

Revisión bibliográfica sobre parto en casa planificado en embarazos de bajo riesgo

Ariadna Torres-Hernández^a, Marlene Bermúdez-Castellano^a, Tania Soto-Rodríguez^b, Carla Rosillo-Otero^b

^aEnfermeras Internas Residentes. Unidad Docente Multiprofesional de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI). Las Palmas de Gran Canaria; ^bMatronas adscritas a la Unidad Docente Multiprofesional de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI). Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

Antaño el parto en casa era una experiencia vivida en el hogar hasta que la falta de higiene supuso que esta vivencia se trasladase al ámbito hospitalario, donde la medicalización del parto estaba a la orden del día. Con el paso del tiempo, la eficacia de dichas intervenciones fue ampliamente cuestionadas. A raíz de esto, la sociedad comenzó a reclamar un cambio en el modo de vivir el nacimiento y demandó otras opciones distintas al hospital para parir, siendo el domicilio una de ellas. Esta revisión bibliográfica se elaboró con el fin de conocer qué señala la evidencia científica actual sobre la seguridad, riesgos y beneficios del parto en casa planificado en embarazos de bajo riesgo en comparación con el ámbito hospitalario. Para ello, en enero de 2023 se buscó en las bases de datos CINAHL, Ebsco, MEDLINE (Pubmed), ScienceDirect, Cochrane Plus, Scielo, Scopus y Lilacs, empleando las palabras clave: parto domiciliario, parto obstétrico y riesgo aceptable; así como el operador booleano “AND” y “VS”. La estrategia de búsqueda se restringió a los artículos publicados en los últimos cinco años, seleccionando los que se encontraban disponibles en español, inglés y texto completo de libre acceso en internet. Se analizaron cuatro artículos: tres revisiones sistemáticas y metaanálisis, y un estudio descriptivo. Se encontró evidencia a favor del parto en casa planificado en embarazadas de bajo riesgo. En cuanto a los resultados, las tasas de morbilidad materna y neonatal demostraron un alto grado de seguridad debido al menor número de intervenciones en el parto en casa. Asimismo, la mortalidad era semejante al hospital. A pesar de la necesidad de un mayor número de estudios, de los que disponemos hoy en día la mayoría apunta que el parto en casa planificado en mujeres de bajo riesgo es una opción segura.

Palabras clave: parto domiciliario, parto obstétrico, riesgo aceptable.

1. INTRODUCCIÓN

Antiguamente, el parto en casa era considerado un proceso natural vivido con ayuda de otras mujeres. Sin embargo, la escasez de medidas higiénicas dio lugar a una elevada morbimortalidad maternofetal, convirtiendo así los hogares en lugares inseguros para parir. Por ello, a finales del siglo XIX, comienzos del siglo XX, empezó a institucionalizarse y a medicalizarse el parto, asumiéndolo como una vivencia compleja que había que tratar¹.

Más adelante, la evolución de la humanidad, la ciencia y la tecnología contribuyeron a disminuir los riesgos para la salud y a elevar la calidad de vida. Aún así, el modelo de atención obstétrica actual continúa caracterizado por un gran intervencionismo que somete a la mujer a una subordinación de los aparatos médicos, cuya eficacia ha sido muy debatida. Esta situación repercutió negativamente en la forma en la que la mujer vive su embarazo, parto y posparto. Así pues, surgió mundialmente una necesidad de cambio y la población comenzó a demandar alternativas diferentes al hospital para parir que permitieran mirar a la mujer de forma integral para devolverle su autonomía y humanizar el parto, el cual es un proceso fisiológico que, en la mayoría de los casos, sólo precisa ser observado¹.

El domicilio se comenzó a barajar de nuevo como una opción para dar a luz, ya que diferentes estudios han demostrado que el entorno físico influye en la dilatación y en la evolución del parto. Es por ello, que se destaca la importancia de propiciar un ambiente relajado que favorezca la intimidad y la libre evolución del proceso, como ocurre en una casa¹.

