



**Universidad  
Europea** VALENCIA

**Grado en ENFERMERÍA**

**Trabajo Fin de Grado**

**TÍTULO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA COMPARATIVA DE LA SEGURIDAD MATERNA Y  
NEONATAL EN PARTOS DOMICILIARIOS Y HOSPITALARIOS**

**Presentado por: Lidia Pérez Briz**

**Tutor/es: Dra. Irene Pastor Pagés**

## ÍNDICE

<b>1. RESUMEN</b> .....	5
<b>2. ABSTRACT</b> .....	6
<b>3. MARCO TEÓRICO</b> .....	7
<b>3.1. Introducción</b> .....	7
<b>3.2. Motivos por los cuales escoger la opción del parto en casa</b> .....	14
<b>3.3. Evolución de la matrona y papel que desempeña</b> .....	16
<b>3.4. Justificación</b> .....	17
<b>4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b> .....	18
<b>4.1. Objetivo principal</b> .....	18
<b>4.2. Objetivos secundarios</b> .....	18
<b>4.3. Hipótesis principal</b> .....	18
<b>4.4. Hipótesis secundarias</b> .....	18
<b>5. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	18
<b>5.1. MATERIAL</b> .....	18
<b>5.2. MÉTODOS</b> .....	19
<b>5.2.1. Tipo de estudio</b> .....	19
<b>5.2.2. Criterios de inclusión y exclusión</b> .....	20
<b>5.2.3. Resultados tras la búsqueda bibliográfica</b> .....	21
<b>6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	24
<b>6.1. Tabla resultados</b> .....	24
<b>6.2. Criterios para desarrollar un parto en el domicilio</b> .....	32
<b>6.3. Seguridad del parto planificado en el domicilio</b> .....	33
<b>6.4. Beneficios y complicaciones maternos-fetales</b> .....	35
<b>7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO</b> .....	38
<b>8. CONCLUSIONES</b> .....	38
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	39
<b>ANEXOS</b> .....	42
<b>Anexo 1</b> .....	42

## ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1: Porcentaje de partos domiciliarios en Europa. ....	10
Figura 2: Gráfico nacimientos nacionales por cesárea en 10 años (2012-2022). ....	13
Figura 3: Mapa de estadística de nacimientos por cesárea en comunidades autónomas en 2022.....	13
Tabla 1: Pregunta PICO.....	19
Tabla 2: Descriptores MeSH y DeCS. ....	19
Tabla 3: Búsqueda bibliográfica. ....	21
Tabla 4: Diagrama de flujo.....	23

## **LISTADO DE ABREVIATURAS**

EAPN: Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud

FAME: Federación de Asociaciones de Matronas en España

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

ICM: International Confederation of Midwives

IMC: Índice de Masa Corporal

INE: Instituto Nacional de Estadística

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

OMS: Organización Mundial de la Salud

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

SHI: Statutory Health Insurance

TA: Tensión Arterial

## 1. RESUMEN

**Introducción:** Antiguamente, los partos seguían desarrollándose en el ámbito domiciliario atendidos por una partera y acompañados de sus seres queridos en un ambiente íntimo y tranquilo. Con los avances de la medicina y la aparición de nuevas tecnologías, fueron institucionalizándose y pasando a desarrollarse en los hospitales con el fin de reducir la morbilidad. Pero, en la actualidad, debido al gran número de intervenciones está volviéndose a plantear la opción del parto en casa, dónde van a sentirse respetadas y participativas.

**Objetivo:** Determinar el entorno idóneo para dar a luz atendido por personal sanitario, considerando los riesgos y beneficios, así como los requisitos necesarios para llevar a cabo un parto en el domicilio.

**Método:** Revisión bibliográfica en la cual se han incluido 19 artículos obtenidos en bases de datos (Pubmed, Dialnet, Scielo, Google Académico), y páginas web teniendo en cuenta criterios de inclusión y exclusión.

**Resultados y discusión:** Se observan algunas discrepancias en cuanto al lugar más adecuado para el parto en embarazos de bajo riesgo, pero el parto en casa ofrece numerosas ventajas en comparación con el parto hospitalario, como puede ser: una reducción de intervenciones médicas como cesáreas, administración de oxitocina y epidural, así como la promoción de una experiencia más humanizada que genera satisfacción para la mujer y su familia, proporcionando un ambiente tranquilo y seguro.

**Conclusiones:** El parto en el ámbito domiciliario para embarazos de bajo riesgo obstétrico ofrece numerosas ventajas comparado con el hospitalario. A pesar de ello, en España, la opción del parto en casa aún no se encuentra dentro de la cartera de servicios públicos de salud, lo que puede influir en la toma de decisiones por parte de las usuarias debido a la falta de información por parte de los profesionales sanitarios. Sin embargo, es un tema que se debe seguir investigando y estudiando.

**Palabras clave:** parto domiciliario, ventajas parto natural, parto hospitalario, riesgo parto en casa, seguridad.

## 2. ABSTRACT

**Introduction:** In the past, deliveries continued to take place at home, attended by a midwife and accompanied by their loved ones in an intimate and quiet environment. With the advances in medicine and the appearance of new technologies, they were institutionalized and began to take place in hospitals in order to reduce morbidity and mortality. However, nowadays, due to the large number of interventions, the option of home birth is being considered again, where they will feel respected and involved.

**Objective:** To determine the ideal environment for giving birth attended by health personnel, considering the risks and benefits, as well as the necessary requirements to carry out a home birth.

**Results and discussion:** There are some discrepancies regarding the most appropriate place for delivery in low-risk pregnancies, but home birth offers numerous advantages compared to hospital delivery, such as: a reduction of medical interventions such as cesarean sections, administration of oxytocin and epidural, as well as the promotion of a more humanized experience that generates satisfaction for the woman and her family, providing a calm and safe environment.

**Conclusions:** Home birth for low obstetric risk pregnancies offers numerous advantages compared to hospital delivery. In spite of this, in Spain, the option of home birth is not yet included in the portfolio of public health services, which may influence decision making by users due to the lack of information on the part of health professionals. However, it is a subject that should be further investigated and studied.

**Key words:** home birth, advantages of natural childbirth, hospital birth, risk of home birth, safety.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Introducción

El embarazo, el momento del parto y el período postparto representan una de las vivencias más importante que puede suceder en una mujer desde su nacimiento, por el cual, su cuerpo atraviesa unas fases de preparación con el fin de tener lugar la expulsión del feto (1).

Tanto el embarazo como el parto son procesos naturales que forman parte tanto del ámbito de la mujer como de su pareja, implicando también a sus familias siendo un acontecimiento positivo y enriquecedor (1). La antropóloga *Sheila Kitzinger* (2) señala que, aunque son acontecimientos fisiológicos comunes en los humanos, también desempeñan un papel importante aspectos económicos, religiosos, políticos y sociales.

A partir del siglo XIX y XX, en países desarrollados, comienza a llevarse a cabo los partos hospitalarios debido a los avances en la medicina, así como el desarrollo de antibióticos para infecciones bacterianas y la realización de técnicas asépticas. Hasta entonces se producían en un ámbito domiciliario, pero fue institucionalizándose y universalizándose en España a partir de los años 70 hasta pasar a ser hospitalario. El objetivo por alcanzar con este cambio era la disminución de la morbimortalidad tanto materna como fetal y, a su vez, garantizar actuación médica si era necesario (3). Aunque, en algunas ocasiones el proceso del parto hospitalario resultaba ser una experiencia negativa acompañada de sufrimiento y frustración en vez de ser un acontecimiento positivo y satisfactorio. Por ello, se debe promocionar las acciones humanitarias e interacción de la parturienta con los profesionales de la salud durante el parto con el fin de atender sus necesidades y las de su familia consiguiendo el desarrollo natural del proceso del parto (1).

A nivel mundial, según datos recogidos por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) señala que cada minuto fallece una mujer debido a complicaciones producidas durante el desarrollo de un parto sin personal especializado, por lo que, dicha mortalidad podría haberse prevenido con acceso a profesionales capacitados (4).

Relacionado con las tasas de mortalidad domiciliaria, se realiza una comparación de un número de partos en ámbito domiciliario comparado con partos hospitalarios en países desarrollados con el fin de observar los tipos de actuaciones y la morbilidad y mortalidad. Los resultados observados señalan que se produce un aumento de la mortalidad fetal junto con pocas actuaciones, como la episiotomía y administración de epidural, en partos domiciliarios comparados con hospitalarios. La conclusión obtenida engloba que debe producirse una mejora

en la atención del parto en casa a través de profesionales que estén debidamente capacitados y especializados (4).

Dicho objetivo de alcanzar la disminución de la morbimortalidad se vio reflejado en los años posteriores con una disminución de la mortalidad materna siendo en Suecia valores de 900 fallecimientos por cada 100.000 nacimientos en 1750 comparado con 1980 que fueron 6 fallecimientos de cada 100.000 nacimientos (5). Del mismo modo, también se observa una disminución en la mortalidad fetal con valores en la Comunidad Valenciana de 2,06 fallecimientos por cada 100.000 nacimientos en el año 2007 (4).

En España, la aprobación de la Constitución Española del año 1978 otorgó a las mujeres una serie de derechos civiles. En el 2001, la Declaración de Madrid (6) presentó la igualdad de género, tanto en el ámbito de salud como en otros niveles, así como, en política. Dicha igualdad es conseguida años más tarde, en el 2004 cuando el Ministerio de Sanidad y Consumo (6) creó el Observatorio de Salud de las Mujeres.

Cabe resaltar que, en algunos países resulta ilegal que se produzca un parto en casa. Por ello, la ICM (*International Confederation of Midwives*) expresa el derecho que tienen las mujeres de decidir sobre ello, pero con el respaldo de la matrona, la cual se encarga de prestar los servicios de forma segura (2).

La Federación de Asociaciones de Matronas en España (FAME) junto con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) sugieren avanzar llevando a cabo una atención humanizada sin descuidar la seguridad tanto de la madre como del recién nacido. Por consiguiente, en 2018 se actualizó la Guía de asistencia para el parto en casa publicada por el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, la cual iba orientada a las matronas para proporcionar una asistencia adecuada obteniendo buenos resultados tanto maternos como fetales (3). Las matronas tienen la concepción de la mujer desde un punto de vista diverso, es decir, ofreciendo su apoyo durante todas las fases de su vida respetando las decisiones en todo momento (6).

Actualmente, con la sensación de tranquilidad arraigada en nuestra sociedad, debido a la reducción de la mortalidad materna, está volviendo a aparecer la opción del parto en casa. Otra razón por la que está siendo demandado este proceso se debe a que ha ido poco a poco deshumanizándose (3). A pesar de ello, existen discrepancias según el nivel económico en el desarrollo del parto domiciliario. Por una parte, en África subsahariana hay un aumento de morbimortalidad siendo el desarrollo de un parto sin asistencia o de manera insuficiente.

