

Revisión bibliográfica

(In)seguridad del parto en el domicilio: una revisión bibliográfica

(Un)safety of home birth: a literature review

P. Rodríguez-Garrido¹, J. Goberna-Tricas²

¹Matrona. Doctoranda Programa Enfermería y Salud. Universidad de Barcelona (UB). Departamento de Enfermería, Salud Pública, Salud Mental y Materno Infantil (ESPSMMI). Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Campus Bellvitge. ADHUC, Centro de Investigación en Teoría, Género y Sexualidad. UB. ²Matrona, Socióloga y Doctora en Filosofía. Profesora titular de Universidad. ESPSMMI. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Campus Bellvitge. ADHUC; UB

RESUMEN

Objetivo: Analizar el concepto de seguridad sobre el parto en el domicilio en la literatura científica.

Metodología: Revisión bibliográfica en 5 bases de datos, PubMed, Scopus, WoS, CINAHL y Cochrane Library, con 3 combinaciones booleanas: «patient safety AND home childbirth»; «safety AND home childbirth»; «risk AND home childbirth».

Resultados: De un total de 4.647 artículos, 30 cumplían con los criterios de inclusión. Categorías principales: 1) riesgo de muerte; 2) escenario del parto; 3) modelo consensuado.

Conclusiones: La literatura científica que aborda el concepto de seguridad del parto en el domicilio está atravesada por nociones de riesgo y mortalidad. Ambas son determinantes al momento de tomar la decisión y decretar un lugar idóneo para el nacimiento. No obstante, la evidencia científica determina estándares de seguridad para llevar a cabo el parto en el domicilio: bajo riesgo obstétrico, acompañamiento de una matrona experta y un sistema de transferencia sanitaria bien integrado.

©2020 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Seguridad del paciente, seguridad, parto en el domicilio, revisión bibliográfica, riesgo, matronería.

ABSTRACT

Objective: To analyze the concept of home birth safety in the scientific literature.

Methodology: Bibliographic review in five databases: PubMed, Scopus, WoS, CINAHL and Cochrane Library, with three Boolean combinations: «patient safety AND home childbirth»; «safety AND home childbirth»; «risk AND home childbirth».

Results: From a total of 4.647 articles, 30 were selected that met the inclusion criteria, emerging three main categories: 1) risk of death; 2) childbirth scenario; 3) model agreed upon.

Conclusions: The scientific literature that addresses the concept of home birth safety is mainly traversed by risk and mortality. Both are decisive when making the decision and decree an ideal place for the birth to take place. However, the scientific evidence determines the conditions to carry out the delivery at home under safety standards, these are: under obstetric risk, the accompaniment of an expert midwife and a health transfer system well integrated to the home.

©2020 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Patient safety, safety, home childbirth, bibliographic review, risk, midwifery.

INTRODUCCIÓN

La seguridad desde el ámbito sanitario implica «el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia. Es un componente esencial de la calidad asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica»¹. En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la seguridad

del paciente como principio fundamental en la atención sanitaria, resaltando que los eventos adversos pueden estar vinculados tanto en la práctica clínica como en los procedimientos y aplicación de protocolos².

En el caso particular de la atención al parto, en 2014 se elaboró la lista de la OMS de verificación de la seguridad en el parto, definiéndolo como «un fenómeno comple-

Fecha de recepción: 24/07/2019. Fecha de aceptación: 13/02/2020.

Correspondencia: P. Rodríguez-Garrido. Departamento de Enfermería, Salud Pública, Salud Mental y Materno Infantil. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Campus Bellvitge. Feixa Larga, s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Correo electrónico: piarodriguezgarrido87@gmail.com

Rodríguez-Garrido P, Goberna-Tricas J. (In)seguridad del parto en el domicilio: una revisión bibliográfica. *Matronas Prof.* 2020; 21(2): e37-e46

jo», y remarcando que «es preciso insistir en que debe hacerse todo lo necesario para que tanto la madre como el recién nacido reciban la atención más segura posible»³.

