

Parto en casa versus parto en el hospital. Revisión bibliográfica de la literatura actual

Gómez Abero, A.M.; Díaz-Jiménez, D; Somavilla Luengo, C. SANUM 2019 3(3):6-15

Resumen

El parto asistido en el domicilio no es contemplado en la cartera básica común de servicios sanitarios españoles, sin embargo el empoderamiento del papel de la mujer en su parto ha supuesto que muchas de ellas contemplen esta opción. Nuestro objetivo fue analizar la evidencia científica disponible en relación al parto en casa versus parto hospitalario.

Para ello, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en el periodo comprendido del 1 de diciembre de 2016 al 1 de abril de 2017, en las bases de datos de *Pubmed*, *SciELO* y *Cochran*, de artículos publicados a texto completo en los últimos 10 años.

Seleccionando 17 artículos de relevancia, que pusieron de manifiesto la insatisfacción con el modelo actual de atención institucionalizada de nacimiento como motivo para la elección de esta vía. Mayor tasa de partos vaginales no intervenidos, menor número de episiotomías, menor ansiedad y depresión.

Se necesitan investigaciones más amplias, que en caso de evidenciar científicamente el parto en el domicilio como una opción segura, permitan unificar los criterios profesionales y protocolizar esta asistencia ofertándola de forma segura a las mujeres.

AUTORAS

Ana-María Gómez Abero

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Área de Paritorio. Hospital Virgen del Camino. Calle de Irunlarrea, 4, 31008 Pamplona, Navarra. España

Désirée Díaz-Jiménez

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Unidad de Urgencias Ginecológicas-Obstétricas. Área de partos. Hospital Público de Montilla. Ctra. Montoro-Puente Genil A-309, km. 65.350, 14550 Montilla, Córdoba. España

Cristina Somavilla Luengo

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Área de Paritorio. Hospital Virgen del Camino. Calle de Irunlarrea, 4, 31008 Pamplona, Navarra. España

Correspondencia

Ana-María Gómez Abero.

 anagomezabero@gmail.com

F. recepción: 9/9/2019

F. aceptación: 3/10/2019

Palabras clave:

Parto Domiciliario,
Embarazo,
Matronas,
Parto Natural,
Mortalidad Materna.

To give birth at home versus to give birth at a hospital. Bibliographic review of the current literatura

Abstract

Home-assisted delivery is not included in the common standard of care of Spanish health services, however the empowerment of the role of women in childbirth has meant that many of them consider this option. Our objective was to analyze the available scientific evidence in relation to home birth versus hospital birth.

To this end, a bibliographic review was carried out in the period from December 1 to April 1, 2017, in the Pubmed, SciELO and Cochran databases, of articles published in full text in the last 10 years.

Selecting 17 relevant articles, which showed the dissatisfaction with the current model of institutionalized birth care as a reason for choosing this path. Higher rate of vaginal deliveries not intervened, less number of episiotomies, less anxiety and depression.

Larger investigations are needed, which in case of scientifically evidenced the delivery at home as a safe option, allow to unify the professional criteria and protocolize this assistance offering it in a safe way to women.

Keywords:

Home Childbirth,
Pregnancy,
Midwives,
Natural childbirth,
Maternal Mortality



Andalucía

FeSP-UGT/Andalucía

Avda. Blas Infante, 4, 6ª Planta. 41011 Sevilla

Contacto:

consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es

Teléfono: 637 503 298

<http://www.revistacientificasanum.com/>



Introducción

La culminación del embarazo, tras una espera de meses, que finaliza con el nacimiento de un nuevo individuo y su inicio de vida extrauterina, supone un momento de gran importancia no solo desde el punto de vista médico, sino también personal. En este contexto, se mezcla la preocupación de que sea un parto exitoso desde el punto de vista médico, con una madre y un recién nacido sano, y por otra parte, que suponga un momento especial, único e íntimo para la mujer¹.

Estos dos puntos de vistas están siendo en la actualidad enfrentados a una nueva corriente en relación al parto, proclamando lo que se conoce como, Parto Natural².

Desde hace unos años se está utilizando el término «violencia», cuando se alude al incumplimiento de los derechos de la mujer y del niño/a durante el proceso obstétrico^{3,4}.

Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados en el hospital por el personal de salud que institucionalizan, estandarizan y controlan, el proceso natural, íntimo y familiar que engloba el parto, convirtiéndolo en un proceso quirúrgico. El objetivo principal de esta medicalización⁵, es disminuir radicalmente la incidencia de morbi-mortalidad perinatal y materna^{6,7}.