Mientras que, por otro lado, en países desarrollados existe una institucionalización del proceso del parto pudiéndose desarrollar en casas destinadas para partos, llamadas casas de parto, y con asistencia profesional. En algunos países, como Holanda dicho proceso puede desarrollarse por la Seguridad Social financiado por el estado y, en otros países como en España no está incluido en los servicios del Sistema Sanitario público (2).

### **Situación de la atención al parto en países desarrollados:**

El proceso del parto en los países industrializados está bastante integrado en la sociedad. Así como en Inglaterra, Holanda, Francia, Canadá, Estados Unidos y España, entre otros.

#### **Inglaterra**

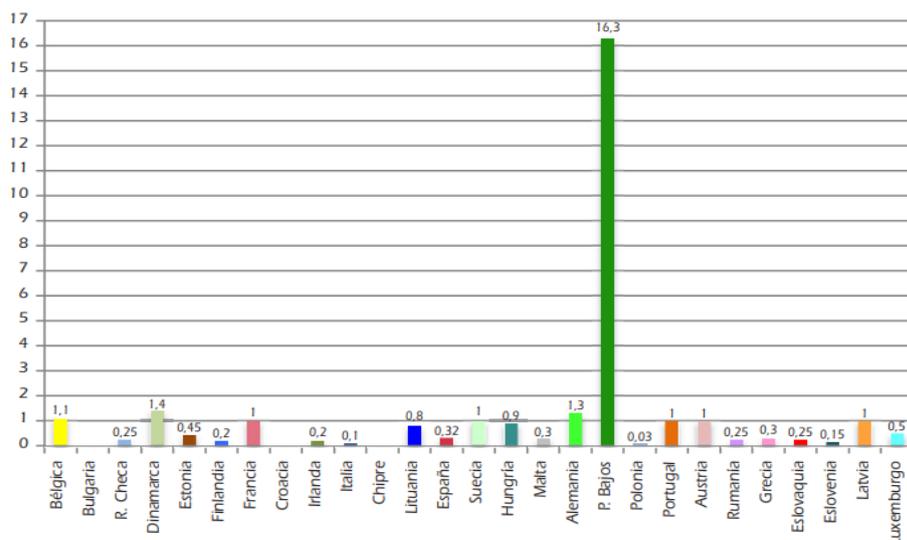
En Inglaterra, los servicios del sistema de salud están financiados por el estado mediante el pago de los impuestos, siendo una población minoritaria los que cuentan con una póliza privada de salud. El Sistema Nacional de Salud de Reino Unido ofrece servicio sanitario atendiendo a toda la población tanto en atención primaria como hospitalaria.

El proceso del embarazo y del parto ha ido actualizándose, constituyendo la libre elección de la mujer y dos aspectos a destacar, la colaboración del personal sanitario y el lugar donde se va a desarrollar el parto, obteniendo como resultado el avance y progreso de las habilidades de las matronas (7).

#### **Holanda**

La asistencia holandesa está dirigida a centrar el periodo del parto en actuaciones que respeten la naturalidad que conlleva dicho proceso y, con las mínimas actuaciones medicalizadas. Una cantidad elevada de mujeres decide llevar a cabo el parto en el domicilio, por ello, los datos de parto domiciliario de Holanda sobrepasan los del resto de países siendo el país con la tasa más alta seguido de Dinamarca (8).

Figura 1: Porcentaje de partos domiciliarios en Europa.



Fuente: Artículo ¿El fin del modelo de asistencia al parto y nacimiento en los Países Bajos?: la realidad del parto domiciliario en Holanda (8).

En este país, las mujeres con embarazos de bajo riesgo en la semana 37 o más de gestación tienen la posibilidad de elegir el lugar donde quieren que se desarrolle el parto, en el domicilio asistido por profesionales sanitarios o en el hospital (3). En la elección también se debe tener en cuenta aspectos sociales, culturales y políticos para determinar el entorno del parto ya que, el sistema sanitario de este país no asumía los gastos que conlleva el parto en un hospital (8).

En 2006, para el sistema sanitario era necesario disponer de un seguro privado obligatorio a través de mutuas privadas ya que, el seguro básico universal está financiado mediante el pago que realiza cada individuo a las mutuas. Dicho sistema sanitario se divide en dos niveles: por un lado, el primero que corresponde a la atención primaria y, por otro lado, el segundo nivel que se encuentran los embarazos con necesidad de visita por un ginecólogo como, por ejemplo, en los embarazos de alto riesgo (7).

En los últimos años, las tasas de parto domiciliario han ido disminuyendo, pero matronas y familias están luchando para que no se pierda la cultura de este país. Por ello, ofrecen apoyo durante todo el proceso y facilitan información con el compromiso de proteger dicha práctica (8).

## Francia

La atención al parto domiciliario es asumida por profesionales sanitarios, en concreto, por matronas, pero no está incluido dentro del sistema sanitario público de este país. El sistema de salud francés, *Statutory Health Insurance* (SHI) (7) engloba tanto sistema público financiado a través de los impuestos como privado a través del pago de tasas. El propio Estado y las pólizas

de seguros se encargan de realizar la normativa del sistema sanitario de salud. Por lo que, *el Statutory Health Insurance* se encarga de financiar gran parte de los gastos sanitarios mientras que, una mínima parte de dichos gastos recae en manos de las aseguradoras privadas. Cabe destacar que, los servicios de salud financiados por el sistema público dependen de varios aspectos, entre ellos, la condición económica del individuo y el tipo de asistencia.

En los niveles de atención se encuentran, la atención primaria llevada a cabo en centros de salud mediante sistema público y privado y, la atención secundaria o especializada ofrecida en centros de salud y en hospitales.

Por otro lado, en la atención prenatal, la gestante tiene la libertad de escoger hasta el quinto mes de embarazo entre matronas o ginecólogos mientras que, a partir del sexto mes en adelante se realizará el control por ginecólogos en el hospital. Todo ello, en caso de embarazos de bajo riesgo, pero si existe riesgo debe de controlarse desde el primer mes en el hospital. Esta atención está financiada por el sistema público excepto algunos servicios adicionales que debe ser necesario disponer de pólizas de seguro privado o abonar las tasas correspondientes (7).

## **Canadá**

El sistema sanitario de Canadá es mayoritariamente público financiado mediante los impuestos del gobierno. Por un lado, la atención primaria ha ido mejorándose con el fin de obtener una mayor oferta de servicios asistenciales. Por otro lado, la atención prenatal se ha llevado a cabo por ginecólogos en entorno hospitalario, pero en los últimos años ha ido introduciéndose la figura de las matronas y la posibilidad del parto en domicilio.

En la actualidad, la atención por parte de las matronas está disminuyendo debido a que normalmente se encuentran ejerciendo su labor en hospitales urbanos (7).

## **EE.UU.**

En Estados Unidos, la opción del parto domiciliario no se encuentra muy incorporada entre la población, aunque ha ido en auge en los últimos años con un aumento del 75% del año 2004 al 2017. Al año siguiente, en el año 2018, los nacimientos domiciliarios reflejaron el 1,64%, es decir, el 61% de los nacimientos se llevaron a cabo en el domicilio. Por ello, hay que tener en cuenta los estudios realizados comparando el parto domiciliario con el parto hospitalario, en el cual se observa una mayor morbilidad neonatal (9).

Las instituciones, La Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, presentaron unas indicaciones y criterios con el fin de mejorar los resultados perinatales en el parto domiciliario, entre los cuales se encuentran:

- Embarazo único,

- Cabeza fetal hacia el canal del parto, es decir, presentación cefálica,
- Embarazo de más de 36 semanas de gestación,
- Ausencia de enfermedad gestacional.

En dichos criterios no se deben incluir las siguientes situaciones:

- Presencia de realización de una cesárea anteriormente,
- Posición del feto atípica,
- Embarazo múltiple.

Si la mujer presenta alguna de estas situaciones en el embarazo, se debe informar de los riesgos que conlleva y la recomendación de realizar el proceso del parto en un ámbito hospitalario (3).

Para evitar riesgos perinatales y disminuir la morbilidad de los partos domiciliarios es de vital importancia brindar asistencia por parte de matronas que se encuentren debidamente autorizadas en el sistema sanitario de salud con capacitación en caso de producirse un evento adverso no deseado (9).

## **España**

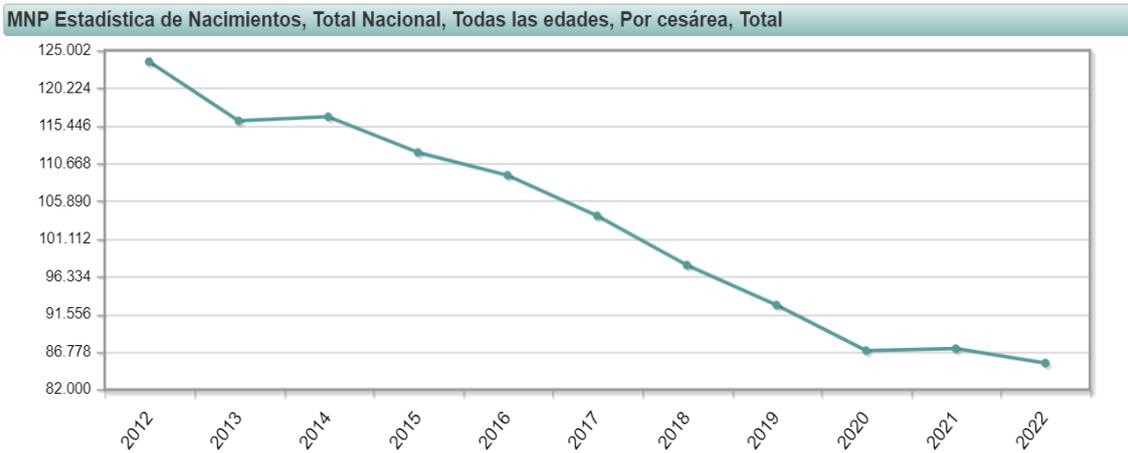
El Sistema Sanitario en España es financiado a través del pago de los impuestos del Estado donde se encuentra el seguimiento del embarazo, el proceso del parto y postparto dentro de la cartera de servicios. Además del sistema sanitario público, también existen de manera independiente las pólizas de seguros privados costeadas por cada ciudadano (7).

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en el año 2007, aprobó la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud (EAPN) con el fin de promover el enfoque hacia un parto natural para aumentar la calidad de atención por parte de los profesionales sanitarios y garantizar seguridad. Esta estrategia permite adoptar hábitos que resulten beneficiosos y dejar de realizar acciones que tuvieran efectos negativos (10).

