

# CASAS DE PARTOS Y PARTOS EN CASA

**Evidencias actuales.** *Autora: Soledad Carreguí Vilar*

El parto es un proceso fisiológico, una experiencia única e irrepetible en la vida de cada mujer, pareja y familia. Su manejo se ha ido modificando desde la asistencia domiciliaria hacia una asistencia hospitalaria, excesivamente tecnificada y con una pérdida importante de la calidez y de la humanización. En el manejo de este proceso nos encontramos con dos modelos de atención opuestos, pero en la práctica se manifiestan con una atención en puntos intermedios entre esta línea continua entre los opuestos. Estos dos modelos son el modelo médico y el Obstétrico (Rooks 1999) y se definen independientemente de si el cuidado lo ofrezca un médico o una matrona<sup>(1)</sup>.

Modelo medicalizado.- Aboga por un parto en un ambiente que tenga capacidad de intervenir sin demora en caso de complicaciones (Prolapso de cordón, DPPNI, disocia de hombros,RPBF), en este modelo, el parto normal solo se puede definir en retrospectiva, cuanto más tecnología se utilicen sienten que la asistencia es mejor, ya que se puede detectar mejor el posible factor de riesgo, los partos normales se atienden como complicados. Los asistentes tienen muy presente que “salvan al niño” si hay que sacarlo rápidamente, y suelen estar muy satisfechos con la actuación aunque no haya evidencia ni justificación de su actuación. Le quitan importancia al hecho de que por no cribar o seleccionar bien los casos, pueden producir serios problemas tanto a la madre como al niño, y de hecho se presta poca atención al análisis y evaluación de la posible iatrogenia generada en estos procesos.

Modelo obstétrico - Recalca que los buenos resultados obstétricos, no son el único objetivo del parto. El parto es una experiencia de vida, emocional, social, cultural y espiritualmente significativa . Apuestan por definir un embarazo como experiencia normal en la vida de la mujer y potencialmente saludable, y por ello no se debe “tratar” hasta que se evidencie alguna alteración. Los asistentes son expertos en esta fisiología y establecen la asistencia en colaboración activa con las mujeres. Existe una complejidad en

esta fisiología (hormonal, biomecánica, lactancia, apego..), y tratan de respetar, apoyar, proteger y evitar interferir. Apuestan por un ambiente seguro donde se respete esta delicada fisiología y consideran el ambiente hospitalario como el menos adecuado ya que existe un elevado número de profesionales que impiden una continuidad y que el entorno hospitalario, ofrece fácilmente excesivas intervenciones innecesarias.

La medicalización del parto es una característica general en la sociedad occidental. Esta práctica se inició con la migración del parto domiciliario al parto hospitalario sobre mediados del siglo XX y se instauró rápidamente y de forma universal.

Existe una gran evidencia por parte de las sociedades científicas, así como apoyos institucionales, a favor de una asistencia de calidad, personalizada y humana, sin menospreciar el soporte tecnológico adecuado a cada proceso para sostener o incluso disminuir la tasa de morbi-mortalidad alcanzada. Otro aspecto, es la implementación de estas recomendaciones en la práctica asistencial en los hospitales. Somos conscientes que queda mucho trabajo por realizar y que en esta línea trazada entre los dos modelos asistenciales descritos, actualmente el modelo que prevalece es el modelo médico.

La relación entre la hospitalización, el parto y la intervención sigue siendo un problema importante: “ la preocupación por los efectos iatrogénicos de intervenciones obstétricas en mujeres que no tienen necesidad clínica de las mismas”, esto ha puesto al parto normal en la agenda para el siglo XXI (EURO-PERSISTAT 2008). La OMS denuncia la alta tasa de cesáreas y la excesiva medicalización en la asistencia al parto normal y marca pautas a seguir en los procesos de bajo riesgo<sup>(2)</sup>.

Esta preocupación lleva a la búsqueda de otros modelos de asistencia tanto para los profesionales como por las mujeres que deseen una opción de parto que evite las intervenciones innecesarias y donde ellas tengan un papel más activo, sin restar seguridad en el bienestar tanto materno como fetal. Estos modelos: las casas de nacimiento y el parto planificado domiciliario, pueden

presentarse como una alternativa mas segura que el ambiente hospitalario para el parto normal.