De acuerdo con lo anterior, el parto se entiende como un evento biológico que debe llevarse a cabo en un ambiente seguro, debido al riesgo asociado que conlleva, lo que genera tranquilidad y confianza en el equipo facultativo que lo atiende⁴. Esa tranquilidad se transmite a través del dispositivo médico-sanitario que se despliega ante cualquier situación de emergencia. La presencia de insumos clínicos, medicamentos y personal capacitado son la clave para un parto exitoso y seguro⁵.

Como vemos, se resalta constantemente la «seguridad» durante el proceso de parto y nacimiento, ya que genera una sensación de integridad sanitaria dentro de los parámetros establecidos⁶.

En ese sentido, el National Health Service (NHS) del Reino Unido, a través de la revisión National Maternity Review en el informe «Better Births. Improving outcomes of maternity services in England», sugiere llevar a cabo una atención segura y con profesionales comprometidos para garantizar una transferencia rápida y un acceso adecuado a la atención⁷.

Por ello, algunos autores mencionan que el lugar idóneo para que se desarrolle el parto son las instituciones sanitarias, ya que proveen profesionales capacitados e instalaciones seguras para dar a luz⁸.

Complementando lo anterior, se afirma que estos espacios deben contemplar ciertas características para que el parto se desarrolle en un lugar más íntimo dentro del hospital, ya que genera mayor satisfacción en la mujer⁹. En ese sentido, cada vez es mayor el número de mujeres y parejas que demandan una atención que respete mejor la fisiología del parto y ofrezca un escenario de asistencia menos tecnificada y más humanizada¹⁰.

En consecuencia, y fruto de las demandas de los diversos movimientos sociales de mujeres que buscan visibilizar la excesiva medicalización del proceso de parto y nacimiento, han surgido conceptos como «parto humanizado», «humanización del parto», «parto respetado» y «parto natural» para referirse a un parto en el que la mujer es protagonista del proceso, lo cual le proporciona autonomía* y, sobre todo, seguridad durante el trabajo de parto y nacimiento dentro de las instituciones de salud^{11,12}.

De este modo, la aplicabilidad del modelo integral de atención al parto en las instituciones sanitarias –entendido como un modelo biopsicosocial basado en la seguridad del pacien-

te, calidad del proceso, cultura organizacional y coste-beneficio para la institución– demuestra mayor efectividad en la atención en términos de calidad y de bienestar materno, en comparación con la atención biomédica tradicional^{6,13}.

No obstante, algunas mujeres prefieren dar a luz en sus hogares, para evitar las excesivas intervenciones médicas a las que están expuestas en los centros sanitarios¹⁴. Asimismo, describen que no sólo basta con implementar un modelo integral de parto, sino también transformar la cultura médica hegemónica que predomina en la actualidad¹⁵. Para estas mujeres, la seguridad es transmitida por otros factores que se alejan de las comprensiones médicas dominantes: luz tenue, espacio conocido, apoyo constante, nula intervención y la compañía de una matrona experta son algunas de las características que les confieren seguridad y tranquilidad a la hora del parto¹⁶.

El lugar idóneo para el parto es un tema objeto de debate público y controversia. Una de las principales dimensiones de análisis en esta problemática recae en la presencia o ausencia de «seguridad» en el momento del parto, en tanto característica fundamental, desde el punto de vista sanitario, para facilitar el nacimiento. Por ello, el objetivo principal de esta investigación fue analizar el concepto de seguridad del parto en el domicilio presente en la literatura científica.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL y Cochrane Library. La búsqueda de los artículos científicos se realizó en inglés y en español.

Las palabras clave utilizadas fueron seleccionadas a través del DeCS (descriptores en ciencias de la salud), y fueron las siguientes: «patient safety», «safety», «risk» y «home childbirth».

La búsqueda se llevó a cabo con el operador booleano «AND». Las combinaciones booleanas utilizadas fueron: «patient safety AND home childbirth»; «safety AND home childbirth»; «risk AND home childbirth».