La evaluación de calidad en los hospitales se realiza a través de dos parámetros: los datos de cesáreas y la lactancia materna, la cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) aconseja llevar a cabo exclusivamente hasta los seis meses de vida (10). Por otro lado, en el caso de las cesáreas, datos del Ministerio de Sanidad de España apuntan que en el año 2012 a una de cada cuatro mujeres se les realizó una cesárea, en concreto, 123.560 (11). Diez años más tarde, en el año 2022, los datos más actuales disponibles en el Instituto Nacional de

Estadística (INE) señalan que los datos han ido disminuyendo, siendo 85.400 cesáreas a nivel nacional (12).

Figura 2: Gráfico nacimientos nacionales por cesárea en 10 años (2012-2022).



Fuente: INE (12).

Existe una gran variabilidad en toda España, pero en concreto, la Comunidad Valenciana representa una de las mayores tasas en comparación con el resto de las comunidades autónomas (12).

Figura 3: Mapa de estadística de nacimientos por cesárea en comunidades autónomas en 2022.



Fuente: INE (12).

En cuanto a la elección del parto domiciliario, no está incluida en los servicios del Sistema Sanitario público, pero a pesar de ello, existen mujeres que siguen escogiendo esta opción de parto (7). Para llevar a cabo este proceso del parto domiciliario se debe tener en cuenta una serie de aspectos para garantizar la mayor seguridad posible: atención sanitaria cualificada y capacitada a base de experiencia y, disponibilidad inmediata de traslado en caso de sufrir complicaciones.

Existen numerosos escenarios con resultados desfavorables, pero cabe destacar uno de ellos principalmente que conlleva a un aumento del riesgo: el retraso, en el momento que se detecta cualquier evento adverso, del traslado precoz a un centro sanitario en el mínimo tiempo posible con el fin de evitar resultados contraproducentes. Por ello, el personal sanitario encargado de atender partos extrahospitalarios debe estar altamente capacitado.

Con el fin de evitar riesgos y garantizar una mayor seguridad se publican documentos que recogen una serie de indicaciones y criterios de inclusión para un parto domiciliario, entre los cuales se encuentran:

- Información detallada del proceso y riesgos a las gestantes y sus familias,
- Personal sanitario capacitado,
- Disponibilidad inmediata para un traslado precoz,
- Ausencia de enfermedad y riesgo durante el embarazo (3).

### **3.2. Motivos por los cuales escoger la opción del parto en casa**

El proceso del parto constituye uno de los momentos más positivos e importantes en la vida de una mujer y su familia. Dicho proceso en un ambiente hospitalario conlleva un modelo institucionalizado basado en avances de las intervenciones como son las cesáreas. Por ello, se obtiene un abordaje del parto que obstaculiza la humanización que conlleva dicho proceso del parto sintiendo que pierden la autonomía y responsabilidad.

Uno de los motivos principales de elección del parto en ámbito domiciliario se centra en la humanización del proceso a través de medidas que brindan atención a la mujer y su familia, considerando aspectos que trascienden los biológicos y abarcan los sociales, éticos y psicológicos. Algunas mujeres que han llevado a cabo el parto en un ambiente hospitalario afirman que es difícil tener una experiencia positiva, gratificante y enriquecedora. Al contrario, sienten deshumanización a través del sufrimiento y desilusión de las expectativas del proceso del nacimiento (1).

La intimidad constituye también una de las razones principales por las cuales las mujeres deciden llevar a cabo el proceso del parto en su domicilio. Un aspecto que desean sentir muchas mujeres en ese momento de su vida es la privacidad, que se consigue dando a luz en su propio hogar junto a su familia en la cual deposita plena confianza. El ámbito idóneo para el desarrollo

del parto es el lugar donde la mujer sienta protección, tranquilidad, seguridad y libertad. Numerosas mujeres se plantean esta opción debido a que anteriormente han dado a luz en el hospital afirmando no sentir confianza ni intimidad como podrían llegar a tener en su casa (13).

Otro de los motivos por el cual se escoge esta opción se debe a las experiencias familiares previas. Algunos estudios evidencian que las mujeres se informan sobre las experiencias de otros miembros familiares y de ese modo crear su propia opinión ya que, las familias que habían optado por un parto domiciliario afirmaban que se trataba de un proceso con numerosas ventajas y beneficios gracias a la seguridad, comodidad, intimidad y libertad que conlleva (14).

El contexto socioeconómico es otra de las razones que influye en la toma de decisión ya que, varía según países y familias. Existen algunas circunstancias en las cuales se opta por dar a luz en casa, ya sea por residir en lugares que estén alejados del traslado a un hospital o en los países que el parto no esté incluido en la cartera de servicios públicos de sanidad. En algunos países como Inglaterra, Australia o Países Bajos el parto domiciliario se encuentra incluido en el sistema de salud mientras que, otros países como Chile no tienen cobertura y deben de llevar a cabo los pagos particularmente si desean escoger esta opción de parto en casa (15).

El papel que desempeña la pareja también influye en las decisiones de la mujer. Un estudio que incluía participantes varones muestra que apoyan la elección de la mujer siendo respetuosos en todo momento. Dicho estudio también afirma que la pareja debe poco a poco ir adoptando compromisos y tener más implicación en el proceso con el fin de ir desarrollando un modelo en los hombres con respecto al proceso del parto y de la crianza (16).

Un parto llevado a cabo en el ámbito domiciliario proporcionará una serie de beneficios tanto a la mujer como a su familia sintiéndose parte activa del parto. Por ello, consiguen estar más relajadas en comparación con las mujeres que dan a luz en el hospital donde se llevan a cabo un mayor número de intervenciones y cesáreas (17). Las mujeres afirman que optar por un parto en el domicilio bajo la atención de profesionales sanitarios resulta positivo y con la misma seguridad que un parto en el hospital (18).

Antes de tomar cualquier decisión es muy importante informarse bien de todos los aspectos que engloba. Los profesionales deben promover la capacidad que tienen las mujeres en la toma de decisiones, abogar por sus derechos y reestablecer una atención que se encuentre orientada a sus necesidades. Los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de proporcionar información precisa garantizando y respetando la toma de decisiones tras la información proporcionada (18).

El parto en el domicilio promueve tanto la salud materna como neonatal, al mismo tiempo que contribuye a lograr el Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3 “Salud y Bienestar” proporcionando un entorno seguro, tranquilo y respetuoso para el nacimiento, mejorando los resultados de salud para las mujeres y recién nacidos. Así mismo, fortalece la autonomía de las mujeres durante el parto y promueve un mayor bienestar emocional para la mujer y su familia.

### **3.3. Evolución de la matrona y papel que desempeña**

El parto es un proceso que ha sufrido variaciones a lo largo de la historia, del mismo modo que lo han sufrido las matronas. Las cuales obtienen a partir del siglo XIX como resultado de los congresos y reuniones una introducción de la enfermera obstétrica en el cuidado del nacimiento (13).

Anteriormente, las parteras eran mujeres cuya labor era muy importante ya que, se encargaban de proporcionar los cuidados a las embarazadas y brindar atención en el proceso del parto. No disponían de conocimientos puesto que eran adquiridos de generación tras generación a través de la necesidad de atender a otras mujeres. Las habilidades fueron desarrollándose a través de la observación y la práctica de asistir los partos de mujeres de su propia familia por el deseo de ayudar y atender a otras mujeres. El aprendizaje se vuelve fruto de la experiencia como consecuencia de circunstancias de la vida que tienen que atender incluso los partos de sus hijas o hermanas (19).

Sus conocimientos se basan en las diferentes culturas transmitido oralmente a las generaciones y a través de las experiencias vividas incluyendo la suya propia. Todo ello, adaptándolo a las necesidades de cada mujer (19).

A partir del siglo XX, la institucionalización del parto junto con las intervenciones que se realizaban no obtuvo buen resultado en la calidad de la atención. El Ministerio de Salud desarrolló medidas a partir del año 1998 que consistían en implementar directrices hacia una mejora de la competencia de los profesionales enfermeros en la atención al parto. Realizado a través del respaldo económico de la especialización de Obstetricia-Ginecología reconociendo la labor de las enfermeras y asegurando su integración en el trabajo durante el proceso del parto (1).

En los años 70 y 80, se estableció una percepción desfavorable de las parteras en la atención de los partos domiciliarios debido a que los médicos pensaban que era dañino para la población causando numerosas muertes. Esta imagen fue variando conforme avanzaban los años comprobándose que esas afirmaciones no eran tan perjudiciales como afirmaban (13).

Las parteras tradicionales mantenían las costumbres de las generaciones anteriores establecidas en las creencias culturales tales como el masaje en el abdomen, proporcionar respaldo a la familia y, el entierro de la placenta de la mujer en el propio domicilio. Al seguir estas costumbres se satisfacían las expectativas de la asistencia hacia la mujer y su familia. Estas

acciones ancestrales se diferenciaban de las contemporáneas debido a la modernización, sobre todo en la utilización del ámbito hospitalario (19).

Actualmente, la función de la matrona en el proceso del parto consiste en asistir a la mujer para que se produzca la conexión con su esencia femenina y a partir de ahí, que sea capaz de guiar su propio proceso del parto llevándose a cabo en un entorno familiar junto con su pareja o un acompañante (13).

### **3.4. Justificación**

Antiguamente, el parto se realizaba en el ámbito domiciliario, pero debido a numerosos riesgos, entre los cuales se encuentran la aparición de infecciones, aumento de mortalidad materna y fetal y, ausencia de actuación por parte del personal sanitario, fue institucionalizándose hasta pasar a desarrollarse en ámbito hospitalario a partir del siglo XX.

A pesar de ello, en el parto hospitalario también existen descontentos con su institucionalización ya que, se considera un proceso natural gratificante y en numerosas ocasiones las mujeres admitían sentir que se convertía en una experiencia desfavorable. Por ello, empiezan a ofrecer información sobre alternativas del proceso del parto e interacción con las familias con el fin de conseguir que el proceso del parto se convierta en una vivencia lo más natural posible y única.

En la actualidad, el proceso del parto domiciliario ha ido evolucionando, consiguiendo reducir las tasas de mortalidad maternas y fetales, así como, contar con una red de atención de profesionales sanitarios capacitados junto con una red de traslado a centros sanitarios en caso de sufrir complicaciones. Todo ello, hace que las mujeres y sus familias sientan más sensación de humanización junto con seguridad y, por lo tanto, esté volviéndose a instaurar la opción de llevar a cabo un parto domiciliario.

Ante una gestante con ausencia de enfermedad junto con un embarazo de bajo riesgo existen criterios suficientes para poder llevar a cabo dicho proceso de forma tranquila, consiguiendo que la mujer y su familia puedan presenciar un evento enriquecedor.

Por estos motivos, se ha escogido realizar una revisión sobre este tema del desarrollo del parto domiciliario de forma segura, debido a que en nuestro país aún no se dispone de bastante información para llevar a cabo este proceso. El personal sanitario es el que se encarga de ofrecer información a través de sus conocimientos y experiencias sobre la posibilidad de escoger esta opción de parto de forma segura.