El deseo de retorno al curso natural del parto en muchas partes del mundo civilizado, desencadenó un proceso de revisión de la medicalización y des-humanización que se da en los hospitales⁸ y a una lucha por parte de mujeres y matronas a favor del parto humanizado⁹.

En este sentido, la Organización Mundial de la salud (OMS) organizó conferencias de consenso y se establecieron una serie de recomendaciones sobre el uso de la tecnología apropiada en los partos¹⁰. Destaca la elaboración de una Guía Práctica sobre los cuidados en el Parto Normal^{11,12}.

En la actualidad, en los países en vías de desarrollo el parto en el domicilio, puede darse la circunstancia, que sea la única opción disponible¹³ debido a la imposibilidad de acceder a un centro hospitalario por una larga distancia hasta llegar al hospital; a la carencia de recursos económicos o a las propias costumbres.

En cambio en casi todas las sociedades occidentales la gestante puede elegir donde desea parir, ya que existen Servicios Públicos de asistencia al parto

a domicilio, atendidos por matronas y coordinados con los equipos médico-quirúrgicos hospitalarios ante cualquier riesgo y con la posibilidad de un traslado inmediato⁵. Así ocurre en Reino Unido, Holanda o Irlanda entre otros^{14,17,18,21,24}.

En Estados Unidos el 99% de las gestantes eligen dar a luz en una institución Hospitalaria^{19,23,27}, pero cada año un número mayor de mujeres elige dar a luz en el domicilio.

En Canadá, solo algunos gobiernos provinciales han promulgado políticas en las cuales integran la opción de parto domiciliario en su Sistema de Salud, aunque en general la atención a la maternidad esta tradicionalmente integrada en los hospitales²⁰.

- El Ministerio de Sanidad de España tolera el parto domiciliario, pero esta opción no está contemplada en la cartera de Servicios Públicos; por ello, las mujeres que eligen esta opción son atendidas mayoritariamente por matronas privadas^{31,32}.

Ante esta situación, con una creciente tendencia actual a la naturalización y humanización del parto así como a la toma de un papel protagonista de los futuros padres, nos planteamos la necesidad de profundizar en el conocimiento actual por medio de una revisión bibliográfica, con el objetivo de analizar la evidencia científica existente con respecto al parto en casa versus parto en el hospital.

Metodología

Se realizó una Revisión Bibliográfica en las bases de datos de *Pubmed*, *Scielo* y *Cochrane*, en el período comprendido desde el 1 de diciembre de 2016 hasta el 1 de abril de 2017.

Se emplearon los siguientes descriptores: Home Childbirth, Pregnancy, Natural childbirth, Midwives and Maternal Mortality. En estrategia de búsqueda se empleó un sistema de bloques creando una búsqueda para cada palabra clave Home Childbirth y Natural childbirth a las que posteriormente se unirían por el operador lógico AND los conjuntos restantes Midwives and Maternal Mortality.

Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta los siguientes:

- Publicaciones comprendidas en los últimos 10 años.
- Artículos publicados en español, inglés y portugués, disponibles a texto completo.

Para preservar la calidad de la evidencia científica que respalda esta metodología se siguieron, además, los siguientes criterios para la selección de los artículos. En primera instancia se descartaron aquellos que tanto por el título como por el resumen hacían alusión a investigaciones con objetivos diferentes a los que nos ocupan. De los artículos revisados se

seleccionaron aquellos que por el tipo de Diseño del estudio se sitúan en niveles mayores de evidencia.

En las tablas 1, 2 y 3 se reflejan el número de artículos resultantes de las búsquedas realizadas en las distintas bases de datos, los textos revisados y los finalmente seleccionados.

PUBMED				
	Documentos totales	Texto completo últimos 10 años	Revisados	Seleccionados
Home childbirth	3182	554	156	8
Natural childbirth	415	85	23	5

Tabla 1: Resultados búsqueda Pubmed

SciELO				
	Documentos totales	Texto completo últimos 10 años	Revisados	Seleccionados
Parto domiciliario	41	21	13	2
Parto en casa	50	35	9	1

Tabla 2: Resultados búsqueda SciELO

COCHRANE				
	Documentos totales	Texto completo últimos 10 años	Revisados	Seleccionados
Home childbirth	165	42	5	1
Natural childbirth	69	8	2	0

Tabla 3: Resultados búsqueda Cochrane

Resultados

Se seleccionaron 17 artículos de relevancia, creando una "Tabla de resultados" en la que han sido detallados el análisis del contenido de los mismos: autores, año, ámbito, tipo de estudio, muestra y conclusiones principales de cada uno de los artículos (tabla 4).