De todos los partos que ocurren en el hogar, esta revisión bibliográfica se centra en aquellos que fueron planificados. Para ello, se debe realizar un plan de parto, el cual es un soporte documental válido a nivel legal que recoge la voluntad de la mujer. En él, refleja sus decisiones en cuanto a las diferentes intervenciones más habituales, según sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y nacimiento. Se puede modificar en cualquier momento, según el desarrollo de los acontecimientos^{2,3}.

Asimismo, en este estudio se decidió analizar qué señala la evidencia científica respecto al parto en casa en mujeres de bajo riesgo. Para ello, se debe tener en cuenta cuáles son los criterios que definen dicho concepto.

Diferentes sociedades científicas como el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists), la NICE (National Institute for Health and Care Excellence), la FAME (Federación de Asociación de Matronas de España), la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Política Social del Sistema Nacional de Salud, entre otras, comparten los siguientes criterios: embarazo a término (37-42 semanas de edad gestacional); historia clínica y obstétrica sin complicaciones relevantes; feto único; presentación de vértice; parto de inicio espontáneo que se desarrolla y finaliza sin dificultad hasta el alumbramiento; binomio en óptimas condiciones; nacimiento de un bebé sano que no precisa intervención. A los criterios anteriores, la NICE añade el tener un nivel de hemoglobina ≥ 10 g/dl y un índice de masa corporal (IMC) ≤ 30 Kg/m². Según la OMS, entre un 70-80% de los embarazos se consideran de bajo riesgo^{4,9}.

Algunas de estas asociaciones, como la FAME, la NICE o el Colegio Americano de Enfermeras y Matronas (ACNM: American College of Nurse-Midwives) apoyan la elección del parto en casa como una opción segura en mujeres de bajo riesgo, ya que implica una tasa más alta de parto vaginal espontáneo, un menor número de intervenciones y menor morbilidad. Asimismo, no objetivan en el recién nacido resultados diferentes a los obtenidos en un hospital ni señalan un incremento en la mortalidad materno-fetal. Por último, apoyan el papel de las matronas para brindar dicha atención^{10,11}.

Debido a estas diferencias entre la práctica clínica actual y lo que alegan las sociedades científicas, este trabajo se elabora con el fin de investigar cuáles son los resultados materno-fetales en las mujeres de bajo riesgo que deciden parir en su domicilio de forma planificada, para así determinar los beneficios y los riesgos que esto conlleva, en comparación con el entorno hospitalario.

2. METODOLOGÍA

Esta revisión bibliográfica se elaboró de acuerdo a los criterios PRISMA-ScR (Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses n for Scoping Reviews). Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica por la autora principal del trabajo en enero de 2023. En marzo de ese mismo año, se realizó nuevamente una búsqueda y no se encontraron resultados de interés. Se hizo uso de diversos formatos electrónicos de búsqueda avanzada. Se accedió a los mismos a través de la Biblioteca de Ciencias de la Salud del Complejo Hospitalario Insular-Materno Infantil de Canarias. Las bases de datos que se emplearon fueron: CINHALL, Ebsco, MEDLINE (Pubmed), ScienceDirect, Cochrane Plus, Scielo, Scopus y Liliacs.

Los descriptores que se seleccionaron para realizar las diferentes búsquedas fueron: parto domiciliario; parto obstétrico y riesgo aceptable. Se combinó “parto domiciliario” y “parto obstétrico” usando “VS” entre ellas para encontrar estudios que ofrecieran una confrontación entre partos en casa y nacimientos hospitalarios. Al final de dicha combinación, se añadió el operador booleano “AND” seguido de la palabra clave “riesgo aceptable” con el fin de conseguir referencias de interés sobre embarazos de bajo riesgo.

En la selección de artículos se tuvieron en cuenta una serie de criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión se ciñeron a: embarazos de bajo riesgo; partos en casa que fuesen planificados y atendidos por profesionales sanitarios cualificados; estudios realizados en países desarrollados; las publicaciones debían ser de los últimos cinco años, es decir, entre 2017 y 2023 inclusive. Respecto al idioma, sólo se seleccionaron los artículos escritos en español e inglés que se consiguieron de manera libre y gratuita en internet.

En referente a los criterios de exclusión, se desecharon aquellos artículos que mezclaban datos de gestaciones de alto y bajo riesgo obstétrico; también se suprimieron los estudios que no hiciesen distinción entre partos planificados y no planificados.