## **4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo principal**

- Comparar la seguridad de los partos domiciliarios y hospitalarios asistidos por personal cualificado.

### **4.2. Objetivos secundarios**

- Determinar las ventajas/beneficios de parir en domicilio.
- Conocer los riesgos tanto maternos como fetales que conlleva un parto en casa.
- Indicar los requisitos previos que deben cumplirse para que se produzca un parto planificado en casa.

### **4.3. Hipótesis principal**

- Existe mayor seguridad en un parto hospitalario asistido por matronas que en un parto en casa asistido por las mismas.

### **4.4. Hipótesis secundarias**

- El parto domiciliario planificado asistido por personal cualificado proporciona mayores beneficios a la mujer y su familia en comparación con los partos asistidos en el hospital.
- Los partos hospitalarios asistidos presentan más riesgos maternos y fetales en comparación con los partos domiciliarios asistidos.
- Para poder llevar a cabo un parto domiciliario la mujer debe de tener un embarazo de bajo riesgo obstétrico.

## **5. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **5.1. MATERIAL**

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica se han utilizado los siguientes materiales:

- 1 ordenador,
- 1 impresora,

- Acceso a páginas web,
- Acceso a revistas,
- Acceso a las bases de datos.

## 5.2. MÉTODOS

### 5.2.1. Tipo de estudio

Se ha realizado una revisión bibliográfica desde Septiembre 2023 hasta Mayo 2024 con el fin de obtener información del proceso y la seguridad del parto domiciliario en comparación con el hospitalario a través de artículos científicos.

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica y la posterior selección de artículos científicos se realiza la pregunta PICO siendo la siguiente:

¿El parto domiciliario en gestantes es seguro frente al parto hospitalario?

Tabla 1: Pregunta PICO.

<b>P</b> <b>(Población)</b>	<b>I</b> <b>(Intervención)</b>	<b>C</b> <b>(Comparación)</b>	<b>O</b> <b>(Resultados esperados)</b>
Gestantes	Parto domiciliario	Parto hospitalario	Seguridad/ Beneficios y riesgos

Fuente: Elaboración propia.

Los artículos de la búsqueda bibliográfica se han extraído de bases de datos (PubMed, Dialnet, Scielo y Google Académico) y de páginas web (Acceda CRIS, The American College of Obstetricians and Gynecologists, Ascalema, NICE, El parto es nuestro y, Safe Care Victoria).

Se han utilizado Descriptores en Ciencias de La Salud (DeCS) y en inglés (MeSH) combinados con el operador booleano “AND” para facilitar la revisión.

Tabla 2: Descriptores MeSH y DeCS.

<b>DeCS</b>	<b>MeSH</b>
“Parto domiciliario” “Atención mujeres”	“Planned out of hospital birth” “Planned place of birth”

<p>“Beneficios”</p> <p>“Parto humanizado”</p> <p>“Parto en domicilio”</p> <p>“Seguridad”</p>	<p>“Outcomes”</p> <p>“Planned home birth”</p> <p>“Planned hospital birth”</p> <p>“Benefits”</p> <p>“Low-risk pregnancies”</p> <p>“Home childbirth reasons”</p> <p>“Homebirth”</p> <p>“Risk perception”</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Elaboración propia.

### 5.2.2. Criterios de inclusión y exclusión

Para la selección de los artículos se han seguido los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos en los tres idiomas: español, inglés y portugués.
- Artículos publicados en entre los años 2010 y 2024.
- Artículos disponibles gratuitamente.
- Artículos disponibles a texto completo.
- Artículos relacionados con el tema del parto domiciliario.

Para la selección de los artículos se han seguido los siguientes criterios de exclusión:

- Artículos sobre el parto domiciliario que no estén asistidos por personal cualificado.
- Artículos que estando presentes los descriptores, no son relevantes para la revisión bibliográfica.

La elección de los artículos se llevó a cabo a través de una búsqueda bibliográfica con los descriptores detallados en la tabla III en cada base de datos. Tras una primera búsqueda se obtuvieron un gran número de artículos, en concreto 2.417 artículos entre las diferentes bases de datos y páginas web. De aquellos encontrados, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente siendo excluidos un total de 928 artículos por no cumplir dichos criterios, obteniendo un total de 1.489.

En la tercera etapa de la búsqueda se seleccionaron hasta un máximo de 4 páginas por búsqueda acotándose el número de artículos llevándose a cabo un proceso discriminativo excluyéndose los artículos que se encuentran repetidos en las bases de datos, artículos exclusivamente sobre experiencias personales, artículos con experiencias durante la pandemia del COVID, artículos que fueran Trabajos de Fin de Grado y, artículos con muestra de mujeres con riesgo obstétrico. Tras ello, con los artículos obtenidos se realizó una lectura del título y

resumen y, se excluyeron los artículos cuyo objetivo no fuera sobre la seguridad y el parto planificado en el domicilio.

Finalmente, tras analizar los estudios encontrados fueron 19 artículos incluidos en esta revisión bibliográfica.

### 5.2.3. Resultados tras la búsqueda bibliográfica

Para ordenar la recogida de datos y resultados se han elaborado las siguientes tablas con la estrategia de búsqueda y los documentos obtenidos tras la búsqueda bibliográfica.

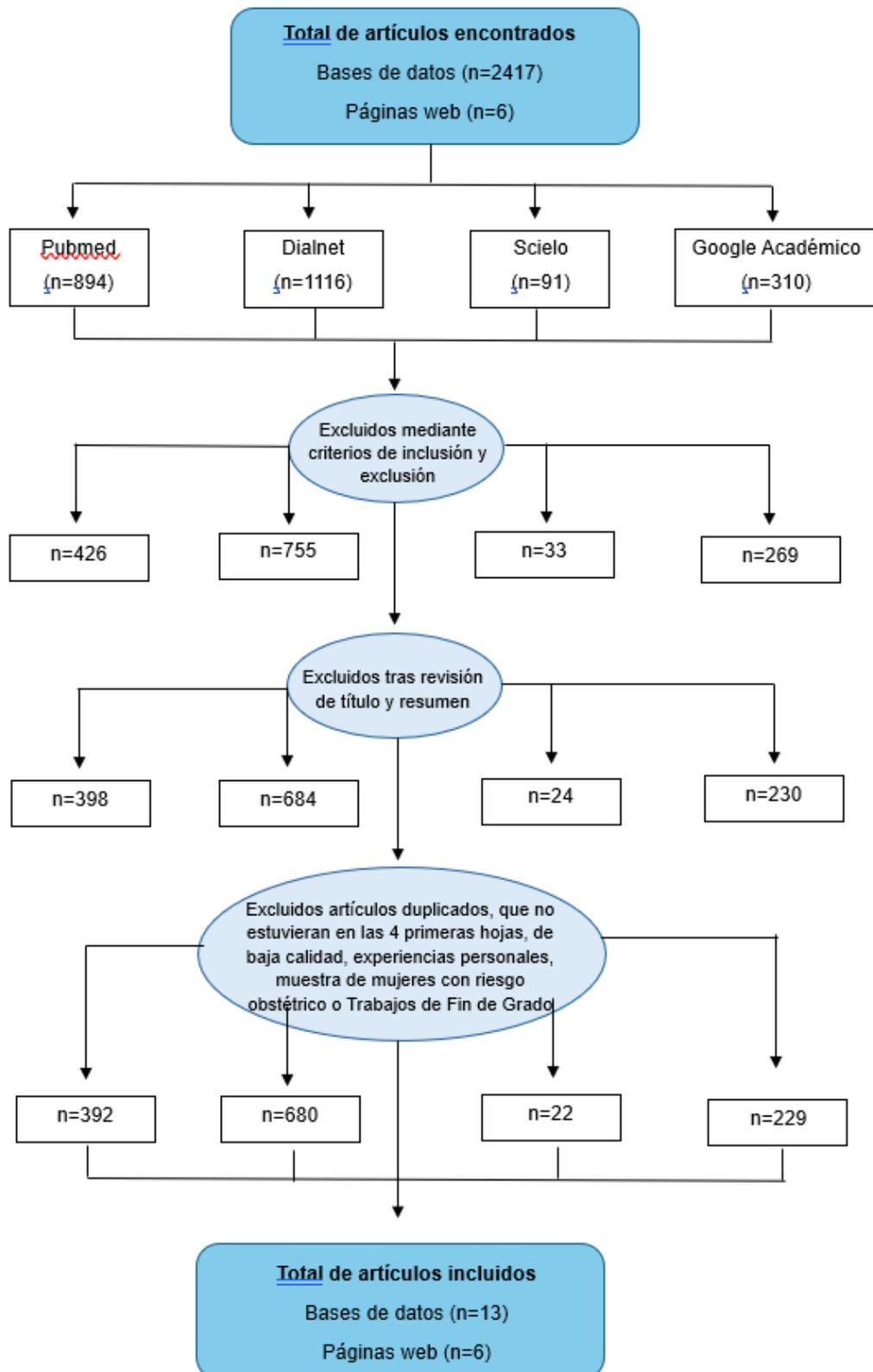
Tabla 3: Búsqueda bibliográfica.

Base de datos	Descriptor	Artículos encontrados	Artículos tras exclusión	Artículos utilizados
PubMed	“Planned out of hospital birth” AND “Outcomes”	332	134	1
	“Planned home birth” AND “Benefits”	129	48	1
	“Planned place of birth” AND “low-risk pregnancies”	78	37	2
	“Planned home birth” AND “Planned hospital birth” AND “Outcomes”	340	192	1
	“Homebirth” AND “Risk perception”	15	15	1
Dialnet	“Parto domiciliario”	949	661	2
	“Atención mujeres” AND “Parto domiciliario”	97	57	1
	“Beneficios” AND “Parto humanizado”	70	37	1

<b>Scielo</b>	“Parto domiciliario”	84	30	1
	“Home childbirth reasons”	7	3	1
<b>Google Académico</b>	“Parto en domicilio” AND “Seguridad”	310	269	1
<b>Búsqueda en páginas web</b>				
Acceda CRIS				1
The American College of Obstetricians and Gynecologists				1
Ascalema				1
El parto es nuestro				1
NICE (The National Institute for Health and Care Excellence)				1
Safe Care Victoria				1

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4: Diagrama de flujo.



Fuente: Elaboración propia.