De esta manera encontramos un 35% de Revisiones Sistemáticas, un 41% de Estudios de Cohortes, 12% de Estudios de Casos y Controles y un 12% de estudios cualitativos.

Discusión

Motivos principales para la elección del tipo de parto por las mujeres

Según estudios publicados se ha observado que en nuestro país, existen diferencias en función del lugar de residencia, en cuanto a la frecuencia de partos domiciliarios asistidos por personal sanitario, siendo esta cifra inferior al número de partos hospitalarios; En Madrid (96 partos en domicilio atendidos por personal sanitario de 64112 partos totales en Madrid, representa un 0.149%) y Cataluña (383 de 70169 partos totales en Cataluña, 0,545%) son las dos Comunidades que destacan con valores más altos en este tipo de parto, seguidas estas de Andalucía (171 de 80769 partos totales en Andalucía) 0,211% Comunidad Valenciana (92 de 43410 partos totales en esta comunidad) 0,211% y País vasco (77 de 2172 partos totales en el País Vasco) 3,54%^{31,32}. En España, de 419.209 partos que hubo en total, 1.187 se atendieron en el domicilio por sanitarios, en cambio, 365.285 partos fueron atendidos en hospitales por personal sanitario^{31,32}.

En el 17,6% de los textos revisados (3/17) la figura de la matrona juega un papel primordial en la realización del parto en el hogar²⁹, siendo por tanto fundamental la formación de las nuevas matronas en la realización de este tipo de parto. La capacitación del personal sanitario sobre el parto domiciliario conllevaría, una mayor unificación de criterios para ofrecer una correcta información a las mujeres, y así podría aumentar su empoderamiento para que tomen sus propias decisiones³⁰.

Otros estudios continúan por esta línea, afirmando que las parejas que optan por esta opción de parto domiciliario tienen unas características concretas, como son: una relación estable, formación universitaria, facilidad de acceso a la información y el co-

nocimiento biomédico³³. Todo esto permite crear un criterio de elección sostenido y permanente.

Por otro lado, la gran insatisfacción con el modelo actual de atención institucionalizada de nacimiento ha sido otro de los factores que han aumentado esta vía de nacimiento²⁸.

Las preferencias de las gestantes se vieron influenciadas por valores, creencias y experiencias anteriores. A pesar de esto, no todas las mujeres están abiertas a todos los tipos de partos¹⁴.

Entre aquellas mujeres que eligieron un parto en su domicilio, percibieron su casa como segura y se mostraron puntos de vista similares entre madres y matronas²⁶.

Riesgos y beneficios materno-fetales

Según De Jonge²⁵, en los partos domiciliarios no se hallaron riesgos aumentados para resultados perinatales adversos, debiendo de tener en cuenta estos resultados en lugares donde el parto en el hogar está bien integrado. Hutton²⁰ hace referencia, al igual que el anterior autor, a que la práctica del parto domiciliario asistido por matronas y abrazado por sistemas de atención de salud donde éste está bien integrado, ya que refiere no presentar un aumento de efectos adversos.

Por contra, según reflejan los dos siguientes estudios, la mortalidad perinatal fue mayor en el parto extra-hospitalario (3,9 por cada 1000 partos) que en el parto hospitalario (1,8 por cada 1000 partos) aunque el riesgo absoluto de muerte fue bajo en ambos²⁷. Al igual que en el anterior estudio, en los partos en domicilio las tasas de mortalidad neonatal aumentan significativamente (muerte neonatal en el hospital con matrona certificada 3,2/10000; en casa con matrona certificada la mortalidad neonatal fue 10/10000 y de 13,7/10000 con matronas no certificadas en el hogar)²¹.

En el estudio de cohortes¹⁷ se aprecia que las mujeres que planificaron un parto en su domicilio tenían más probabilidades de parir de forma espontánea y con menos intervenciones médicas.

Esto último se refleja de igual manera en otro estudio de Cohortes realizado en Irlanda²⁴, en el que aquellas nulíparas que optaban por un parto en su hogar tenían menos probabilidades de tener intervenciones médicas, sugiriendo que las actitudes y características de cada una de las mujeres tienen un papel muy relevante.

