bien sea un médico obstetra, una matrona o un médico de familia. Las gestantes han de ser de bajo riesgo, considerando tanto sus antecedentes como la gestación actual; y además, debe estar respaldado por un sistema hospitalario eficaz (Springer, 1996). En relación a este último criterio, debe estar garantizado el traslado en un tiempo aproximado de 30 minutos (Murphy, 1998) y un cuidado eficaz a la llegada al hospital y debe existir una buena coordinación, comunicación y respeto entre los profesionales de ambos niveles (Davis-Flويد, 2003).

Cuando se cumplen estos requisitos, los resultados que se obtienen al comparar las mujeres que paren en domicilio frente a las que lo hacen en el hospital son similares en mortalidad fetal intraparto y neonatal (Ackermann, 1996; Janssen, 2002; Jhonson 2005) distocia de hombros (Olsen, 1995), duración de parto (Ackermann, 1996) y hemorragias postparto (Ackermann, 1996; Janssen, 2002). En cuanto a la mortalidad materna, en ninguno de los estudios citados anteriormente se produjo muerte materna alguna. Los resultados referentes a la puntuación del test de Apgar varían de unos estudios a otros. Así, unos autores al comparar las puntuaciones del test de Apgar menores de 7 a los 5 minutos entre recién nacidos del grupo de parto planificado en casa, con las de los nacidos en el hospital encuentran que no hay diferencia entre ambos grupos (Janssen, 2002); en cambio, otros no encuentran diferencias entre el grupo del parto en casa y del hospital al minuto, pero a los 5 y a los 10 minutos las puntuaciones de los bebés nacidos en casa eran más altas (Ackermann, 1996). Otros estudios encuentran resultados aún más favorables, pues las puntuaciones de Apgar fueron significativamente más bajas en el grupo del hospital, con independencia de donde se realizase el corte de la puntuación y de que fuese al minuto o a los cinco minutos (Olsen 1997). En el

grupo domiciliario fueron significativa y sistemáticamente menor el número total de complicaciones, la frecuencia de sufrimiento fetal, de problemas respiratorios neonatales y de trauma del nacimiento (Olsen 1995). Las madres también obtienen resultados más favorables, pues los desgarros severos fueron menos frecuentes (Janssen, 2002; Olsen 1997) y más los perinés intactos (Olsen, 1995; PNAO, 2001), menos infecciones (Janssen, 2002), menos analgésicos (Ackermann, 1996), menos analgesias epidurales (Janssen, 2002) y se realizaron menos intervenciones médicas: monitorizaciones electrónicas de la frecuencia cardíaca fetal (Janssen, 2002; Jhonson, 2.005), estimulaciones (Ackermann, 1996; Olsen, 1997; Schirm, 2002), inducciones (Ackermann, 1996; Olsen, 1995; PNAO, 2001; Schirm, 2002), partos instrumentales (Ackermann, 1.996; PNAO, 2001; Schirm, 2002), episiotomías (Ackermann, 1996; Olsen, 1995; PNAO, 2001; Schirm, 2002), cesáreas (Ackermann, 1996; Olsen, 1995; PNAO, 2001; Schirm, 2002) y administración de medicación (Olsen, 1995; Schirm, 2002).

A la luz de estos resultados, Olsen concluye que no hay prueba sólida alguna a favor del nacimiento planificado en el hospital para mujeres seleccionadas de bajo riesgo y con ayuda, y que el nacimiento en casa es una alternativa aceptable al nacimiento en el hospital, que conduce a una reducción del intervencionismo (Olsen, 1995).

5. NECESIDAD DE TRASLADO

En cuanto a la necesidad de trasladar a la madre o al recién nacido entre las mujeres que inician el parto en casa, un estudio prospectivo efectuado entre 5418 mujeres de Estados Unidos y Canadá arrojó los siguientes resultados: el 10,4% de las mujeres (9,1% antes del nacimiento y un 1,4% después del mismo) y el 0,7% de los recién nacidos tuvieron que ser trasladados al hospital; siendo urgentes el 3,4% sobre el total de las mujeres (2,1% por complicaciones intraparto, 0,8% posparto y 0,5% por problemas de los recién nacidos) (Jhonson, 2.005). Cifras muy similares son halladas por otros autores en un estudio prospectivo multicéntrico en el Reino Unido con 1.216 mujeres (8,3% intraparto, 0,9% posparto y 1,2 % de los neonatos) (Murphy, 1.998) y en otro retrospectivo con 11.081 mujeres en Estados Unidos (8,2% de traslados intraparto, 0,8% posparto y de los recién nacidos el 1%) (Anderson, 1.995). Sin embargo, otros estudios hayan cifras superiores; así, al evaluar el resultado de 862 mujeres en British Columbia, donde el 16,5% fueron trasladadas al hospital, del total de mujeres fueron urgentes el 3.6% (1,74% intraparto, 0,92% posparto y un 0,92% de los recién nacidos) (Janssen, 2.002) y al estudiar a 142 mujeres en el norte del Reino Unido, otros autores encuentran que un 14% se traslada intraparto y un 1,4% después (Davies, 1.996).