Las variables estudiadas se correspondieron con: analgesia epidural; hemorragia posparto; trauma perineal (desgarros de III-IV grado y episiotomía); periné íntegro; incidencia de ingreso en la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos); Test de Apgar; parto vaginal espontáneo; parto instrumental (fórceps, ventosa); cesárea; empleo de oxitocina; infección materna; asfixia neonatal.

3. RESULTADOS

Tras haber realizado la búsqueda bibliográfica con los descriptores y la estrategia mostrada en el apartado anterior, se encontró una gran cantidad de resultados, concretamente 208 artículos, de los cuales 46 fueron seleccionados como interesantes después de haber leído el título y el resumen de los mismos, mientras que 107 de los estudios no cumplieron con los criterios de inclusión. Un obstáculo residió en que 24 de ellos estaban repetidos, por tanto se contó con 31 artículos

de interés. Finalmente, tras analizar exhaustivamente los estudios encontrados, se incluyeron 4 artículos en esta revisión. A continuación, se encuentra esquematizada dicha información en la figura 1:

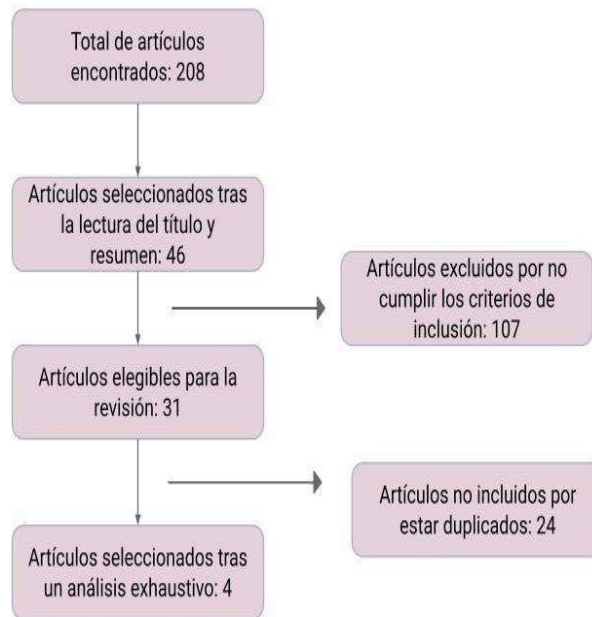


Figura 1: Diagrama de flujo de elaboración propia a partir de los artículos empleados para el estudio

Casi la totalidad de los artículos seleccionados son revisiones sistemáticas y metaanálisis, sólo un estudio era descriptivo. Se procedió a elaborar una tabla en la que figuran los autores responsables del estudio, el año en que se publicó, el título del trabajo, el tipo de estudio al que corresponde, el ámbito donde se realizó (país y entorno), el objetivo del mismo, la metodología y los resultados más relevantes del parto en casa (Tabla 1).

Tabla 1: Tabla de elaboración propia con los estudios seleccionados para el trabajo

Autor y año	Tipo de estudio	Ámbito	Objetivo	Metodología	Resultados
Cristina Rossi et al ¹² , 2018	Revisión sistemática y metaanálisis	Italia. Entorno hospitalario y domiciliario	Cuantificar los resultados del embarazo después de un parto domiciliario planificado versus un parto hospitalario planificado	8 artículos: 14.637 (32,6%) mujeres planificaron el parto en el domicilio y 30.177 (67,4%) en el hospital	-Maternos: más partos espontáneos y laceraciones grado III-IV; menos HPP, intervencionismo y morbilidad -Neonatales: menor riesgo de eventos adversos -Mortalidad similar en ambos entornos
Vanessa L Scarf et al ¹³ , 2018	Revisión sistemática y metanálisis	Australia. Entorno hospitalario y domiciliario	Comparar los resultados maternos y perinatales de diferentes lugares de nacimiento	-Metaanálisis: 25 estudios de alta calidad según índice ResQu -Revisión sistemática: 28 artículos -Diseño: 2 ECA, 21 estudios retrospectivos y 5 prospectivos	-Maternos: más partos vaginales. Menos trauma perineal, HPP, intervencionismo y morbilidad severa -Neonatales: menos ingresos en UCIN; mortalidad intraparto y neonatal temprana similar al hospital
Angela Reitsma et al ¹⁴ , 2020	Revisión sistemática y metaanálisis	Canadá. Entorno hospitalario y	Evaluar los resultados del parto domiciliario planificado	-Primer metaanálisis más grande y completo sobre lugar de nacimiento planificado	-Maternos: menos infecciones y HPP en sistemas con integración de la matrona desconocida; menor