	Ámbito de estudio	Tipo de estudio	Muestra	Conclusiones
2017	Inglaterra	Revisión bibliográfica de estudios cualitativos	24 estudios (2707 mujeres)	A pesar del ofrecimiento en Inglaterra de diferentes opciones de parto, únicamente un 13% de las mujeres dan a luz fuera del Hospital. Las preferencias de las mujeres son moldeadas por: valores, creencias y experiencias anteriores. Se identificó el apoyo como la principal influencia, a pesar de ello no todas las mujeres están abiertas a todos los tipos de partos.
Coxon et al ¹⁴				
2016	Islandia	Estudio de cohortes	809 mujeres	Un 79,9% de las mujeres presentaron una actitud negativa hacia al parto en casa, en su mayoría primíparas. Del grupo de mujeres de bajo riesgo, un 11.2% fueron partos instrumentales o cesáreas y 1 de cada 3 llevó oxicodina o analgesia epidural. Estos porcentajes disminuyeron significativamente en las mujeres con actitudes positivas hacia el parto en el hogar, relacionando esta actitud con mejores resultados obstétricos como disminución de la intervención.
Halfdansson B et al ¹⁵				
Henshall C et al ¹⁶		Revisión bibliográfica	11 estudios	Se pone de manifiesto la necesidad de unificar los criterios profesionales en cuanto a la información ofrecida a las mujeres sobre las opciones del lugar de nacimiento. Necesidad de una evaluación más robusta para el establecimiento de estándares que aseguren una información igualitaria a todas las gestantes de bajo riesgo sobre sus opciones del lugar de nacimiento.
Bolten et al ¹⁷	Países bajos	Estudio de cohortes	3495 mujeres	Las mujeres que planearon un parto en el hogar tenían más probabilidades de dar a luz espontáneamente (OR 1,38 nulíparas y OR 2,29 múltiparas) y menos intervenciones médicas.
Witteveen et al ¹⁸	Países bajos	Estudio de cohortes	2854	El parto en el hospital se asoció con un aumento de ansiedad y depresión (OR 1,58). El cambio de un parto domiciliario inicialmente planificado a uno hospitalario se relacionó con un aumento de la ansiedad y la depresión directamente proporcional a las semanas de gestación (35 semanas de gestación OR 4,17).
Grünebaum A et al ¹⁹	Estados Unidos	Estudio de casos y controles	1.158.548 partos	Las tasas de mortalidad neonatal en los partos en el hogar aumentan significativamente (matronas certificadas RR:1 y matronas no certificadas RR:1,41, diferencia estadística no significativa p= 0,2), sin verse influidos por el estatus de certificación profesional de la partera.
Hutton E. K et al ²⁰	Canadá	Estudio de cohortes	11.496 (domicilio) y 11.496 (hospitalarios)	El parto domiciliario planificado asistido por matronas, donde el nacimiento en el hogar está bien integrado en el sistema de atención de salud, no se asoció con un aumento de efectos adversos.
Rowe R et al ²¹	Inglaterra	Estudio de cohortes	1436 mujeres	Las tasas de parto vaginal fueron mayores en las mujeres que planificaron un parto en el domicilio, sin embargo las tasas de traslado, durante el trabajo de parto o alumbramiento, al hospital fueron altas.
Santos M et al ²²	Portugal	Descriptivo cualitativo	32 entrevistas	El parto en casa se caracteriza por un uso reflexivo de la ciencia y el conocimiento médico, sin entender este como un evento desmedicalizado ni rechazar el mismo el modelo biomédico.
2015	Estados Unidos	Revisión bibliográfica	78 estudios	No hay consenso acerca de las mejores prácticas para el lugar de nacimiento de las mujeres de bajo riesgo. Sin embargo, el parto en el hogar puede ser más aceptado y en algunos casos incluso alentado.
Zielinski R et al ²³				
Haaren-ten Haken T.M. et al ²⁴	Irlanda	Estudio de cohortes	576 mujeres	Algunas diferencias pueden atribuirse al modelo de atención, sugieren que las características y actitudes de las mujeres juegan un papel importante.
De Jonge A. et al ²⁵	Bélgica	Estudio de cohortes	814.979 mujeres	No encontraron riesgos aumentados para resultados perinatales adversos en partos domiciliarios. Los resultados deben tenerse en cuenta en regiones donde los nacimientos en el hogar están bien integrados.
Gottfredsdottir H. et al ²⁶	Islandia	Revisión bibliográfica	127 publicaciones	Distinción entre matronas y médicos obstetras, acerca del parto domiciliario, estos últimos hablan con cautela. Las mujeres que eligieron el parto en casa: su propia casa era segura y se identificaron puntos de vista similares entre mujeres y matronas.
Snowden J.M et al ²⁷	Estados Unidos	Casos y controles (retrospectivo)	79.727 partos	La mortalidad perinatal fue mayor en el parto extra-hospitalario (3.9 versus 1.8 por cada 1000 partos) pero el riesgo absoluto de muerte fue bajo en ambos.
Frões de Oliveira C. et al ²⁸	Brasil	Estudio cualitativo descriptivo	14 mujeres	La adquisición de conocimientos es una condición básica para apoyar la decisión de dar a luz en casa. Gran insatisfacción con el modelo actual de atención institucionalizada al nacer, por las mujeres.
2013	Brasil	Revisión bibliográfica	13 artículos	Importante papel de las matronas en la práctica del parto domiciliario. Especial apreciación del parto en casa en familias de clase media y pobres. Importancia de la formación de las nuevas matronas en la realización de este tipo de partos así como de la correcta información a las mujeres.
Pimenta D. G et al ²⁹				
2012		Revisión bibliográfica	2 ensayo controlados aleatorizado	Apuesta por continuar realizando revisiones bibliográficas de estudios de carácter observacional que los que más número incluyen.
Olsen O et al ³⁰				