### **Casas de Nacimiento**

Las movilizaciones consecuentes de la excesiva medicalización por parte de las mujeres siguen diferentes cronologías en los distintos países europeos, siendo los primeros en iniciarlas los británicos, iniciando programas educacionales a madres y a sus familias. También en Estados Unidos donde en la década de los 60 algunas mujeres de clase media “radicalizadas” enfrentadas al sistema demandan la realización de parto en casa, siendo conscientes del posible riesgo en los años 70 surge un nuevo modelo desde “Maternity Center Association”, una agencia voluntaria de salud en la Ciudad de Nueva York, que establece un proyecto piloto de una casa de nacimientos dentro de la ciudad. Actualmente esta asociación, se ha reorganizado como “Childbirth Connections” quien localiza su intervención para informar a las mujeres y también a los profesionales sobre el cuidado del embarazo y del parto basado en la evidencia<sup>(3)</sup>.

Los centros de nacimientos, son unas instalaciones con aspecto domiciliario, con un programa de atención diseñado en el modelo de bienestar para la mujer y si familia en la asistencia al embarazo, al parto, al puerperio y la crianza. Son centros independientes manejados por matronas, pero que trabajan en colaboración con los centros hospitalarios, donde transfieren a la mujer en el caso de que exista algún criterio que lo justifique.

El modelo de asistencia por parte de las matronas es obstétrico, con una evaluación continua del riesgo, respetando y cuidando el entorno de la madre y su familia para optimizar el proceso, evitando intervenciones innecesarias y atenciones rutinarias.<sup>(3)</sup>

Estos centros de Nacimientos se pueden definir<sup>(4)</sup>:

1. Alongside midwifery unit.- Unidad adosada al hospital, es decir un edificio conectado con el hospital, en el caso de transferencia la mujer precisará una silla o camilla. Actualmente se incluye en esta definición,

unidades hospitalarias, siempre que se demuestre la autonomía por parte de las matronas y su gestión independiente.

2. “Free-standing midwifery unit”.- Un edificio independiente separado del hospital que precisa de un vehículo para realizar la transferencia.

La evidencia actual sostiene que las mujeres de bajo riesgo que son asistidas en unidades obstétricas no hospitalarias, finalizan su gestación con mayor tasa de partos normales, menos partos instrumentados, menos cesáreas y mayor satisfacción<sup>(3,4,5,6)</sup>.

Para las mujeres que se consideran de bajo riesgo obstétrico en el momento del parto, el parto asistido en el centro de nacimientos, puede ofrecer un ahorro de costes al sistema e incluso mejores resultados que el nacimiento en el hospital al evitar posible iatrogenia<sup>(3,4,5,6)</sup>.

Tras la revisión de diferentes estudios realizados en casas de nacimientos y unidades obstétricas, la Guía Nice cuando se refiere al lugar de nacimientos describe que se debe informar a las mujeres, tanto nulíparas como multiparas de bajo riesgo, que la previsión de dar en una unidad obstetricia independiente es particularmente adecuada para ellas, porque la tasa de parto vaginal espontáneo es mayor, la tasa de intervenciones es menor (menor tasa de parto instrumentado, cesáreas y episiotomias) y el resultado para el bebé no es diferente en comparación con la unidad hospitalaria (encefalopatía isquémica, parálisis braquial, aspiración de meconio, rotura de humero..)<sup>(5)</sup>.

En Estados Unidos existen licencias para estos centros que han de pasar controles de calidad descritos en la “Guidelines for the Regulation of Birth Centers”, esto también conlleva el control de la formación de las matronas y la definición de criterios de riesgo que justifiquen la transferencia. “The Commission for the Accreditation of Birth Centers” cuando certifica un centro ofrece una seguridad a la población que lo utiliza.