Con la búsqueda inicial se obtuvo un total de 4.647 artículos. Para precisar y cumplir con el objetivo de investigación, se aplicaron varios criterios de inclusión que ayudaron a reducir la muestra obtenida:

- Artículos científicos publicados desde 2014 a 2019.
- Artículos de acceso abierto.
- Diseños metodológicos cualitativos, cuantitativos y mixtos.
- La dimensión central del estudio era la seguridad y/o el riesgo del parto en el domicilio.

Tras la aplicación de los criterios antes mencionados, se obtuvo un total de 1.092 artículos. La tercera etapa del

*La autonomía implica la facultad de una persona para obrar según su criterio, con independencia de la opinión o deseo de otros. Sin embargo, su aplicabilidad ha sido objeto de discusión, debido a la mercantilización que ha generado su uso. Para mayor detalle, se puede consultar: Everingham C. Maternidad: autonomía y dependencia. Un estudio desde la psicología. Narcea, 1997.

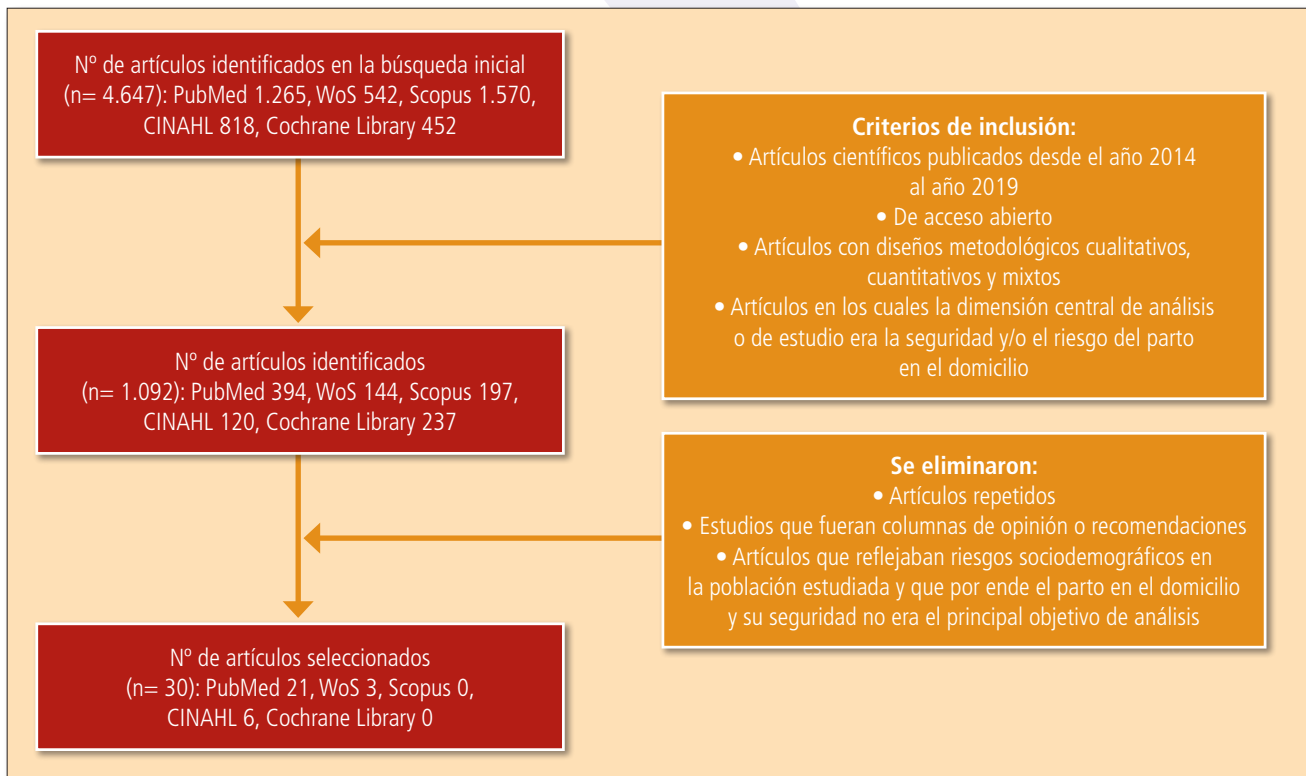


Figura 1. Flujograma selección de artículos. (Figura de elaboración propia)