Los criterios para considerar posible el parto en casa variaban en cada uno de los estudios e incluso según las matronas asistentes; no obstante, las gestaciones de 42 semanas o más y la presencia de meconio son los dos factores que más incrementan el riesgo de traslado al hospital y de mortalidad perinatal (Murphy, 1.998).

En relación con el tiempo empleado en el traslado, hay que considerar los hallazgos de Campbell and Macfarlane (1.994) citados por el Real Colegio de Matronas del Reino Unido, ya que, según estos autores, los riesgos iatrogénicos asociados con un parto hospitalario pueden ser igual o mayores que los beneficios de un acceso inmediato a la atención médica (RCM, 2.002).

6. COSTO DE LA ATENCIÓN AL PARTO

El peso y el coste de los grupos relacionados con el diagnóstico (GDR) de la atención al parto de las mujeres atendidas en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud, según el Ministerio de Sanidad y Consumo, para el año 2.000, se muestran en la tabla 1. El análisis económico realizado en Estados Unidos por Anderson, citado por Jhonson y col., encontró que un parto vaginal no complicado cuesta una media de tres veces más que un parto similar atendido en casa por una matrona (Jhonson, 2.005).

Tabla1: Coste de los GDR relativos al parto en Sistema Sanitario Público Español. 2008

<i>GDR</i>	Descripción	Coste (euros)
370	Cesárea, con complicaciones	2.784,6
371	Cesárea, sin complicaciones	2.567,4
372	Parto con complicaciones	1.441,2
373	Parto sin complicaciones	1.235,8

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Norma Estatal de los GRD (AP-GDR V23) por grupos de hospitales. 2.008

Al estudiar la costo-efectividad de los partos domiciliarios, hospitalarios y los realizados en centros de nacimiento, encuentran que un parto normal en domicilio cuesta un 68% menos que en el hospital, ofreciendo además los partos iniciados en casa una mortalidad intraparto y neonatal más baja y una menor tasa de cesáreas (Anderson, 1.999).

7. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES QUE PAREN EN SU DOMICILIO

Las mujeres que prefieren parir en su domicilio valoran la continuidad de los cuidados, el ambiente de casa y la posibilidad de tomar sus propias decisiones sobre lo que les sucede durante la dilatación y el parto (Longworth, 2001). Este último aspecto, la participación en la toma de decisiones durante el nacimiento, ha sido identificado en otros estudios como motivación principal para la elección de esta opción (Morison, 1998; Schneider, 1996). En línea con estos resultados, al comparar las mujeres que elegían el parto en casa con las que lo hacían en el hospital o en un centro de nacimiento, se encuentra que las que elegían el domicilio tenían un nivel de educación prenatal más alto, habían leído más sobre el parto, era más probable que fuesen múltiparas y estaban más dispuestas a aceptar la responsabilidad en el mantenimiento de su salud (Cunningham, 1993). También son significativos los resultados en lactancia materna entre estas mujeres (Jhonson, 2005).

8. INTERVENCIÓN DE LA MATRONA QUE ASISTE PARTOS EN DOMICILIO

La actividad de la matrona que atiende los partos en domicilio no se limita a la asistencia del parto en la casa, sino que su labor se inicia en el embarazo y se extiende hasta varios días después del mismo. La matrona es el profesional que informa a la mujer embarazada sobre esta alternativa y que valora los factores de riesgo presentes, para asegurar los resultados maternos y perinatales, de forma que la decisión se toma de forma conjunta. La mayoría oferta también educación maternal, grupal o individual y realiza varias visitas domiciliarias antes del nacimiento para asegurarse de que el domicilio reúne condiciones de seguridad e higiene adecuadas.

En caso de ser necesario un traslado hospitalario antes, durante o después del parto, la matrona acompaña a la mujer hasta el hospital, garantizando la continuidad de cuidados. En cuanto a la gestión de los residuos generados, las gasas o empapadores manchados de sangre o líquido amniótico se consideran residuos asimilables a urbanos y pueden ser eliminados junto a la basura general de la casa; ahora bien, la placenta y los objetos punzantes se consideran residuos peligrosos y deben llevarse al punto limpio de la localidad, bien por la matrona o por la familia, o bien la matrona se los lleva al hospital de referencia.