		domiciliario		(muestra de casi un millón) -Empleo de protocolo registrado, prepublicado y revisado por pares. -Revisión sistemática: 21 estudios. Calidad evaluada con Escala de Evaluación de la Calidad de Newcastle Ottawa para Estudios de Cohorte (NOS) -Metanálisis: 16 artículos	intervencionismo y morbilidad en sistemas integrados, así como en multíparas y nulíparas. Menos desgarros de III-IV grado en multíparas pero no en nulíparas -Neonatales: no hubo aumento de la morbimortalidad perinatal y neonatal
L.Alcaraz-Vidal et al ¹⁵ , 2021	Observacional, descriptivo, transversal	España. Entorno hospitalario y domiciliario	Determinar la incidencia de eventos adversos maternos y perinatales en partos domiciliarios planificados atendidos por parteras CAHBM	-Muestra: 750 mujeres que planearon un parto domiciliario a través de la Asociación de Matronas de Parto Domiciliario (CAHBM)	-Maternos: más partos vaginales; menos morbilidad y lesiones perineales. Posiciones no recostadas y peso neonatal >4kg no asociadas con HPP -Neonatales: menor morbilidad; baja tasa de mortalidad perinatal

Respecto a las fuentes de financiación, por orden cronológico, el primer estudio no presenta fuente de financiación. El segundo estudio, está financiado por el Consejo Nacional de Investigación Médica y de Salud de Australia. El tercero, presenta un financiamiento parcial: subvención abierta revisada por pares de la Asociación de matronas de Ontario. Por último, el financiador del cuarto estudio fue la Federación de Asociaciones Españolas de Matronas. En ningún caso los financiadores participaron en el diseño del estudio, la recopilación de datos, el análisis, la interpretación de los mismos ni en la redacción del manuscrito¹²⁻¹⁴.

4. DISCUSIÓN

Autores como Cristina Rossi et al. (2018)¹² señalan que la probabilidad de parto espontáneo es tres veces mayor en el domicilio en comparación con un hospital. En concreto, otros investigadores como L. Alcaraz Vidal et al. (2021)¹⁵ objetivan un 92,7% de partos vaginales espontáneos, siendo un 3,3% partos instrumentales (fórceps, ventosa) y un 4% cesáreas. Esta situación conduce a una menor posibilidad de inducción del parto y de empleo de oxitocina. Además, supone un menor riesgo de monitorización fetal y de uso de analgesia epidural. Respecto a esto último, en su lugar se observó que las medidas no farmacológicas más utilizadas de alivio del dolor fueron los cambios posturales, el masaje, el calor local y la inmersión en agua caliente. La evidencia mencionada anteriormente también fue apoyada por Vanessa L. Scarf et al. (2018)¹³ en su revisión sistemática y metanálisis.

En cuanto al trauma perineal, los primeros autores apuntan que, en el parto en casa, se ve disminuida la probabilidad de episiotomía pero hay un mayor riesgo de laceración de grado III-IV en comparación con aquellas mujeres que planifican un parto hospitalario (riesgo 1'8 veces mayor)¹². Por el contrario, según Vanessa L. Scarf et al. (2018)¹³, el trauma perineal grave es notablemente menos frecuente en el domicilio. Particularmente, dos de sus estudios manifestaron que la probabilidad de periné íntegro es mucho más alta que en el ámbito hospitalario. Esta última afirmación es compartida por L. Alcaraz Vidal et al. (2021)¹⁵, quienes añaden que esta disminución en la incidencia de lesiones perineales puede deberse al entrenamiento de las matronas en su prevención, al uso de compresas calientes y al parto en el agua (un 27% de gestantes emplearon la bañera para dar a luz).