Tabla 1. Metodologías de los artículos

Metodología/método	PubMed	CINAHL	WoS	Scopus	Cochrane Library
Estudio de cohortes retrospectivo	8	1			
Estudio de cohortes prospectivo	3				
Estudio observacional	1				
Estudio transversal	2				
Sistematización con metaanálisis	2				
Análisis del contenido	3	3	1		
Análisis del discurso	1	1			
Revisión crítica de la literatura	1				
Revisión bibliográfica		1			
Etnografía			1		
Teoría fundamentada			1		

(Tabla de elaboración propia)

estudio implicó la eliminación de los artículos que se repetirían en las 5 bases de datos, los estudios que fueran columnas de opinión o recomendaciones sobre el parto en el domicilio y, finalmente, los artículos que reflejaban riesgos sociodemográficos en la población estudiada y, por tanto, cuyo principal objetivo de análisis no fuera el parto en el domicilio y su seguridad (figura 1).

Finalmente, y tras la tercera etapa de selección, se obtuvo un total de 30 artículos científicos (tabla 1), de los cuales emergieron tres categorías analíticas que se desa-

rollaron en el apartado de resultados: riesgo de muerte, escenario del parto y modelo consensuado.

RESULTADOS

Riesgo de muerte (tabla 2)

Esta variable es frecuente en la descripción de los artículos que comparan y analizan el parto en el domicilio frente al parto hospitalario. Las altas tasas de mortalidad neonatal que supone el parto en el domicilio son discutidas cons-

Tabla 2. Riesgo de muerte

Autores	Año	Título del artículo	Objetivo	Metodología	Conclusión
Ortega et al.	2017	Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa	Comparar la práctica clínica, la legislación y los requisitos en los países con mayores tasas de parto en el domicilio en casa	Búsqueda bibliográfica	La seguridad del parto en el hogar sigue siendo motivo de discrepancia entre los profesionales sanitarios y de importantes diferencias en las políticas internacionales
Snowden et al.	2015	Planned out-of-hospital birth and birth outcomes	Evaluar la tasa de resultados de acuerdo con el lugar del parto planificado	Estudio de cohortes retrospectivo	La mortalidad perinatal fue mayor en el parto planificado fuera del hospital; sin embargo, el riesgo absoluto de muerte fue bajo en ambos casos
Ovaskainen et al.	2019	Planned home deliveries in Finland, 1996-2013	Evaluar tendencias y resultados perinatales de partos planificados en casa en Finlandia	Estudio de cohortes retrospectivo	La tasa de partos en el domicilio planificados aumentó. En el caso de partos de bajo riesgo, la morbilidad neonatal pareció aumentar
Li et al.	2015	Perinatal and maternal outcomes in planned home and obstetric unit births in women at «higher risk» of complications: secondary analysis of the Birthplace National Prospective Cohort Study	Explorar y comparar resultados maternos y perinatales en mujeres de alto riesgo de complicaciones que planean el parto en casa frente a una unidad obstétrica	Estudio de cohortes prospectivo	Los bebés de mujeres con mayor riesgo que planean nacer en una unidad obstétrica parecen tener más probabilidades de ingresar en una unidad de neonatología que aquellos que nacen en casa. Las tasas de morbimortalidad intraparto no fueron diferentes
Davis-Tuck et al.	2018	Planned private homebirth in Victoria 2000-2015: a retrospective cohort study of Victorian perinatal data	Comparar las tasas de resultados de mujeres de alto y bajo riesgo que tuvieron el parto en casa y en el hospital	Estudio de cohortes retrospectivo	El parto en casa planificado se asoció con tasas significativamente más bajas de intervenciones obstétricas
Halfdansson et al.	2018	Contraindications in planned home birth in Iceland: a retrospective cohort study	Examinar si las contradicciones afectan el resultado del parto en casa planificado o si tienen un efecto distinto en el hogar que en el hospital	Estudio de cohortes retrospectivo	Las contradicciones están relacionadas con tasas más altas de resultados adversos maternos y neonatales, independientemente del lugar de nacimiento
Van der Kooy et al.	2017	Planned home compared with planned hospital births: mode of delivery and perinatal mortality rates, an observational study	Comparar el modo de parto entre el parto planificado en casa frente al planificado en el hospital, y determinar si las diferencias en las tasas de intervención podrían deberse a sobre/intratamiento	Estudio observacional	La posible presencia de sobre/intratamiento expresado por la mortalidad perinatal ajustada difiere según el grupo de riesgo. En los partos en casa las mujeres multiparas mostraron tasas de intervención más bajas
Rossi y Prefumo	2018	Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: a systematic review with meta-analysis	Cuantificar los resultados del embarazo tras un parto planificado en casa frente al planificado en el hospital	Revisión sistemática y metaanálisis	Los nacimientos en el hospital tienen más probabilidades de recibir intervenciones médicas en caso de complicaciones obstétricas