Después del parto la matrona permanece en el domicilio unas 2-3 horas en función del estado de la madre y del recién nacido; y en los días siguientes, realizará 2 ó 3 visitas domiciliarias para comprobar el estado de la madre y del recién nacido.

9. CONCLUSIÓN

Para las gestantes seleccionadas, de bajo riesgo, el nacimiento domiciliario planificado, respaldado por un sistema hospitalario eficaz, es una alternativa aceptable al parto en el hospital, que conduce a una reducción del intervencionismo y de las cesáreas.

BIBLIOGRAFÍA

Aguiar J, Pasadas S, Ramírez A y col. (2005) *La lactancia materna en Andalucía. Resultados del estudio de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía y los factores asociados a su duración en el primer año de vida*. Sevilla: Consejería de Salud.

Ackermann-Lieblich U, Voegeli T, Gunter-Witt K, Kunz I, Zuling M, Schindler C, Maurer M. (1996). Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. *British Medical Journal*. 313(7068), 1276-1277.

(AETS). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (2007). *Parto a domicilio programado. Situación actual en los países desarrollados*. Informe 6/2007. Consejería de Salud: Junta de Andalucía.

Anderson RE, Murphy PA. (1995) Outcomes of 11.788 planned home births attended by certified nurse-midwives. A retrospective descriptive study. *Journal Nurse-Midwifery*. 40(6), 483-492.

Anderson RE, Anderson D.A. (1999) The cost effectiveness of home birth. *Journal of Nurse-Midwifery*. 44(1), 30-35.

Basevi V, Lavender T. (2008). Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos (Revisión Cochrane traducida) [en línea]. *Biblioteca Cochrane Plus*, 4. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD001236> [consulta 2010, 17 de junio]

Cabrera J. (2003). Realidad y expectativa en torno a la atención del parto en Chile: Renacer del parto natural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 68(1), 65-67.

Carroli G, Belizán J. (2008) Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida) [en línea]. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000081> [consulta 2010, 20 de junio]

Cerdá H. (2001). Uno de cada cuatro niños nace por cesárea. *El País*. Suplemento. 30 de mayo.

Cunningham JD. (1993). Experiences of Australian mothers who gave birth either at home, at a birth centre, or in hospital labour wards. *Social Science & Medicine*. 36(4), 475-483.

Davies J, Hey E, Reid W, Young G. (1996). Prospective regional study of planned home births. *British Medical Journal*. 313(7068), 1302-1306.

Davis-Flويد, R. (2003) Home- birth emergencies in the US and Mexico: the trouble with transport. *Social Science and Medicine*. 56, 1911-1931.

Dowswell T, Thornton JG, Hewison J, Lilford RJL. (1996). Measuring outcomes other than safety is feasible. *British Medical Journal*. 312, 753.

García, I. (2006) ¿Está justificada la administración de oxitocina de forma rutinaria a todas las mujeres en trabajo de parto? [en línea] *Evidentia*. 3 (7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/183articulo.php> [consulta 2010, 20 de junio]

Giribet ME, Rodríguez A, Martínez V. (1992) Análisis de las diversas ansiedades que presentan las futuras madres durante la gestación. *Enfermería Científica*. 124-125, 27-32.

González-Merlo J. (1996). *Obstetricia*. Barcelona: Salvat.

Gupta JK, Hofmeyr GJ. (2008) Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida) [en línea]. *Biblioteca Cochrane Plus*, 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002006> [consulta 2010, 17 de junio]

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. (2008). Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida) [en línea]. *Biblioteca Cochrane Plus*, 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20928332&DocumentID=CD003766> [consulta 2010, 20 de junio]

Janssen P, Lee S, Ryan E, Etches D, Farquharson D, Peacock D, Klein M. (2002). Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *Canadian Medical Association or its licensors*. 166(3), 315-323.

Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *British Medical Journal*. 324, 892-895.

Jhonson KC, Davis BA. (2005). Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North América. *British Medical Journal*. 330(7505), 1416-14.