## 6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 6.1. Tabla resultados

Título	Autor	Año	Tipo de estudio	Muestra	Objetivo	Resultados
Home birth: understanding the reasons for this choice	Clara Fróes de Oliveira Sanfelice; Antonieta Keiko Kakuda Shimo	2015	Investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva	14 mujeres con al menos una experiencia de parto en casa, planificado y asistido	Descubrir las razones por las cuales las mujeres actualmente eligen dar a luz en casa.	El parto domiciliario está asociado con bajas tasas de intervenciones (cesáreas, uso de fármacos, etc.) sin aumentar las tasas de mortalidad perinatal. A su vez, las mujeres no están de acuerdo con en el modelo del parto hospitalario.
Parto domiciliario planeado: asistido por enfermero obstetra	Martins, CA. et al.	2012	Revisión bibliográfica	16 artículos	Reflexionar sobre el papel del enfermero obstetra en el parto en domicilio señalando sus labores a través de la humanización de la asistencia al parto y nacimiento.	El parto domiciliario representa un gran avance centrado en un proceso natural, sin intervenciones innecesarias, en concordancia con la política de parto humanizado.

Parto en casa: conocimientos y saberes de mujeres y matronas en Santiago de Chile	Yennifer Márquez-Mosquera	2021	Estudio cualitativo, de carácter exploratorio y con enfoque etnográfico	7 mujeres que tuvieron parto en casa con asistencia profesional. 27 conversaciones con matronas a través de WhatsApp.	Explorar los conocimientos y prácticas que se comparten en el modelo actual del parto en casa planificado con la asistencia de profesionales, desde la perspectiva de las mujeres que dan a luz y las matronas que las atienden.	El modelo intervencionista del parto sigue estando presente, reflejado en el gran número de cesáreas, alcanzando el número de intervenciones un 93% incluyendo el uso de oxitocina y epidural.
Importancia y beneficios del parto humanizado	Macías-Intriago, M.G. et al.	2018	Revisión bibliográfica	26 artículos	Explorar la importancia y los beneficios del parto humanizado, que destacan la posibilidad para la mujer de presentar un plan de parto donde pueda expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas respecto al proceso de dar a luz y el nacimiento.	El parto humanizado promueve la comunicación afectiva entre padres y profesionales, respetando los derechos de la mujer y el bebé. Este enfoque busca reducir las cesáreas y fomentar la participación activa de la mujer y su familia.

Partos domiciliarios planejados asistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais	Green Koettker, J. et al.	2013	Estudio exploratorio descriptivo	11 mujeres	Proporcionar una visión más completa sobre los resultados y la calidad de la atención durante el parto en el hogar con asistencia de enfermeras obstétricas, así como las necesidades emocionales de las mujeres durante este proceso.	El parto en casa, planificado y asistido, ofrece buenos resultados para madres y recién nacidos. Las mujeres participan más activamente en el proceso, mostrando menos ansiedad y mayor confianza comparado con aquellas que prefieren el parto hospitalario.
Atención al parto planificado en casa asistido por matrona/matrón en Chile	Pantoja Manzanarez, L. B. et al.	2023	Estudio cuantitativo, observacional, transversal	847 mujeres	Describir los resultados obstétricos y perinatales del parto planificado en domicilio asistido por matronas	Los resultados perinatales y maternos son positivos cuando se realiza un parto domiciliario con asistencia de un profesional competente, especialmente en mujeres con bajo riesgo.

Revisión bibliográfica sobre parto en casa planificado en embarazos de bajo riesgo	Torres Hernández, A. et al.	2023	Revisión bibliográfica	4 artículos	Analizar la evidencia científica acerca de la seguridad, los posibles riesgos y los beneficios asociados al parto en casa en embarazos de bajo riesgo, contrastándolos con los del parto hospitalario.	Los partos en casa reducen intervenciones médicas y morbilidad materna, siendo seguros en embarazos de bajo riesgo, aunque existe riesgo de desgarros, por lo que se debe prevenir con ejercicios preparatorios.
Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study.	P. Brocklehurst	2011	Estudio de cohorte	57.000 mujeres	Obtener los resultados perinatales, los resultados maternos y las intervenciones en el parto en casa planificado para mujeres con embarazos de bajo riesgo.	Los resultados adversos son poco comunes en todos los entornos, aunque los resultados maternos de trauma perineal o transfusión sanguínea materna son menos comunes en los partos planificados en domicilios.

Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes.	Jonathan M. Snowden et al.	2015	Estudio de cohorte retrospectivo	79.727 partos cefálicos, únicos, a término y no anómalos en Oregón en 2012 y 2013.	Evaluar las tasas de resultados según el lugar planificado del parto (hospitalario o extrahospitalario).	Los resultados hallados muestran que la mortalidad perinatal y las transfusiones sanguíneas maternas es mayor en el parto domiciliario que en el parto hospitalario, pero el riesgo absoluto de muerte se considera bajo en ambos entornos.
Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies.	Eileen K. Hutton et al.	2015	Estudio de cohorte retrospectivo	11.493 partos domiciliarios y 11.493 partos hospitalarios	Evaluar el riesgo de morbimortalidad neonatal entre mujeres de bajo riesgo obstétrico que han planeado un parto en casa atendido por parteras, en comparación con aquellas que han planeado un parto en el hospital.	Las mujeres que eligieron un parto en casa con parteras mostraron riesgo bajo de morbimortalidad, menos intervenciones y mayor probabilidad de practicar una lactancia materna exclusiva días posteriores al parto.
Intrapartum care. NICE guideline.	National Institute for Health and	2023	Revisión bibliográfica		Guía que cubre el cuidado durante el parto y nacimiento ayudando a tomar decisiones informadas.	La mujer debe recibir información sobre todos los entornos disponibles

	Care Excellence					cuando decida dónde tener a su bebé, para que pueda tomar una decisión plenamente informada.
Planned home birth: benefits, risks, and Opportunities.	Zielinski R. et al.	2015	Estudios de investigación primaria, metanálisis y artículos de opinión	23 informes cuantitativos primarios y 9 informes de estudios cualitativos	Informar de la seguridad y satisfacción de la experiencia del parto de mujeres en el hogar en comparación con el hospital.	Los resultados neonatales del parto en casa son limitados, pero seguir directrices disminuye el riesgo para mujeres de bajo riesgo. Además, el parto en casa planificado tiende a implicar menos intervenciones y complicaciones maternas.
Guía de asistencia del parto en casa.	Col·legi oficial Infermeria de Barcelona	2010	Revisión bibliográfica		Consensuar criterios de actuación de las matronas en parto domiciliario, así como establecer unas recomendaciones para asistir tanto a las mujeres y a sus parejas.	La unificación de criterios de actuación durante el parto y el puerperio mejora la práctica asistencial de las matronas que se dedican a la asistencia domiciliaria.
Guía de asistencia al parto en casa.	Alcaraz Vidal et al.	2018	Revisión bibliográfica		Revisión actualizada de 2010 en base a los criterios de	El parto en casa en mujeres de bajo riesgo y atendido por

					evidencia científica más recientes con el objetivo de unificar la práctica asistencial en base a unos parámetros de excelencia clínica consensuados.	matronas profesionales ha mostrado ser una opción igual de segura que el parto hospitalario además de ser más satisfactoria para las mujeres.
(In)seguridad del parto en el domicilio: una revisión bibliográfica	Rodríguez-Garrido P., et al.	2020	Revisión bibliográfica	30 artículos	Analizar la seguridad del parto en el domicilio a través de la literatura científica.	La literatura científica que trata sobre la seguridad del parto en casa se ve influenciada por consideraciones de riesgo que juegan un papel crucial en la toma de decisiones sobre dónde dar a luz.
Homebirth Clinical guidance.	Safe Care Victoria	2021	Revisión bibliográfica	10 artículos	Ofrecer consejos para la atención neonatal y maternal apoyen, mantengan y amplíen el parto en el hogar.	El parto en casa con una partera registrada es una opción segura para las mujeres que se considera que tienen bajo riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo, el parto y el período posparto.

Risk perception and choice of place of birth in women with high risk pregnancies: A qualitative study	Lee et al.	2016	Estudio cualitativo	26 mujeres	Analizar la percepción de riesgo en un grupo de mujeres con embarazos de alto riesgo que planeaban dar a luz en el hospital o en casa.	Las mujeres con embarazos de alto riesgo que eligen dar a luz en casa tienen una percepción del riesgo diferente a aquellas que optan por el parto en el hospital, ya que la percepción del riesgo es individual y subjetiva.
Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis	Wax et al.	2010	Revisión bibliográfica	342.056 partos domiciliarios y 207.551 partos hospitalarios	Revisar la seguridad materna y neonatal del parto planificado en el hogar versus el planificado en el hospital.	Una menor intervención médica durante el parto domiciliario planificado se asocia con una doble tasa de mortalidad neonatal.
Planned home birth	Committee on Obstetric Practice	2016	Revisión bibliográfica	45 artículos	Reflejar un cambio sobre los datos de la mortalidad perinatal en partos domiciliarios planificados.	El Colegio cree que los hospitales son más seguros para el parto, pero cada mujer tiene derecho a tomar una decisión informada sobre el parto.

## 6.2. Criterios para desarrollar un parto en el domicilio

El parto en el domicilio es un proceso seguro para las mujeres que tienen un bajo riesgo de sufrir complicaciones adversas. La OMS afirma que aproximadamente el 70% de todas las gestantes son clasificadas de bajo riesgo al comienzo del proceso del parto (20).

Todos los partos no son aptos para llevarse a cabo en un ámbito domiciliario. Por ello, para poder recomendar el parto en casa se deben cumplir los siguientes criterios de inclusión: (20)(21)

- Antes de alcanzar la semana 28 de gestación se debe elaborar un plan de parto,
- Se aconseja llevar a cabo al menos cuatro visitas médicas antes del parto siendo una de ellas en el hogar de la mujer,
- Proporcionar al profesional sanitario los resultados del total de ecografías, análisis clínicos y otras pruebas complementarias,
- No embarazo múltiple, sólo un bebé,
- Bebé en presentación cefálica,
- El desarrollo del parto se produzca entre la semana 37 y 42,
- Historia clínica y obstétrica normal, sin complicaciones,
- Criterios de normalidad a lo largo del embarazo asegurando que sea un embarazo de bajo riesgo. No síntomas asociados a posibles riesgos como preeclamsia.
- No cesáreas previas,
- Hemoglobina  $\geq 10$  g/dl,
- La decisión de dar a luz en el hogar debe ser informada y que la mujer decida libremente sin ser persuadida,
- Índice de masa corporal (IMC) al inicio del embarazo  $\leq 30$  Kg/m<sup>2</sup>. Con un mayor IMC tendrá más posibilidades de sufrir complicaciones.

La valoración del hogar donde se desea que se produzca el parto se debe realizar con el fin de asegurar que cuenta con las características adecuadas para desarrollarse de forma segura. La Guía de asistencia del parto en casa de Barcelona afirma que se debe valorar antes de la semana 37 y es recomendable que se encuentren las personas que estarán presentes el día del parto para comentar sus inquietudes y expectativas.