Respecto a la hemorragia posparto (HPP), Cristina Rossi et al. (2018)¹² determinan que hay un menor riesgo de que se produzca en el hogar en comparación con el hospital, aunque la diferencia no fue clínicamente significativa (7'9% vs 8'9% respectivamente). No obstante, para Vanessa L. Scarf et al. (2018)¹³, la probabilidad de hemorragia posparto grave (mayor o igual a 1.000 ml) sí fue considerablemente menor (2853/102,663 vs 5231/336,330). El estudio de L. Alcaraz Vidal et al. (2021)¹⁵, añade que no se observó una relación entre el sangrado con el peso neonatal por encima de los cuatro kilogramos y las posiciones no reclinadas (con un 82'5% de partos en posturas no recostadas). Sin embargo, hacen hincapié en que la hemorragia fue evaluada visualmente, siendo esto un método difícil en los partos en agua, de manera que pudieron realizarse algunas transferencias hospitalarias por precaución.

Acerca de los traslados hospitalarios, en la revisión sistemática y metanálisis de Cristina Rossi et al. (2018)¹², se dispone de cinco artículos que informan sobre los diferentes motivos en los que fue preciso realizarlo. Fue necesario en un 10% de

los casos (1.456/14.637). Cabe destacar que el tiempo empleado pudo haber influido en la morbilidad materna y neonatal. Los principales motivos se recogieron en tres de los cinco estudios. Principalmente, se debieron a complicaciones intraparto en 88 gestantes (82'2%), en un 57% de casos fue por indicación fetal (61/107 mujeres). Debido a que los casos de asfixia neonatal y de Apgar<4 a los cinco minutos tenían una alta probabilidad de traslado, un 4'2% de los recién nacidos cambiaron de atención domiciliaria a hospitalaria.

El estudio de L. Alcaraz Vidal et al. (2021)¹⁵ manifiesta que 108 gestantes (14'4%) tuvieron que ser transferidas durante el parto. La mayoría eran nulíparas, en contraposición con las múltiparas que comprendieron un 10'1% de los casos. El motivo más frecuente fue el parto prolongado (45'3%), seguido de las complicaciones posparto maternas (2'3%) y neonatales (1'2%). Se debe considerar que, dado que el examen vaginal no se realiza de forma rutinaria, la duración del parto se estimó subjetivamente. En consecuencia, quizás se clasificó algún parto como si tuviera una evolución lenta sin ser esto real. De igual modo, los traslados no se clasificaron según el grado de emergencia y no se tuvo en cuenta el tiempo de llegada al hospital, lo cual pudo dar lugar a sesgos en los resultados obtenidos.

Por otro lado, investigadores como Angela Reistma et al. (2020) son los únicos que en su estudio realizan una distinción de las gestantes dependiendo de la paridad de las mismas (nulíparas o múltiparas) y según si los profesionales sanitarios están o no integrados en el Sistema de Salud Público, ofreciendo como una prestación más la atención al parto en casa planificado. En referencia a los resultados maternos, al igual que en los estudios anteriores se observó en el parto domiciliario una disminución del número de intervenciones, lo que supuso una menor morbilidad. Asimismo, señalan una menor probabilidad de infección, todo ello aplicable en mujeres nulíparas y múltiparas. En cambio, en las múltiparas que parieron en el hogar descubrieron que la probabilidad de sufrir un desgarro de III-IV grado se redujo (<45%) pero no se evidenció el mismo hallazgo en nulíparas. Además, en las múltiparas decrecieron aún más las probabilidades de experimentar alguna de las intervenciones hospitalarias más comunes, como: episiotomía (<50%); analgesia epidural (<75%); hemorragia posparto (<40%); uso de oxitocina (<65%); parto instrumental y cesárea (<60%), entre otros. En aquellos entornos en los que la matrona se encontraba integrada en el Sistema Sanitario, se contempló una disminución de la probabilidad de cesárea (<40%), parto instrumental (<50%), uso de analgesia epidural (<70%), episiotomía (<55%), desgarro perineal de tercer o cuarto grado (<40%), estimulación del trabajo de parto con oxitocina (<60%). En los artículos que no especificaron si la matrona estaba bien integrada o no en el Sistema de Salud, se objetivó una reducción de la infección materna (<75%) y de la hemorragia puerperal (30%)¹⁴.