Lemay G. *La naturaleza de parir y nacer de* [en línea]. Disponible en : <http://www.permacultura2.es.tl/La-naturaleza-de-parir-y-nacer-d--Gloria-Lemay-.htm> [consulta 2010, 15 de junio]

Longworth L, Ratcliffe J, Boulton M. (2001). Investigating women's preferences for intrapartum care; home versus hospital births. *Health Soc Care Community*, 9(6), 404-413.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Estrategias de Atención al Parto Normal*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Morison S, Hauck Y, Percival P, McMurray A. (1998). Constructing a home birth environment through assuming control. *Midwifery*. 14(4), 233-241.

Murphy PA, Fullerton J. (1998). Outcomes of intended home births in nurse-midwifery practice: a prospective descriptive study. *Obstetrics and Gynecology*. 92(3), 461-470.

Newburn M, Dodds R. (1996). Such a trial should not limit the choices of women who already have a preference. *British Medical Journal*. 312, 756.

- Olsen O. (1995). Are home births the future? *Tidsskrift for Jordemodre*. 105, 8-13.
- Olsen O. (1997). Meta-analysis of the safety of home birth. *Birth*. 24(1), 4-13.
- Olsen O, Jewell MD. (2008). El nacimiento en casa frente al nacimiento en el hospital (Revisión Cochrane traducida) [en línea]. *Biblioteca Cochrane Plus*, 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000352> [consulta 2010, 20 de junio]
- OMS. (1985). Tecnología apropiada para el parto. *Lancet*. 2, 436-437. Traducción ACPAM.
- OMS. (1996). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Principal Nursing Adviser's Office. Department of Health. (2001). *Homebirth policy and guidelines for management of risk factors*. Grupo Técnico de Trabajo. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva.
- Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. (2008) Clampeo precoz versus clampeo tardío del cordón umbilical en prematuros (Revisión Cochrane traducida) [en línea]. *Biblioteca Cochrane Plus*, 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD003248> [consulta 2010, 17 de junio]
- Revez L, Gaitán HG, Cuervo LG. (2008). Enemas durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida) [en línea]. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2. Oxford Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000330>. [consulta 2010, 17 de junio]
- The Royal College of Midwives. (2002). Position Paper. Home Birth.
- Sánchez A, Gómez A, Pérez MC, Martínez E. (2006). Pinzamiento tardío vs. Pinzamiento precoz del cordón umbilical. *Medicina Naturista*, 10, 620-637.
- Sarría A, López ET. (2003). Diferencias en la probabilidad de una cesárea asociadas con la dependencia del hospital, el volumen de casos y el riesgo obstétrico. *Atención Primaria*, 32(6).

SEGO. Grupo de trabajo sobre asistencia al parto y puerperio patológicos. Sección de medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (1999) *Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos*. España: E. Fabre González. p. 297.

Schirm E, Tobi H, de Jong-van den Berg L.T.W. (2002). Low use of medication in home deliveries in the Netherlands. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 79, 5-9.

Schneider D. (1986). Planned out-of-hospital births, New Jersey, 1978-1980. *Social Science & Medicine*. 23(10), 1011-1015.

Smyth R, Alldred K, Markham C. (2009) Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo (Revision Cochrane traducida) [en línea]. *Biblioteca Cochrane Plus*, 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%201271557&DocumentID=CD006167> [consulta 2010, 17 de junio]

Spetz J, Smith MW, Ennis SF. (2001). Physician incentives and the timing of caesarean sections: evidence from California. *Med Care*. 39, 536-550.

Springer NP, Van Weel C. (1996) Home birth: Safe in selected women, and with adequate infrastructure and support. *British Medical Journal*. 313, 1276-1277.

Thacker SB, Stroup D, Chang M. (2006). Monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardíaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida) [en línea]. *Biblioteca Cochrane Plus*, 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/embarazo_y_salud/cochrane_monitorizacion_parto.pdf [consulta 2010, 20 de junio]

Tyndall M. *Mortalidad materna: La maternidad segura se encuentra en el protagonismo de las mujeres mismas* [en línea]. El parto es nuestro. Disponible en: http://www.elparto.es/nuestro.es/index.php?option=com_content&task=view&id=116&Itemid=53 [consulta 2010, 30 de junio]

Uranga A, Urman J, Lomuto C y col. (2004). *Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia*. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Argentina: Ministerio de Salud.

Villanueva LA. (2004). Operación cesárea. Una perspectiva integral [en línea]. *Revista de la Facultad de Medicina*, 47(6). Disponible en: <http://www.revistafacmed.com/2004/NovDic/Un46e.pdf> [consulta 2010, 2 de agosto]

Wiegers TA, Keirse MJNC, van der Zee J, Berghs GAH. (1996). Outcomes of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands. *British Medical Journal*. 313 (7068), 1309-1313.