Tabla 4: Resultados de la revisión bibliográfica

Parto en casa versus parto en el hospital

Los beneficios, por tanto, dependen también de las actitudes de las mujeres. Aquellas que tuvieron una actitud más positiva hacia el parto en casa también lo tuvieron del nacimiento y más negativas hacia las intervenciones en el parto, en comparación con aquellas que tuvieron actitudes negativas hacia el nacimiento¹⁵.

En el parto en el hogar, las tasas de parto vaginal fueron mayores que en el hospital, aunque las tasas de transferencia al hospital de las mujeres fueron altas (37%), sobre todo en mujeres con un solo parto anterior (56,7%), con riesgos de efectos adversos materno infantil de un 2-3%²¹.

Se asoció el parto en el hospital, con un incremento de la ansiedad y depresión en las gestantes. Se observó que mujeres con ansiedad, estado de ánimo deprimido o ansioso durante el embarazo realizaron una planificación hospitalaria con mayor frecuencia. De ahí la importancia de abordar adecuadamente la ansiedad en el proceso de la toma de decisiones del lugar de nacimiento en mujeres de bajo riesgo¹⁸.

Con respecto a estas y otras posibles ventajas existentes entre ambos medios de parto, no existe un consenso por parte los especialistas obstétrico-ginecológicos, mostrando los médicos obstetras, una mayor cautela con respecto a la realización del parto en el hogar²⁶. La FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España), muestra su posicionamiento sobre la atención al parto en casa y sobre la conveniencia de que este sea asumido por el Sistema Nacional de Salud (aludiendo a costes no superiores al parto hospitalario), abogando por una decisión informada de la mujer en colaboración con los profesionales, así como la posibilidad de escoger el lugar del nacimiento, siempre que estén atendidas por matronas cualificadas y que se cumplan las condiciones necesarias avaladas por la evidencia científica³⁴.

De igual forma, no existe una unificación de criterios con respecto a las mejores prácticas del lugar de nacimiento de las mujeres de bajo riesgo²³.

Los autores apuestan por continuar realizando revisiones bibliográficas de estudios de carácter observacional, ya que son los que mayor número incluyen; no existen fuertes evidencias en cuanto al parto de bajo riesgo hacia un lado u otro³⁰.

Las limitaciones que se han encontrado en el momento de realizar nuestro estudio han sido documentos hallados que no estaban disponibles a texto completo, de forma gratuita o en otros idiomas distintos al español, inglés o portugués. Otra de las limitaciones son publicaciones en otros buscadores

que no se han incluido en las bases de datos utilizadas (Pubmed, SciELO y Cochrane) y documentos publicados hace más de diez años.

Conclusiones

Para que la mujer pueda decidir necesita contar con una información relevante y autentica, que le permita evaluar las ventajas y desventajas de las diferentes opciones y así poder elegir la «mejor», en base a los conocimientos y criterios personales. A su vez, numerosas circunstancias personales influyen en la toma de decisiones, tales como valores, creencias, experiencias previas personales y/o de conocidos/as, miedos, percepción de riesgo y seguridad, apoyo familiar o recursos económicos entre otros. Diversos investigadores/as afirman que las mujeres deberían ser informadas de manera rigurosa de las características del cuidado que van a recibir, de los distintos lugares en los que se puede realizar el parto y de los riesgos y beneficios de cada uno de ellos³⁵.