(Continúa)

Tabla 2. Riesgo de muerte (Continuación)

Autores	Año	Título del artículo	Objetivo	Metodología	Conclusión
Jensen et al.	2017	Quality assessment of home births in Denmark	Describir los resultados neonatales de los partos en casa frente a los realizados en el hospital, y discutir qué datos son necesarios para evaluar la seguridad del parto en casa	Estudio de cohortes basado en registros	Los nacimientos en el hogar en Dinamarca se caracterizan por un alto nivel de seguridad, evaluado en las bajas tasas de morbilidad perinatal
Grünebaum et al.	2017	Underlying causes of neonatal deaths in term singleton pregnancies: home births versus hospital births in the United States	Evaluar las causas subyacentes de la mortalidad neonatal en los partos en casa atendidos por matronas, y compararlas con los partos en el hospital atendidos por matronas o médicos en Estados Unidos	Estudio de cohortes retrospectivo	Los riesgos de muerte neonatal entre los partos en casa atendidos por matronas aumentan significativamente por causas subyacentes: problemas de parto, infecciones y malformaciones fetales
Lee et al.	2016	Risk perception and choice of place of birth in women with high risk pregnancies: a qualitative study	Examinar la percepción del riesgo en mujeres de alto riesgo que planeaban un parto en el hogar o en el hospital, a pesar de la contrariedad por parte del médico	Estudio cualitativo	Las mujeres que planearon partos en el hogar evaluaron sus riesgos como menores, y expresaron menos preocupaciones que las mujeres que planificaron un parto hospitalario
Fage-Butler	2017	Risk resistance: constructing home birth as morally responsible on an online discussion group	Explorar cómo las mujeres que participan en un grupo de discusión <i>online</i> resisten a los discursos hegemónicos sobre el parto en casa	Análisis del discurso basado en un análisis foucaultiano	El enfoque en las personas que «asumen riesgos» es fundamental para comprender su decisión por parte de los profesionales de la salud, que deben buscar mejorar la información sobre los lugares de nacimiento con las gestantes

tantemente y varían de acuerdo con la realidad sociodemográfica de cada país¹⁷. En ese sentido, algunas investigaciones indican que existe un aumento en la tasa de mortalidad perinatal en los partos planificados en el domicilio, aunque el riesgo absoluto se mantiene igual en ambos tipos de partos^{18,19}. Del mismo modo, algunos estudios atribuyen el aumento en la tasa de mortalidad materna y perinatal a los altos factores de riesgo asociados a la mujer que da a luz en el domicilio en comparación con las mujeres de bajo riesgo que paren en casa²⁰⁻²². Para estos efectos, la importancia del bajo riesgo obstétrico recae en ser mujer gestante múltipara y contar con una matrona cualificada que acompañe el parto en casa, ya que, según la evidencia, disminuye la tasa de mortalidad y morbilidad^{23,24}.