En Mayo del 2007, the American College of Obstetricians and Gynecologists reconoce la seguridad de los nacimientos en los “freestanding birth center” y actualmente consideran al igual que la Asociación Americana de Pediatría, que los hospitales y los centros de nacimiento acreditados son el

modelo mas seguro para el nacimiento (ACOG). Este se acoge a un estudio prospectivo de cohortes realizado en tres partes (The National Birth Center Study. Part I (18.000 mujeres que son atendidas en 84 centros de nacimientos en US desde 1985 hasta 1987), Part II (15.574 mujeres desde 2007 hasta 2010), Part III (11.814 mujeres).

Este modelo de atención está integrado en el Sistema de Salud en Gran Bretaña, Alemania, Noruega, Suiza, Italia, Brasil, Australia y Estados Unidos donde se han realizado estudios que lo avalan como un modelo seguro en cuanto a resultados maternos y neonatales<sup>(3)</sup>.

La última revisión que incluye 32 estudios y recoge el resultado sobre 84.000 nacimientos afirma que el modelo de atención en la casa de nacimientos va a favorecer menores intervenciones (CST, partos instrumentados, episiotomía.), mayor satisfacción, mayores tasas de lactancia materna. Las tasas de transferencia durante el parto varían desde 11,6% a 37,4% y del 11,6% al 16,5% en los estudios publicados desde 2011 hasta 2013<sup>(7)</sup>. Se debería dar apoyo a este modelo de atención como medida para mejorar los resultados maternos.

### **El parto en casa**

La prevalencia del parto en casa varia según países , por ejemplo en Suecia es un 0,1% en comparación con 20% en Holanda, en los Estados Unidos 35.000 nacimientos (0,9%) por año, ocurren en el domicilio, aunque aproximadamente 1/4 de ellos no son planificados o son desatendidos (estos tienen tasas de mortalidad perinatal y neonatal mas elevadas).

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos en Estrasburgo dictaminó que el derecho al respeto por la vida, incluye el derecho a elegir las circunstancias del nacimiento, por otra parte a falta de Estudios Controlados Aleatorizados, y atendiendo a los estudios observaciones realizados hasta el momento, se debería considerar una opción respetable el nacimiento en casa planificado en mujeres de bajo riesgo acompañadas por profesionales matronas durante el proceso y con criterios de seguridad para la transferencia en el caso que la precise<sup>(1)</sup>.

La opción de parto en casa ha estado muy controvertida por el posible riesgo de pérdida de seguridad en cuanto a muerte neonatal, materna y efectos adversos graves en el neonato. No existen suficientes estudios clínicos de parto en casa planificado. En países desarrollados donde el parto en casa es común, se han intentado llevar a cabo dichos estudios pero no han tenido buena aceptación porque las mujeres embarazadas desean decidir y no están dispuestas a la aleatorización<sup>(1)</sup>. Así pues la gran mayoría de la información se obtiene de estudios observacionales, que presentan una serie de limitaciones como: tamaños muestras pequeños sobre todo para analizar la variable mortalidad materna y neonata dada su baja casuística, falta de un grupo control apropiada, dificultad en la obtención de información de los registros por falta de uniformidad, limitada capacidad para distinguir con precisión entre partos domiciliarios planificados y no planificados, variación en la formación, habilidad y certificación de las matronas, incapacidad de explicar resultados adversos antes, durante o después de la transferencias. Algunos de estos estudios observaciones recientes, superan muchos de estas limitaciones y describen los partos previstos dentro de un Sistema de Salud bien integrado con uniformidad de registros y por manejo de matronas certificada, con acceso inmediato y transporte seguro al hospital mas cercano en el caso que exista algún dificultad<sup>(8)</sup>. Sin embargo estos datos no son generalizables a cada país, ya que no en todos los lugares existe este Sistema integrado y tampoco se pueden generalizar las Guías de Práctica Clínica ya que están basados en estos estudios realizados en estas condiciones<sup>(8)</sup>.

A pesar de estas limitaciones, en general los informes recientes de los estudios de cohortes prospectos con una muestra elevada aclaran una serie de cuestiones importantes<sup>(5,10)</sup>, que reconocen tanto la ACOG como la Asociación Americana de pediatría<sup>(8,9)</sup>:

- Los partos en casa planificados se asocian con menos intervenciones maternas, incluyendo la inducción del trabajo de parto o la utilización de oxitocina, analgesia epidural, MCTG continua, episiotomía, parto instrumentado y parto por cesárea. También se asocian con menos tasa de desgarros perineales de III y IV grado así como menos morbilidad infecciosa materna tanto para nulíparas como multiparas.