- Tener acceso a agua, electricidad, cobertura móvil,
- Evaluar la higiene, iluminación, calefacción,
- Realizar una exploración física a través de tacto vaginal,
- Asegurarse que todas las pruebas estén preparadas por si fuera necesario un traslado al hospital,
- Firmar el consentimiento informado para el parto domiciliario,

- En caso del deseo de dar a luz en una piscina, se debe poder acceder por tres lados (22).

Hay que tener en cuenta que las mujeres que tienen su primer parto en el domicilio presentan un mayor porcentaje de ser trasladadas al hospital en comparación con aquellas que ya han tenido anteriormente un parto en casa (23).

La evaluación de la gestante para optar al parto en casa es un procedimiento continuo que busca valorar constantemente los riesgos, ya que pueden sufrir variaciones a lo largo del embarazo o durante el desarrollo del parto.

Se debe programar las citas para el seguimiento del embarazo incluyendo la evaluación de aspectos físicos como tensión arterial (TA), peso, talla, entre otros; revisar antecedentes familiares; controlar los resultados de las ecografías y análisis de sangre u orina; y analizar los posibles riesgos asociados al embarazo (20). Dicha valoración se realizará en la primera visita a la matrona donde se cumplimentará una encuesta sobre factores de riesgo del embarazo (Anexo 1).

### **6.3. Seguridad del parto planificado en el domicilio**

La decisión sobre optar por un parto planificado en casa genera un debate sobre la seguridad del parto hospitalario comparado con el domiciliario. Diversos estudios ofrecen distintos argumentos en contra o a favor de dicha opción, pero todos ellos se basan en la investigación publicada en 2010 por Wax et al. (24) con una muestra de 342.056 partos domiciliarios y 207.551 partos hospitalarios. El estudio obtiene unos resultados favorables en mujeres de bajo riesgo que eligen parto domiciliario experimentando menor número de intervenciones (episiotomía, epidural, analgésicos, cesárea), menos infecciones, hemorragias y laceraciones.

Además, en lo que se refiere al bebé, el riesgo de nacer prematuramente o con bajo peso era menor en los partos planificados en el domicilio, pero la tasa de mortalidad neonatal era el doble comparada con el parto hospitalario. Esto conlleva a un argumento en contra de la seguridad del parto en casa, por lo que numerosos autores se ponen en marcha para realizar revisiones sobre este estudio y publicar estudios propios apoyando o defendiendo dichos argumentos. Como es el caso del artículo publicado en 2015 por Snowden et al. (25) asegura que el parto domiciliario puede ser seguro siempre que el riesgo obstétrico sea bajo. En los resultados se refleja un aumento en las tasas de intervenciones en los partos en ámbito hospitalario mientras que los resultados neonatales y perinatales son poco frecuentes tanto en el parto en casa como en el hospital.

Del mismo modo, como afirma Zielinski et al. (26) la seguridad del parto domiciliario depende de numerosos factores considerándose el más importante que deben de ser gestantes

con bajo riesgo obstétrico. La controversia que conlleva dicho tema está presente en la actualidad con opiniones a favor y en contra. Este debate crea tensiones dentro del ámbito de la atención médica teniéndose que posicionar ya que, algunos profesionales sanitarios consideran que tienen la responsabilidad ética de desaconsejar a las mujeres que optan por dar a luz en casa, mientras que otros defienden el principio de autonomía, que garantiza el derecho de la mujer a tomar decisiones informadas por sí misma.

Como consecuencia de estos hallazgos, se originan diversas pautas de consejo dirigidas a mujeres que optan por dar a luz en casa, basadas en los resultados de un estudio. En 2016, The American College of Obstetricians and Gynecologists (27) publicó un comité de opinión sobre el parto planificado en casa en colaboración con Wax et al. Dicho artículo ofrece unas recomendaciones para las madres aunque cada una es libre para tomar una decisión pero siempre de manera informada, por ello se les debe comunicar que elegir parto domiciliario se relaciona con menos intervenciones médicas en comparación con un parto hospitalario planificado, pero también con un riesgo de mortalidad neonatal que es más del doble. The American College of Obstetricians and Gynecologists considera que los hospitales ofrecen la opción más segura para el parto, aunque reconoce el derecho de cada mujer a decidir de manera informada y libre dónde dar a luz. Destaca la importancia de abordar factores críticos para reducir la mortalidad perinatal y lograr resultados positivos en el parto en el hogar.

Por otro lado, existen estudios con diversas perspectivas también son relevantes para comprender la seguridad del parto en el hogar. Como es el caso del artículo publicado por Rodríguez-Garrido y Goberna-Tricas (28), en el cual se observan discrepancias en torno al lugar del parto, Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists está a favor del parto hospitalario debido a los riesgos que conlleva dar a luz en casa. En contraposición, Australian College of Midwives sostiene que la opción óptima para el parto es realizarlo en casa, siempre y cuando la mujer esté asistida por una matrona y el embarazo sea de bajo riesgo.

Asimismo, el estudio publicado por Green Koettker (17) no puede afirmar categóricamente sobre la seguridad de este enfoque, pero los resultados de esta investigación indican que el parto en el hogar, cuando se planifica y se lleva a cabo con la asistencia de profesionales cualificados, muestra buenos resultados tanto para la madre como para el bebé, incluso en situaciones donde se requiere traslado al hospital durante el proceso de parto.

Por ello, para evaluar la seguridad del parto planificado en casa se deben de valorar distintos aspectos como son los riesgos y beneficios tanto fetales como maternos y, poder concluir a través de dichos resultados sobre que opción resulta más favorable.

## 6.4. Beneficios y complicaciones maternos-fetales

### Beneficios maternos

Froes de Oliveira y Keiko (18) realizaron un estudio en 2014 del cual se obtuvo como resultado que en el parto domiciliario se realizaban las mínimas intervenciones obstétricas posibles reduciendo la necesidad de cesárea y uso de medicamentos. Por ello, las mujeres consideraban que el parto en casa con profesionales capacitados era seguro y equiparable al parto en el hospital. Llevar a cabo un parto en ambiente hospitalario conlleva un mayor número de intervenciones disminuyendo a su vez, actitudes y conductas que buscan humanizar la experiencia del proceso del parto como afirma el artículo publicado por Martins (1).

A pesar de los intentos, el modelo intervencionista durante el parto sigue estando presente en la mayoría de las instituciones de salud, lo cual se refleja en la elevada tasa de cesáreas. Coincidiendo con dichas afirmaciones, en 2013, Binfa (2) obtuvo como resultado que el número de intervenciones aplicadas había aumentado hasta un 93% abarcando prácticas como administración de oxitocina con el fin de acelerar el parto y el uso de la epidural.

A su vez, en una encuesta realizada por el Observatorio de Violencia Obstétrica en 2017 denominada “Encuesta sobre nacimientos en Chile” se evidenciaron las dificultades en la comunicación con los profesionales sanitarios y un elevado número de intervenciones no justificadas (2).

Otro de los beneficios que se aportó a la madre fue la humanización del proceso del parto. Macías-Intriago et al. (29) publicó un artículo de investigación en el cual se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre la importancia del parto humanizado.

En 2017, Calderón (29) señaló que el parto humanizado implica priorizar las necesidades de la mujer siendo la protagonista del proceso junto a su pareja, permitiendo que los profesionales sanitarios realicen las mínimas intervenciones y fomenten la participación de la familia en el nacimiento del bebé. Hott (29) afirmó que es posible llevar a cabo un parto natural sin ningún tipo de intervención dejando evolucionar de manera natural sin necesidad de que se realice en el domicilio, sino en un centro de atención. Así mismo, Biurrun y Goberna,(29) fomentaron que el proceso del parto debe ser una vivencia positiva para la gestante sin importar el entorno donde ocurra, respetando las decisiones tomadas por los padres.

En contraposición, los resultados mostrados en el artículo publicado por Froes de Oliveira y Keiko (18) en el que se realizó una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva mostraron una decepción con el parto hospitalario por falta de intimidad y acompañamiento por parte de la familia durante el nacimiento. Por ello, las mujeres optan la opción del parto domiciliario rodeadas de su pareja y familiares desarrollando un ambiente tranquilo y reconfortable.

Del mismo modo, Green Koettker,(17) llevó a cabo un estudio descriptivo en el cual las mujeres que decidían dar a luz en casa tendían a participar de manera más activa en el proceso y experimentaban niveles de ansiedad más bajos en comparación con las que optaban por el hospital. El parto domiciliario se asoció a un menor número de intervenciones médicas y una mayor libertad de sus deseos teniendo la posibilidad de caminar, escoger la posición para dar a luz, y un aumento del piel con piel.

### **Complicaciones maternas**

En el parto domiciliario se reduce el número de intervenciones realizadas y por tanto el número de cesáreas. Por lo tanto, como afirma Johannsen (29) es una consecuencia del parto hospitalario las complicaciones que puedan surgir tras una cesárea como son las hemorragias o infecciones. A su vez, el enfoque de atención hospitalario, las mujeres suelen permanecer varias horas en trabajo de parto adoptando una posición conocida como "ginecológica" que, a pesar de ser útil para los médicos, resulta incómoda para las mujeres y puede incrementar la probabilidad de que se presenten contracturas musculares y desgarros en los tejidos.

Uno de los riesgos maternos se trata del aumento de las complicaciones maternas en gestantes con antecedentes médicos previos o desarrollados durante el embarazo. Aunque, las mujeres que optan a escoger un parto domiciliario deben cumplir unos criterios para determinar si son válidas para poder dar a luz en casa, deben ser de bajo riesgo en comparación con las mujeres que dan a luz en el hospital que presentan mayor número de patologías (15).

Torres-Hernández et al. (30) llevaron a cabo en el año 2023 una revisión bibliográfica incluyendo un total de 4 artículos. Rossi et al. (30) realizó un estudio con una muestra de 14.637 mujeres que planificaron parto domiciliario y 30.177 que planificaron parto hospitalario, los resultados demostraron que el número de episiotomías en ámbito domiciliario es menor, aunque existe la posibilidad de realizarse un desgarro comparado con los partos hospitalarios. Coincidiendo con dicho estudio se encuentra Vanessa L. Scarf (30) afirmando a través de su revisión sistemática que se observa una menor frecuencia de lesiones perineales en los partos en casa debido a una preparación previa o el uso de compresas calientes.

Otra de las complicaciones obstétricas maternas es la hemorragia postparto tras un parto vaginal o una cesárea en las cuales existe discrepancia entre los resultados. Un estudio de cohorte prospectivo realizado por Brocklehurs (31) con una muestra de 57.000 mujeres no se observaron grandes cambios en los resultados adversos según el lugar de nacimiento, pero sí que había una variación de que los partos domiciliarios requerían menos transfusiones sanguíneas maternas.