Por el contrario, Jensen et al.²⁵ aseguran que no existe una diferencia significativa en el bajo test de Apgar al nacer y el ingreso a una unidad de neonatología ocasionada por la morbilidad de los nacimientos ocurridos en el domicilio y en el hospital. No obstante, Grünebaum et al.²⁶ afir-

man que las causas de muerte neonatal en un parto atendido en el domicilio y acompañado por una matrona son elevadas, ya que siempre existe el riesgo de morbilidades, incluso mayores que en un parto atendido en el hospital.

En ese sentido, y al mencionar los riesgos, Lee et al.²⁷ aseguran que la percepción de «riesgo» no es la misma en todas las mujeres que dan a luz, es decir, las mujeres que paren en casa con gestaciones de alto riesgo lo hacen principalmente por la seguridad que sienten en el interior de sus hogares, por lo que la comprensión de «riesgo» no debe analizarse homogéneamente en todas las mujeres. A esta reflexión Fage-Butler²⁸ añade la importancia de dismantlar el discurso biomédico sobre los riesgos en torno al parto, ya que atemorizan a la comunidad generando una sensación constante de inseguridad ante este tipo de eventos fisiológicos.

Escenario del parto (tabla 3)

El lugar en el que se desarrolla el nacimiento es de vital importancia, por todas las representaciones sociales que con-

Tabla 3. Escenario del parto

Autores	Año	Título del artículo	Objetivo	Metodología	Conclusión
Stoll et al.	2016	Home or hospital? Midwife or physician? Preferences for maternity care provider and place of birth among Western Australian students	Examinar las preferencias por el lugar del parto, el tipo de maternidad, el modelo del parto y las actitudes en el parto	Estudio transversal descriptivo mediante encuesta	Los estudiantes que prefirieron matronas tenían intenciones de parto vaginal. Los estudiantes que prefirieron médicos expresaban su preocupación por la seguridad en el parto
Meroz y Gesser-Edelsburg	2015	Institutional and cultural perspectives on home birth in Israel	Exposiciones de percepciones y percepciones erróneas de médicos y matronas sobre el parto en casa y sus riesgos	Estudio cualitativo	Los médicos y matronas del hospital no tienen la costumbre de vincularse con partos en casa, lo que conlleva no comprender los riesgos y sus normativas
Licqurish y Evans	2016	«Risk or right»: a discourse analysis of midwifery and obstetric colleges homebirth position statements	Investigar las tensiones entre las matronas de partos en casa y de partos hospitalarios	Análisis foucaultiano del discurso	Existe una oposición desde la RANZCOG basada en el riesgo para el neonato. Los documentos de la ACM defienden el derecho de las mujeres a elegir el parto en el hogar con gestaciones de bajo riesgo
Gottfredsdottir et al.	2015	Home birth constructed as a safe choice in Iceland: a content analysis on Icelandic media	Explorar la forma en la cual los constructos del parto planificado en casa son representados en los medios islandeses	Análisis del contenido	El parto en casa planificado no se discute mucho. Sin embargo, las mujeres que lo eligieron referían que era seguro, identificando puntos de vista similares a los de las matronas
Brailey et al.	2015	Swimming against the tide: women's experience of choosing a homebirth in Switzerland	Explorar los factores que influyen en las mujeres suizas a parir en casa	Estudio cualitativo	La seguridad es una característica fundamental para decidir el lugar del parto
Lee et al.	2016	Decision-making regarding place of birth in high risk pregnancy: a qualitative study	Investigar la decisión de las mujeres de alto riesgo para el lugar del parto	Estudio cualitativo	Aunque la seguridad era un factor importante para ambos grupos, la decisión del lugar fue diferente debido a las creencias sobre el nacimiento
Scarf et al.	2018	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	Comparar resultados maternos y perinatales en diferentes lugares del parto	Revisión sistemática y metaanálisis	La evidencia indica que en embarazos de bajo riesgo el lugar de nacimiento no tuvo un impacto estadísticamente significativo en la mortalidad infantil
Driéguez et al.	2018	Experiencias de partos en casa y en el hospital de mujeres en los años 60 y 70 en España	Describir la experiencia de las mujeres que vivieron sus partos en el entorno hospitalario y en casa, en España entre los años 60 y 70	Estudio cualitativo	Queda reflejado que los partos en casa, siempre que sean de bajo riesgo y atendidos por personal cualificado, son seguros y que hay que dejar a la mujer que, con toda la información, decida siempre dónde quiere dar a luz
Clancy y Gürgens	2019	Home as a place for giving birth: a circumpolar study of the experiences of mothers and midwives	Explorar qué dicen las mujeres y matronas sobre el parto en casa y la interacción entre madre, pareja y matrona	Estudio cualitativo	Parir en casa involucra celebración y una seguridad ontológica. También abarca una amplia comprensión del riesgo, de las estructuras de poder, la responsabilidad y la codeterminación