Puesto que la información previa, correcta y actualizada que reciben las mujeres por parte de los profesionales de salud, es influyente en la toma de decisión del lugar de nacimiento de sus hijos, se considera un pilar fundamental la formación de las propias matronas y del resto del personal sanitario a cargo de la gestante, quienes son la primera toma de contacto que tienen con el servicio sanitario, generalmente en Atención Primaria. Esto conllevaría una unificación de criterios en la información ofrecida a las mujeres y por consiguiente un mayor empoderamiento de las mismas. De esta forma se les procura mayores herramientas para decidir de una manera consciente, informada y libre el lugar donde prefieren dar a luz.

En los textos revisados, el binomio parto en casa o en ámbito hospitalario, está influido por distintos factores tales como, país en el que se produce el parto, si este es planificado o no lo es, atendido por cualificados/as profesionales y embarazos de alto o de bajo riesgo.

El parto en el hogar en mujeres de bajo riesgo se muestra como una opción segura para su salud y la de sus hijos, con menor riesgo de episiotomías, partos instrumentalizados, cesáreas y una mayor tasa de partos vaginales³⁶. Así como disminución de estados de ansiedad y depresión durante la gestación en comparación con el ámbito hospitalario. Cabe destacar que las cifras de mortalidad materna con partos en el domicilio son similares a los partos en

el ámbito hospitalario siempre que sean embarazos y partos de bajo riesgo³⁷.

Acerca de la morbilidad neonatal, se halla que en el parto en casa hay menos probabilidad de prematuridad, bajo peso, ventilación neonatal e ingreso en unidades de cuidados intensivos³⁸.

Los resultados de esta revisión sistemática han corroborado que no existe en la actualidad un consenso, entre los profesionales, sobre el lugar más adecuado para la realización de los partos de bajo riesgo. Se necesita continuar realizando investigaciones más amplias, que permitan llegar a unos resultados con la mayor evidencia científica posible y en el caso de que estos respalden el parto en el domicilio, la opción de parir en casa sea tenida en cuenta por aquellos países donde no se esté llevando a cabo, ofertándola dentro de la cartera de Servicio del Sistema de Salud.

Conclusions

In order for women to decide, they need to have relevant and authentic information that allows them to evaluate the advantages and disadvantages of the different options and thus be able to choose the "best" one, based on personal knowledge and criteria. In turn, numerous personal circumstances influence decision-making, such as values, beliefs, previous personal experiences and / or acquaintances, fears, perception of risk and security, family support or financial resources among others.

Several researchers affirm that women should be rigorously informed of the characteristics of the care they will receive, of the different places where labor can be performed, and of the risks and benefits of each of them³⁵.

Since the previous, correct and updated information that women receive from health professionals, is influential in the decision of the place of birth of their children, it is considered a fundamental pillar the formation of the midwives themselves and the rest of the health personnel in charge of the pregnant woman, who are the first contact they have with the health service, usually in Primary Care.

This would entail a unification of criteria in the information offered to women and therefore a greater empowerment of them. In this way they

are given greater tools to decide in a conscious, informed and free way the place where they prefer to give birth.

In the texts reviewed, the binomial birth at home or in the hospital, is influenced by different factors such as, country in which the birth occurs, if it is planned or is not, attended by qualified professionals and pregnant women High or low risk.

Home birth in low-risk women is shown as a safe option for their health and that of their children, with a lower risk of episiotomies, instrumentalized deliveries, caesarean sections and a higher rate of vaginal births³⁶. As well as decreased states of anxiety and depression during pregnancy compared to the hospital setting. It should be noted that maternal mortality figures with deliveries at home are similar to deliveries in the hospital setting provided they are low-risk pregnancies and deliveries³⁷.

Regarding neonatal morbidity, it is found that at home delivery there is less probability of prematurity, low weight, neonatal ventilation and admission to intensive care units³⁸.

The results of this systematic review have confirmed that there is currently no consensus among professionals about the most appropriate place for performing low-risk deliveries. It is necessary to continue carrying out more extensive research, which will allow us to reach results with the greatest possible scientific evidence and in the case that these support the delivery at home, the option of giving birth at home is taken into account by those countries where is carrying out, offering it within the Health System Service portfolio.