Atendiendo a los resultados fetales, en el estudio de L. Alcaraz Vidal et al. (2021)¹⁵ se objetiva que dentro de la incidencia anual de eventos adversos (6'3-8'3%) la distocia de hombros es la más habitual (4'5% de casos) y la asocian a un peso mayor a los cuatro kilogramos. Cristina Rossi et al. (2018)¹² agregan que existe un menor riesgo de distocia (0'2 veces menor) en el parto en domicilio, asociado a un menor uso de analgesia epidural.

Respecto a diferentes eventos adversos, Cristina Rossi et al. (2018)¹² exponen que una puntuación baja en el test de Apgar, al igual que la asfixia neonatal fue similar en ambos entornos. En el estudio de Vanessa L. Scarf et al. (2018)¹³, muestran que la posibilidad de ingreso en el servicio de UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) es mucho menor cuando el parto es planificado en el hogar, sobre todo en mujeres múltiparas aunque la diferencia con las primíparas no era significativa. En cuanto a la parálisis de Erb o fracturas de húmero o clavícula, L. Alcaraz Vidal et al. (2021)¹⁵ no reportaron casos en su estudio. Igualmente, detectaron *Streptococo beta-hemolítico* positivo en un 10% de los casos y no se hallaron diferencias en la morbimortalidad en comparación con las que dieron negativo.

Angela Reistma et al. (2020)¹⁴ no registraron ningún aumento en la morbimortalidad perinatal o neonatal cuando el parto se planeó en el domicilio. Los mismos hallazgos se pueden extrapolar al estudio de Cristina Rossi et al. (2018)¹². Asimismo, en el estudio de Vanessa L. Scarf et al. (2018)¹³ los análisis detallados por paridad tampoco objetivaron diferencias significativas de mortalidad intraparto ni de muerte neonatal temprana (primeros siete días de vida). En el estudio de L. Alcaraz Vidal et al. (2021)¹⁵ la tasa de mortalidad perinatal fue de sólo 1'3 por cada mil recién nacidos. En definitiva, la morbimortalidad neonatal no depende del lugar de nacimiento planificado.

En lo que a las limitaciones en los estudios respecta, éstos no muestran unos criterios estandarizados sobre qué es un embarazo de bajo riesgo. Además, no todos tienen en cuenta ciertas características maternas, como la paridad, que cambian drásticamente los resultados obtenidos, por lo que los hallazgos pueden ser menos precisos y con mayor tendencia a sesgos^{14,15}. En segundo lugar, dada la selección de artículos de diferentes países, donde el contexto puede ser muy diverso en cuanto a la prestación de servicios, modelos de atención e integración en los servicios de maternidad, recursos, etcétera, los resultados no se pueden generalizar¹⁴.

Pocos estudios tuvieron un tamaño muestral lo suficientemente grande como para detectar diferencias significativas en resultados poco frecuentes como la mortalidad perinatal. Asimismo, se dispone de pocos ensayos controlados aleatorios (ECA) que comparen los resultados del parto en el hogar y en el hospital porque es poco probable que las mujeres se

inscriban en dichos estudios. En su lugar, la evidencia recomienda que se realicen revisiones sistemáticas y metanálisis de estudios de cohortes de alta calidad para evaluar los resultados del parto domiciliario planificado^{14,15}.

Con vistas al futuro, partiendo de los hallazgos encontrados en los artículos, a nivel práctico sería interesante que todos los países tuvieran integrado en su Sistema Sanitario la atención al parto domiciliario como una prestación más, siendo las matronas las profesionales que presten dicha atención. Asimismo, de cara a futuras investigaciones, se debe seguir indagando en los resultados materno-fetales que se obtienen en el parto en casa planificado en gestantes de bajo riesgo obstétrico con las mismas características, para poder extrapolar dichos resultados a todo el colectivo^{14,15}.