- Se precisa tener unos criterios estrictos de selección ( gestación de bajo riesgo, único, a termino, inicio espontáneo o inducción ambulatoria, ausencia de cesárea anterior, cefálica...)

- Se precisan medios para realizar una transferencia segura durante el parto; se transfieren aprox. un 37% a multiparas y 4-9% multitareas, la mayoría de transferencias es por no progresión de parto, auscultación fetal no tranquilizadora, necesidad de analgesia epidural...

- En los estudios de cohortes donde la tasa de mortalidad perinatal y neonatal son relativamente bajas y sin diferencia en parto en casa planificado y en hospital (Ontario, Columbia Británica y los Países Bajo), eran de sistemas de salud altamente integrados con criterios establecidos ,con matronas certificadas, con fácil acceso a la consulta y acceso a transporte seguro y oportuno a hospitales cercanos. Es por ello que aunque la ACOG y la Asociación Americana de Pediatría consideran que los hospitales y los centros de nacimiento son el lugar mas seguro para el nacimiento, cada mujer tiene derecho a tomar una decisión libre e informada.

Así pues el NHS en las recomendaciones definidas en su Guía de practica clínica, basadas en el estudios prospectos, "Birthplace in England" (64.538 mujeres) aconseja que se le explique tanto a las multiparas como nuliparas que pueden elegir el lugar de nacimiento, que cualquiera de las opciones son seguras aunque las nuliparas han de saber si deciden un parto en casa que aunque la tasa de intervenciones menor hay que informar a la mujer que hay un pequeño aumento en el riesgo de un resultado adverso para el bebe (4 mas por 1.000 nacimientos)<sup>(4,5)</sup>.

Con toda esta información se concluye que seria aceptable ofrecer estas opciones de parto para que las mujeres con gestaciones de bajo riesgo, tuvieran opción de elegir el lugar del nacimiento tanto unidad hospitalaria, casas de nacimiento o parto planificado. Se debe trabajar para regular estas opciones y mejorar criterios de seguridad (cribado, transferencia, cuidados profesionales, sistemas integrados), con el fin de optimizar el proceso en el

caso que la mujer opte por otras opciones que pueden ser una alternativa adecuada para evitar la excesiva medicalización actual hospitalaria.

## BIBLIOGRAFIA

1. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No.: CD000352. DOI: 10.1002/14651858.CD000352.pub2

2. WHO 1996. World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Sfe Motherhood Unit. Care in Normal Birth: a Practical Guide (WHO/FRH/MSM/96.324). Geneva:

3. Susan Stapleton, DNP, CNM, FACNM, Judith P Rooks, CNM MPH, MSc. Birth Centers. Uptodate. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com) Jan 2017

4. Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. NICE Guidelines CG 190- published date, December 2014

5. Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst P. Hardi P. et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective color study. BMJ 2011; 343:d7400.

6. Rooks JP, Weatherby NL, Emst EK. The National Birth Center Study. : Part I Methodology and prenatal care and referrals. J Nurse Midwifery 1992-, 37: 301. Part II -Intrapartum and immediate postpartum and neonatal care. J Nurse Midwifery 1;37:301 . Part III- Intrapartum and immediate postpartum and neonatal complications and transfers, postpartum and neonatal care, outcomes, and client satisfaction. J. Nurse Midwifery 1992; 37:361

7. Alliman J, Philippi J. Maternal outcomes in birth center: An integrative review (in press). J Midwifery Womens Health 2016;61

8. Planned Home Birth. Committee Opinion. The American College of Obstetricians and Gynecologists, Number 669, August 2016.

9. Planned Home Birth. Policy Statement. Planned Home Birth. Pediatrics 2013;131:1016-1020.

10. Eugene Declercq, Phd, Naomi E Stotland, MD. Planned home birth.  
[UptoDate.wwwuptodate.com](http://www.uptodate.com).Aug.19,2016