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) asegura que el manuscrito es un artículo honesto, adecuado y transparente; que ha sido enviado a la revista científica SANUM, que no ha excluido aspectos importantes del estudio y que las discrepancias del análisis se han argumentado, siendo registradas cuando éstas han sido relevantes. Todos los autores han contribuido sustancialmente en el diseño, análisis, interpretación, revisión crítica del contenido y aprobación definitiva del presente artículo.

Fuentes de Financiación

Ninguna.

Conflicto de Intereses

Este estudio de revisión bibliográfica no ha sido realizado con ningún interés económico, ni subvencionado por ningún tipo de empresa.

Publicación

El presente no ha sido presentado como comunicación oral-escrita en ningún congreso.

Agradecimientos

El correcto abordaje de esta Revisión tiene su origen en el trabajo coordinado y consensuado del grupo de autoras y su ambición por el aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. Austin MP & Leader L. (2000). Maternal stress and obstetric and infant outcomes: epidemiological findings and neuroendocrine mechanisms. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology* 40, 331-337.
2. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1996). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS. [En línea]. Disponible en: http://www.holistika.net/parto_natural/oms/cuidados_en_el_parto_normal._guia_practica_oms.asp
3. Leboyer, F. (2010). *Por un nacimiento sin violencia*. Madrid: Mandala.
4. Longo, R. G., Moschella, R., Pawlowicz, M. P., y Zaldúa, G. (2013). Significaciones y prácticas de las y los trabajadores de la salud vinculadas al acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la zona sur de la Caba. *Memorias III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. 22 al 25 de noviembre de 2013. Buenos Aires: Ediciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. [En línea]. Disponible en: <http://saludy psicologia.com/wp-content/uploads/2012/02/05-sicolog%C3%ADa-de-la-Salud-Epidemiolog%C3%ADa-y-Prevenci%C3%B3n.pdf>
5. De la Torre, M.T. (2006a). Organización de un Sistema Sanitario Público de Atención al Parto Domiciliario en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga. *Biblioteca Lascasas*, 2(4). [En línea]. Disponible en: www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0186.php - 29k
6. Castrillo, B. (2014) "Un recorrido por los modos de estudiar intervención médica en el parto". I Jornadas de Género y Diversidad Sexual, Área de Género y Diversidad Sexual, Facultad de Trabajo Social de la UNLP. 24 y 25 de Octubre 2014.
7. Valdez-Santiago, R., Hidalgo-Solórzano, E., Mojarro-Iñiguez, M., y Arenas-Monreal L. M. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED*, 18, 1
8. Wagner, M. (2000). El nacimiento en el nuevo milenio. En *Ob Stare (Comp.)*. I Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa (pp. 11-28). Jerez de la Frontera: Ob Stare. Consultado el 15-1-10. [En línea]. Disponible en: <http://www.instinto-maternal.com/es/contenido/?iddoc=417>
9. Simonds, W. (2002). Watching the clock: Keeping time during pregnancy birth, and postpartum experiences. *Social Science y Medicine*, 55(4), 559-570. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00196-4
10. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1987). *Iniciativa para un parto seguro. Programa por una maternidad sin riesgo*. Ginebra: OMS
11. Dietz HP & Exton L. (2016). Response to 'Every CS must count'. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology* 56, 556.
12. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de sanidad y política social. *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. Vitoria; 2010.
13. Bhutta, Z. A., Lassi, Z. S., Blanc, A., y Donnay, F. (2010). Linkages among reproductive health, maternal health, and perinatal outcomes. *Seminars in Perinatology*, 34(6), 434-445. doi: 10.1053/j.semperi.2010.09.002
14. Coxon K, Chisholm A, Malouf R, Rowe R y Hollowell. What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a "best fit" framework approach. *BMC Pregnancy and childbirth*. 2017. 17(1):103.
15. Halfdansdottir B, Olafsdottir O.A, Hildingsson I, Smarason A.K y Sveinsdottir H. Maternal attitudes towards home birth and their effect on birth outcomes in Iceland: A prospective cohort study. *Midwifery*. 2016. 34:95-104.
16. Henshall C, Taylor B y Kenyon S. A systematic review to examine the evidence regarding discussions by midwives, with women, around their options for where to give birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016. 16:53-66.