Mientras que, el estudio de cohorte retrospectivo realizado por Snowden et al. (25) con una muestra de 79.727 partos, de los cuales 75.923 fueron planificados para dar a luz en el

hospital y 3.804 planificados en el domicilio. Los resultados mostraron un aumento en las tasas entre los partos planificados fuera del hospital de la necesidad de transfusiones sanguíneas.

### **Beneficios fetales**

Un estudio de cohorte retrospectivo realizado por Hutton et al. (32) analizó los datos registrados por matronas de mujeres con embarazos de bajo riesgo con una muestra de 11.493 partos planificados en el domicilio y 11.493 partos hospitalarios. Dicho estudio afirmó que los partos planificados en casa conllevaban un mayor aumento en las tasas de lactancia materna debido a la poca interferencia entre la madre y su hijo recién nacido promocionando el contacto piel con piel. Además, no se observaron diferencias en resultados adversos sobre morbilidad fetal en ambos grupos considerándose un riesgo bajo.

De acuerdo con el anterior estudio, la investigación realizada por Zielinski et al. (26) muestra datos sobre las tasas de lactancia materna observándose que los bebés de mujeres que habían planeado dar a luz en casa tenían más posibilidad de recibir una lactancia materna exclusiva (91,5%), en comparación con los nacidos en un parto planificado hospitalario (84,5%).

### **Complicaciones fetales**

Los resultados observados en los estudios realizados sobre la mortalidad fetal son contradictorios. El estudio llevado a cabo por Hutton (32) con una muestra de 11.493 partos en extrahospitalarios y 11.493 partos hospitalarios demostró que el riesgo de muerte neonatal en mujeres que dan a luz en el domicilio es bajo comparado con las que dan a luz en hospital. Así mismo, el parto domiciliario mostró una disminución en las intervenciones intrapartos sin resultados neonatales adversos.

En contraposición, los resultados obtenidos en el estudio realizado por Snowden et al. (25) con muestra de 75.923 partos hospitalarios y 3.804 en el domicilio, demostraron que existe en los partos domiciliario un aumento del riesgo de las tasas de mortalidad fetal frente partos hospitalarios, a pesar de que el riesgo absoluto de fallecimiento fue bajo en ambas situaciones. A pesar de las muertes neonatales, también se observaron convulsiones neonatales y las puntuaciones de Apgar disminuyendo a los 5 minutos entre los partos planificados en el domicilio.

En numerosas ocasiones, las tasas de mortalidad neonatal se asocian con los factores de riesgo relacionados con las mujeres que tienen el parto en el hogar comparado con las mujeres de bajo riesgo (28). A pesar de ello, según Lee et al. (33) la comprensión del riesgo es distinta en todas las personas ya que, del mismo modo que las mujeres de bajo riesgo consideran seguro dar a luz en casa, algunas con embarazos complicados también eligen esta opción aún en contra de los profesionales sanitarios. Dichas gestantes que optan por el parto en domicilio, ignorando las advertencias médicas, confían en la seguridad del hogar frente al hospital y temen a las intervenciones médicas hospitalarias que pueden incrementar los riesgos del parto.

## **7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Esta investigación podría verse limitada por varios aspectos que influyen en la interpretación de los resultados. Por un lado, la primera limitación corresponde con el tamaño de las muestras de algunos artículos científicos debido a que son pequeñas, lo cual podría afectar a la fiabilidad de los resultados.

Por otro lado, la falta de investigaciones comparativas entre el parto domiciliario y hospitalario impide la realización de una investigación más completa sobre los beneficios y riesgos materno-fetales. En concreto, la búsqueda sobre los beneficios fetales, no existen numerosos estudios que ofrezcan resultados. Por ello, quizás pueda ser una futura línea de investigación el estudio de los beneficios que se obtienen para el feto.

A pesar de las limitaciones, los resultados sirven como una base para posteriores investigaciones y el debate sobre la seguridad del parto en casa.

## **8. CONCLUSIONES**

La revisión bibliográfica sobre seguridad del parto en casa evalúa riesgos y beneficios para determinar el entorno adecuado. La falta de investigación podría influir en la elección del parto en casa, aunque algunos de los resultados son contradictorios.

El parto en casa ofrece una experiencia más humanizada y permite a las mujeres sentirse respetadas y apoyadas por sus seres queridos. En países donde forma parte del sistema de salud, no hay diferencias significativas en los resultados adversos para las madres, pero existe menos intervenciones médicas y más partos vaginales.

Los entornos hospitalarios tienden a tener más intervenciones, como cesáreas, con posibles complicaciones. Los desgarros perineales, en su mayoría no requiere sutura y pueden prevenirse. Los estudios difieren sobre la necesidad de transfusiones sanguíneas postparto; mientras uno indica menor necesidad en partos domiciliarios, otro lo contrario.

Los elementos clave para un parto seguro en casa son un embarazo de bajo riesgo, la asistencia de una matrona y un sistema de traslado médico eficaz.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Martins CA, Almeida NAM, Mattos DV. Enfermería Global Parto domiciliario planeado: asistido por enfermero obstetra. 2012.
2. Márquez-Mosquera Y. Parto en casa: conocimientos y saberes de mujeres y matronas en Santiago de Chile. MUSAS Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad. 2 de julio de 2021;6(2):62-82.
3. Sánchez-Redondo MD, Cernada M, Boix H, Espinosa Fernández MG, González-Pacheco N, Martín A, et al. Home births: A growing phenomenon with potential risks. An Pediatr (Engl Ed). 1 de octubre de 2020;93(4):266.e1-266.e6.
4. Escoriza Martínez JC. Home birth: is there enough evidence to promote it as an alternative to the hospital? 2010;6:46. Disponible en: [www.sego.es/Content/mi-ginecologo/mg\\_marzo\\_2008.pdf](http://www.sego.es/Content/mi-ginecologo/mg_marzo_2008.pdf)
5. Walker JJ. Planned home birth. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 1 de agosto de 2017;43:76-86.
6. Molina MÁC. La asistencia al parto: Del hogar al hospital. Vol. 18, Cultura de los Cuidados. Universidad de Alicante; 2014. p. 9-11.
7. Escuriet R, Pueyo M, Biescas H, Espiga I, Colls C, Sanders M, et al. La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Vol. 15, Matronas Prof. 2014.
8. Plata Quintanilla RM, Diez Ibarbia A, Fernández García E. ¿El fin del modelo de asistencia al parto y nacimiento en los Países Bajos?: la realidad del parto domiciliario en Holanda. 2022 [citado 28 de diciembre de 2023];10(3):49-61. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/250/el-fin-del-modelo-de-asistencia-al-parto-y-nacimiento-en-los-paises-bajos-la-realidad-del-parto-domiciliario-en-holanda/>
9. Lang G, Farnell IV EA, Quinlan JD. Out-of-Hospital Birth [Internet]. Vol. 103, American Family Physician [www.aafp.org/afp](http://www.aafp.org/afp). 2021. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2021/0601/p672-s1.html>.
10. Laviña Castán AB. Aplicación estrategia atención al parto normal en un hospital español de tercer nivel. Ciencia y Salud Virtual. 30 de junio de 2014;6(1):2-13.
11. Alcaide AR. Cifras para reflexionar sobre un problema. Childbirth Care in Spain: Data to Reflect on a Problem. ILEMATA . 2015;7:13-26.
12. INE. Nacimientos por edad de la madre, tipo de parto y madurez [Internet]. [citado 4 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=31936>

13. Souza R, Soares L, Quitete J. Home parturition: power to feminine nature and a challenge for the obstetric nurse. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 1 de enero de 2014;6(1):118-31.
14. Pimenta DG, Azevedo Cunha M, de Andrade Barbosa TL, de Oliveira e Silva CS, Mourão Xavier Gomes L. *El parto realizado por matronas: una revisión integradora*. 2013.
15. Pantoja Manzanarez L, Castillo Aguilera F, Cornejo Olivares C, Hidalgo Faúndez C. Atención al parto planificado en casa asistido por matrona/matrón en Chile. *MUSAS Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*. 30 de mayo de 2023;8(1):125-38.
16. Martínez-Mollá T, Ruiz CS, González JS, Sánchez-Peralvo M, Méndez-Pérez G. The father's decision making in home birth. *Invest Educ Enferm*. 2015;33(3):573-83.
17. Green Koettker J, Maria Brügggenabb O, Mucha Dufloth R. Partos domiciliarios planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):15-21.
18. Sanfelice CF de O, Shimo AKK. Home birth: Understanding the reasons for this choice. *Texto e Contexto Enfermagem*. 1 de julio de 2015;24(3):875-82.
19. Celmira M, Vásquez L. Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional Factors related to rural women's preferences for the traditional midwife [Internet]. Vol. 41, *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015. Disponible en: <http://scielo.sld.cuhttp://scielo.sld.cu488>
20. Alcaez Vidal L, Casadevall Castañé L, Díaz-Maroto S, Domínguez Cano P. Guía de asistencia al parto en casa. *El poder es nuestro* [Internet]. mayo de 2018 [citado 18 de febrero de 2024];1-86. Disponible en: [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/guia\\_partocasa\\_2018.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/guia_partocasa_2018.pdf)
21. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care NICE guideline 2023 [Internet]. 2023 sep. Disponible en: [www.nice.org.uk/guidance/ng235](http://www.nice.org.uk/guidance/ng235)
22. Col·legi Oficial Infermeria de Barcelona. Guía de asistencia del parto en casa. Barcelona 2010. [Internet]. 2010 [citado 18 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/Colegio-Oficial-de-Enfermer%C3%ADa-de-Barcelona.-Gu%C3%ADa-de-asistencia-del-parto-en-casa.-2010.pdf>
23. Safer Care Victoria. Homebirth:clinical guidance. [Internet]. Australia: Victorian Government; 2021 [citado 18 de febrero de 2024]. 1-24 p. Disponible en: [https://www.safercare.vic.gov.au/sites/default/files/2021-05/GUIDANCE\\_Homebirth.pdf](https://www.safercare.vic.gov.au/sites/default/files/2021-05/GUIDANCE_Homebirth.pdf)

24. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: A metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(3):243.e1-243.e8.
25. Snowden JM, Tilden EL, Snyder J, Quigley B, Caughey AB, Cheng YW. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. *New England Journal of Medicine.* 31 de diciembre de 2015;373(27):2642-53.
26. Zielinski R, Ackerson K, Low LK. Planned home birth: Benefits, risks, and opportunities. Vol. 7, *International Journal of Women's Health.* Dove Medical Press Ltd; 2015. p. 361-77.
27. Wax JR, Barth WH. Committee Opinion. *Planned Home Birth.* 2016.
28. Rodríguez-Garrido P, Goberna-Tricas J. (In)seguridad del parto en el domicilio: una revisión bibliográfica. *Matronas Prof.* 2020;21(2):e37-46.
29. Macías-Intriago MG, Haro-Alvarado JI, Piloso-Gómez FE, Galarza-Soledispa GL, Triviño-Vera VI BN, Obstetra -Hospital Básico Jipijapa V. Importancia y beneficios del parto humanizado. 2018;4:392-415. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip> URL: <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>
30. Ariadna Torres-Hernández, Marlene Bermúdez-Castellano, Tania Soto-Rodríguez, Carla Rosillo-Otero. Revisión bibliográfica sobre parto en casa planificado en embarazos de bajo riesgo. *Acceda CRIS II Jornadas Académicas de Enfermería de la Macaronesia .* 2023;241-7.
31. Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ (Online).* 21 de enero de 2012;343(7840).
32. Hutton EK, Cappelletti A, Reitsma AH, Simioni J, Horne J, McGregor C, et al. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *CMAJ.* 15 de marzo de 2016;188(5):80-90.
33. Lee S, Ayers S, Holden D. Risk perception and choice of place of birth in women with high risk pregnancies: A qualitative study. *Midwifery.* 1 de julio de 2016;38:49-54.