5. CONCLUSIONES

En esta revisión bibliográfica se estudiaron los resultados materno-fetales obtenidos en mujeres de bajo riesgo obstétrico que decidieron parir de forma planificada en el hogar. Se sacaron las siguientes conclusiones:

- 1) Los partos en casa planificados disminuyen la probabilidad de intervención y, por tanto, la morbilidad materna. Del mismo modo, el lugar donde la mujer planifique su parto tiene poco impacto en los resultados adversos perinatales.
- 2) Pese a los hallazgos anteriores, se debe tener presente que los partos pueden tener riesgos inherentes porque hay eventos adversos cuya aparición no depende del entorno en el que se desarrolle. Pueden ocurrir tanto en embarazos de bajo como de alto riesgo.
- 4) Las tasas de mortalidad materno-fetales son similares en el ámbito hospitalario y en el hogar.
- 5) Los Servicios de Salud en los que se encuentra financiada la asistencia al parto en domicilio por matronas, han demostrado una influencia positiva en la tasa de intervenciones y morbilidad materna, ya que realizan una evaluación minuciosa de la gestante, por lo que las mujeres que dan a luz en el hogar suelen ser buenas candidatas.
- 6) A pesar de las limitaciones en los estudios, las evidencias demuestran que los partos en casa planificados son seguros en embarazos de bajo riesgo.
- 7) En el futuro, se debe continuar investigando sobre la seguridad, los riesgos y beneficios que comporta el parto en casa planificado en gestantes de bajo riesgo obstétrico, abarcando una población mayor con las mismas características maternas en el mismo contexto sanitario, para poder generalizar los resultados obtenidos.

REFERENCIAS

- [1] Driéguez Castaño C, López Martínez EM, Avilés Sáez A, Conesa Ferrer MB. Experiencias de partos en casa y en el hospital de mujeres en los años 60 y 70 en España. *Cul Cuid.* 2018;22(52):77-91. doi:10.14198/cuid.2018.52.07
- [2] Fernández Guillén F. Aspectos Jurídicos de la Atención al Parto. Hojas de Consentimiento Informado y Planes de Parto [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2009 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/AspectosJuridicos.pdf>
- [3] Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. Estrategia de Atención al Parto Normal. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Observatorio de Salud de las Mujeres. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
- [4] Artal-Mittelmark R. Management of Normal Labor [Internet]. EE.UU.: MSD Manual. Professional Version; 2021 [actualizado septiembre 2022; citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/KCvjoRsz5k>
- [5] American Association of Birth Centers, Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine, Kilpatrick SJ, Menard MK, et al. Obstetric Care Consensus #9: levels of maternal care: (replaces Obstetric Care Consensus Number 2, February 2015). *Am J Obstet Gynecol.* 2019;221:B19–30. doi: 10.1016/j.ajog.2019.05.046
- [6] Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/E8IG>
- [7] FAME. Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres [Internet]. Pamplona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2011 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/iniciativa-al-parto-normal.pdf>
- [8] Alcaraz Vidal L, Casadevall Castañé L, Díaz-Maroto S, Domínguez Cano P, Franch Ferrer M, García Morales R, et al. Guía de Asistencia al Parto en Casa [Internet]. Barcelona: Associació Catalana de Llevadores; 2018 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/guia_partocasa_2018.pdf
- [9] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline (CG190) [Internet]. XXX: NICE; 2014 [actualizado diciembre 2022; citado 09 mayo 2023]. Disponible en:

<https://cuty.io/raZvDdZA>

[10] Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Recomendaciones sobre la atención al parto en casa. Documento basado en la evidencia [Internet]. Madrid: FAME; 2022 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/ZWUyb>

[11] American College of Nurse-Midwives. Midwifery Provision of Home Birth Services: American College of Nurse-Midwives. *J Midwifery Womens Health*. 2016 Jan-Feb;61(1):127-33. doi: 10.1111/jmwh.12431

[12] Rossi AC, Prefumo F. Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018 Mar;222:102-108. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.01.016

[13] Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2018 Jul;62:240-255. doi: 10.1016/j.midw.2018.03.024

[14] Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton EK. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*. 2020 Apr 5;21:100319. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100319

[15] Alcaraz-Vidal L, Escuriet R, Sàrries Zgonc I, Robleda G. Planned homebirth in Catalonia (Spain): A descriptive study. *Midwifery*. 2021 Jul;98:102977. doi: 10.1016/j.midw.2021.102977