17. Bolten N, De Jonge A, Zwagerman E, Zwagerman P, Klomp T, Zwart et al. Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: a cohort study in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016. 16:329.
18. Witteveen A.B, De Cock P, Huizink A.C, De Jonge A, Klomp T, Westerneng M et al. Pregnancy related anxiety and general anxious or depressed mood and the choice for birth setting: a secondary data-analysis of the Deliver Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016. 16:363.
19. Grünebaum A, McCullough L. B, Arabin B, Brent R, Levene M.I. y Chervenak F.A. Neonatal Mortality of Planned Home Birth in the United States in Relation to Professional Certification of Birth Attendants. *PLOS ONE*. 2016. 11(5):1-7.
20. Hutton E.K, Cappelletti A, Reitsma A.H, Simioni J, Horne J, McGregor C et al. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *CMAJ*. 2016. 188(5): 80-90.
21. Rowe R, Knight M, Brocklehurst P y Hollowell J. Maternal and perinatal outcomes in women planning vaginal birth after cesarean (VBAC) at home in England: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. *Bjog*. 2016. 123(7): 1123-32.
22. Santos M y Augusto A. Si todo estaba bien, ¿por qué tenía que ir un ginecólogo?: Identidad, el riesgo y el consumo de la tecnología médica en el parto en casa en Portugal. *Sociología, Problemas y Prácticas*. 2016. 82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7458/SPP2016825922> Fecha de consulta 21/1/2017.
23. Zielinski R, Ackerson K y Low L.K. Planned home birth: benefits, risk and opportunities. *International Journal of Women's Health*. 2015. 7:361-377.
24. Van Haaren-ten Haken T.M, Hendrix M, Smits L.J, Nieuwenhuijze M.J, Severens, De Vries R.G et al. The influence of preferred place of birth on the course of pregnancy and labor among healthy nulliparous women: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015. 14(15):33- 42.
25. De Jonge A, Geerts C.C, Van der Goes B. Y, Mol B. V, Buitendijk S.E y Nijhuis J.G. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743.070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG*. 2015. 122(5):720-8.
26. Gottfredsdóttir H, Magnúsdóttir H y Hálfhánsdóttir B. Home birth constructed as a safe choice in Iceland: a content analysis on Icelandic media. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2015. 6: 138-144.
27. Snowden J.M, Tilden E.L, Snyder J, Quigley B, Caughey A.B y Cheng Y.W. Planned out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. *New England Journal of Medicine*. 2015. 373(27): 2642-53.
28. Fróes de Oliveira Sanfelice, C y Keiko A. Parto domiciliar: comprendiendo las razones de esta elección. *The Context Nursing*. 2015. 24(3):875-82.
29. Pimenta D.G, Azevedo M, De Andrade Barbosa, T. L, De Oliveira e Silva, C.S y Mourao L. El parto realizado por matronas: una visión integradora. *Enfermería Global*. 2013. 30:482-493.
30. Olsen O y Clausen J. A. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012. 9: CD000352. doi:10.1002/14651858.CD000352.pub2. Fecha de consulta: 2/1/2017.
31. Pinto I. Parto domiciliario, ¿una elección de futuro? [Tesis doctoral] Jaén: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén; 2016. Revisado 1 de Febrero de 2017. Disponible en: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/2882/1/Inmaculada_Pinto_Ortiz_TFG.pdf
32. INE. Partos año 2014. Partos según residencia de la madre por Comunidad Autónoma, madurez, tamaño de los municipios y capital, normalidad del parto y asistencia sanitaria [Internet]. Ine.es. 2014 [Consultado 31 Agosto 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e301/parto/a2014/10/&file=10003.px>
33. Silveira S.I, Monticelli M y Knobel R. El perfil de las parejas que optan por el parto en el hogar con la asistencia de enfermeras obstétricas. *Esc. Anna Nery*. 2013. 17(2).
34. FAME [Internet]. Posicionamiento de la FAME sobre la atención del parto en casa. Fecha de actualización 10 de Agosto 2015. Fecha de consulta 1 de Febrero 2017. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/noticias/i/19599/70/posicionamiento-de-la-fame-sobre-la-atencion-del-parto-en-casa>
35. Van Haaren-ten Haken, T., Hendrix, M., Nieuwenhuijze, M., Budé, L., de Vries, R., y Nijhuis, J. Preferred place of birth: Characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands. (2012). *Midwifery*, 28(5), 609-618. doi:10.1016/j.midw.2012.07.010).
36. Jeffery, R. (2010). Only when the boat has started sinking: A maternal death in rural north India. *Social Science y Medicine*, 71(10), 1711-1718. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.05.002.
37. Declercq, E. y Stotland, N.E. (2014). UpToDate Planned home birth. [En línea]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/planned-home-birth>
38. Cheng, Y.W., Snowden, J.M., y King, T.L., y otros (2013). Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States. *American Journal Obstetric Gynecology*, 209 (325) e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2013.06.022