## ANEXOS

### Anexo 1

Encuesta de factores de riesgo del embarazo.

NHC ..... Nombre y Apellidos .....  
Fecha .....

### Encuesta de factores de riesgo del embarazo

En primer lugar gracias por completar este cuestionario. La identificación de factores de riesgo asociados al embarazo nos permitirá hacer un seguimiento adecuado de su gestación. Por favor conteste Si o No a las siguientes cuestiones.

#### 1.- Diabetes gestacional

La diabetes gestacional puede producirse durante el embarazo, se realiza una prueba de despistaje a todas las embarazadas entre la semana 24 y 28 de gestación. Su médico/matrona le ofrecerá una prueba en el primer trimestre del embarazo si se considera oportuno tras valorar sus factores de riesgo

SI NO ¿Tiene más de 35 años?

SI NO ¿Su índice de masa corporal (IMC) es superior a 30 kg/m<sup>2</sup>? Puede calcularlo en <http://www.calculoimc.com/>

SI NO ¿Tiene antecedentes personales de Diabetes mellitus u otras alteraciones del metabolismo de la glucosa?

SI NO ¿Ha tenido un hijo con peso al nacer superior a los 4000g?

SI NO ¿Tiene familiares de primer grado (padres, hijos) con antecedentes de diabetes?

#### 2.- Preeclampsia

La preeclampsia (aumento de la tensión arterial) es una enfermedad que puede ser grave durante el embarazo. Para prevenirla su médico le ofrecerá al menos 75 mg de Aspirina valorando los factores de riesgo si se considera oportuno

Alto riesgo (al menos un criterio)

SI NO ¿Ha padecido preeclampsia en anteriores embarazos?

- SI  NO ¿Tiene una enfermedad renal crónica?
- SI  NO ¿Padece Lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípido?
- SI  NO ¿Padece diabetes tipo 1 o tipo 2?
- SI  NO ¿Padece Hipertensión crónica?

Riesgo moderado (más de un criterio)

- SI  NO ¿Es su primer embarazo?
- SI  NO ¿Tiene 40 años o más?
- SI  NO ¿El intervalo entre embarazos es superior a 10 años?
- SI  NO ¿Su índice de masa corporal (IMC) al inicio del embarazo es superior a 35 kg/m<sup>2</sup>? Puede calcularlo en <http://www.calculoimc.com/>
- SI  NO ¿Alguien de su familia ha padecido Preeclampsia?
- SI  NO ¿Tiene un embarazo gemelar?

**3.- Crecimiento uterino restringido**

**Se decidirá el seguimiento individualizado que precise según sus factores de riesgo**

Factores de riesgo mayores (al menos uno)

- SI  NO ¿Tiene 40 años o más?
- SI  NO ¿Fuma más de 11 cigarrillos al día?
- SI  NO ¿Su peso al nacer fue bajo?
- SI  NO ¿El padre de su hijo pesó poco al nacer?
- SI  NO ¿Consume cocaína?
- SI  NO ¿Realiza ejercicio diario intenso?
- SI  NO ¿Ha tenido un hijo con bajo peso al nacer?

- SI  NO ¿Ha tenido un hijo muerto antes del parto?
- SI  NO ¿Padece Hipertensión crónica?
- SI  NO ¿Padece diabetes mellitus con enfermedad vascular?
- SI  NO ¿Padece insuficiencia renal?
- SI  NO ¿Padece síndrome antifosfolípido?
- SI  NO ¿Ha padecido durante el embarazo un sangrado vaginal similar a la menstruación?

#### **4.- Trombosis venosa profunda**

**La trombosis venosa profunda se da con mayor frecuencia durante el embarazo si padece alguno de los siguientes factores de riesgo.**

##### Factores de riesgo mayores (al menos uno)

- SI  NO ¿Ha padecido una intervención quirúrgica en las últimas semanas?
- SI  NO ¿Padece Lupus eritematoso sistémico?
- SI  NO ¿Padece una enfermedad inflamatoria como Artritis reumatoide, Colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn u otra...?
- SI  NO ¿Padece drepanocitosis?
- SI  NO ¿Padece alguna enfermedad cardíaca o pulmonar crónica?
- SI  NO ¿Padece cáncer?
- SI  NO ¿Padece síndrome nefrótico?
- SI  NO ¿Utiliza drogas pinchadas en vena?

##### Factores de riesgo menores (3 o más)

- SI  NO ¿Tiene más de 35 años?
- SI  NO ¿Ha dado a luz más de dos veces?
- SI  NO ¿Tiene grandes varices por encima de la rodilla asociadas a dolor,

hinchazón o cambios en la piel?

SI  NO ¿Durante el embarazo ha estado inmovilizada más de tres días?

SI  NO ¿Durante el embarazo ha padecido deshidratación?

SI  NO ¿Tiene un embarazo gemelar?

SI  NO ¿Su índice de masa corporal (IMC) al inicio del embarazo es superior a 30 kg/m<sup>2</sup>? Puede calcularlo en <http://www.calculoimc.com/>

SI  NO ¿Fuma 15 cigarrillos o más al día?

SI  NO ¿Padece Tensión arterial alta?

SI  NO ¿Tiene o ha tenido vómitos excesivos en el embarazo que le impiden alimentarse correctamente?

SI  NO ¿Ha conseguido el embarazo mediante técnicas de reproducción asistida?

#### **5.- Déficit de ácido fólico**

**En la primera visita su ginecóloga o matrona le recomendará tomar suplementos de ácido fólico de 0,4 mg al día. Le recomendará tomar suplementos de ácido fólico de 4 mg al día si responde afirmativamente a alguna de estas cuestiones**

SI  NO ¿Ha tenido un hijo con defectos del tubo neural (espina bífida, acraqueo..)?

SI  NO ¿Está tomando anticonvulsivantes o metrotexate?

SI  NO ¿Tiene diabetes gestacional?

SI  NO ¿Su índice de masa corporal (IMC) al inicio del embarazo es superior a 30 kg/m<sup>2</sup>? Puede calcularlo en <http://www.calculoimc.com/>

#### **6.- Prevención de la transmisión VIH**

**La infección por VIH está asociada a prácticas de riesgo. Durante el embarazo se le ofrecerá la realización de un test de VIH en el primer y tercer trimestre. Se le ofrecerá la realización de un test de VIH en el segundo trimestre si contesta afirmativamente alguna de las siguientes cuestiones**

- SI  NO ¿Ha recibido una transfusión sanguínea?
- SI  NO ¿Ha compartido jeringas y/o agujas en el uso de drogas inyectadas en vena?
- SI  NO ¿Se ha puesto un piercing o técnicas recreativas que supongan punciones en la piel?
- SI  NO ¿Ha recibido salpicaduras de fluidos infectados con VIH en mucosas (ojo, boca...)?
- SI  NO ¿Usted o su pareja tienen múltiples parejas sexuales?
- SI  NO ¿Usted o su pareja tienen sexo bajo los efectos de drogas de uso recreativo?
- SI  NO ¿Usted o su pareja son trabajadores del sexo?
- SI  NO ¿Usted o su pareja están en la cárcel?

#### **7.- Prevención de transmisión del virus Zika**

**Se le ofrecerá la determinación de la infección frente al virus zika si responde afirmativamente a alguna de estas cuestiones**

- SI  NO ¿Proviene de un área endémica activa de virus Zika durante el embarazo o los dos meses previos?
- SI  NO ¿Ha viajado a un área endémica de virus Zika durante el embarazo o los dos meses previos?
- SI  NO ¿Ha mantenido relaciones sexuales sin protección con una pareja procedente o que haya viajado a un área endémica de virus Zika en los últimos seis meses?
- SI  NO Para el listado de países consulte <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/current-zika-virus-transmission-list-countries-ecdc-adaptation-whos-zika-virus>

#### **8.- Prevención de transmisión de la enfermedad de Chagas**

**Se le ofrecerá la determinación de la infección frente a la enfermedad de Chagas si responde afirmativamente a alguna de estas cuestiones**

SI  NO ¿Es de origen latinoamericano? (excepto islas del Caribe)

SI  NO ¿Su madre es de origen latinoamericano? (excepto islas del Caribe)

SI  NO ¿Ha vivido más de un mes en países latinoamericanos? (excepto islas del Caribe)

Manises a ..... de ..... de .....

Firma

#### **NOTA SOBRE PROTECCION DE DATOS**

A los efectos del Reglamento 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), le informamos que sus datos serán tratados por ESPECIALIZADA Y PRIMARIA L'HORTA MANISES, S.A.U., con el fin de proceder a la gestión administrativa y asistencial de los pacientes tratados en este hospital.

La base jurídica del tratamiento de los datos es el ejercicio de la competencia atribuida en el ámbito de la salud pública. Sus datos personales podrán ser cedidos a terceros como la Consellería de Sanidad, Entidad Aseguradora o Mutua, así como en aquellos supuestos previstos en la legislación vigente.

Los usuarios cuyos datos sean objeto de tratamiento podrán ejercitar gratuitamente los derechos de acceso e información, rectificación, supresión o, en su caso, oposición de sus datos, en los términos especificados en el Reglamento General de Protección de Datos de Carácter Personal, conforme al procedimiento legalmente establecido. Estos derechos podrán ser ejercidos dirigiendo comunicación por escrito, debidamente firmada, acompañada de fotocopia del DNI, a ESPECIALIZADA Y PRIMARIA L'HORTA MANISES, S.A.U. con domicilio en Avda. Generalitat Valenciana, 50, CP 46.940, Manises, o en nuestro correo electrónico [responsabletratamiento@hospitalmanises.es](mailto:responsabletratamiento@hospitalmanises.es) o a través de nuestro delegado de protección de datos ([dpo@sanitas.es](mailto:dpo@sanitas.es)).