(Continúa)

Tabla 3. Escenario del parto (Continuación)

Autores	Año	Título del artículo	Objetivo	Metodología	Conclusión
Hermus et al.	2017	Differences in optimality index between planned place of birth in a birth centre and alternative planned places of birth, a nationwide prospective cohort study in The Netherlands: results of the Dutch Birth Centre Study	Comparar el índice de optimización del parto planificado en un centro de partos, en un hospital y en casa	Estudio de cohortes prospectivo	Las mujeres con partos en casa tuvieron un índice más alto que las mujeres con partos en centros de partos planificado
Louse	2017	«Where do you want to have your baby?». Women's narratives of how they chose their birthplace	Explorar cómo las madres primerizas de bajo riesgo eligieron el lugar del parto	Estudio cualitativo	La mayoría de las mujeres dan a luz en un hospital, ya que todavía se considera que es el lugar más seguro para la madre, el bebé, las parejas y muchos profesionales de la salud
Ferreira et al.	2018	Choosing the home planned childbirth: a natural and drug-free option	Analizar la elección de las mujeres para el parto planeado en el hogar como factor de seguridad, así como de comodidad	Estudio cualitativo	La expresión del parto natural está presente en las concepciones de las mujeres, transmitiendo así la seguridad hacia la opción del parto en el hogar a los profesionales de la salud
Sluijs et al.	2015	Does fear of childbirth or family history affect whether pregnant Dutch women prefer a home-or hospital birth?	Explorar el miedo al parto en relación con el lugar de nacimiento, y relacionar cómo el lugar del parto de la madre o hermana se relacionó con el lugar preferido	Estudio de cohortes prospectivo	No se encontraron diferencias significativas en el miedo al parto entre las mujeres que prefirieron el hogar o el hospital para ello. El lugar de nacimiento de los familiares predijo una mayor probabilidad de que la mujer eligiera el mismo lugar

lleva, tanto para las instituciones de salud como para las mujeres-madres que lo significan. En ese sentido, algunos estudios aseguran que contar con un médico especializado y que el parto ocurra en un hospital son fundamentales, ya que ambos contextos transmiten seguridad en caso de que ocurra una emergencia obstétrica con peligro de muerte tanto para la madre como para el recién nacido^{29,30}.

A partir de ello, Licqurish y Evans³¹ describen la posición en torno al escenario ideal del parto del Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG) y de la Australian College of Midwives (ACM), y concluyen que el RANZCOG no está de acuerdo con el parto en el domicilio debido a sus riesgos asociados y la poca seguridad que conlleva; por el contrario, la ACM asegura que la mejor opción para el parto es realizarlo en el domicilio siempre y cuando la mujer gestante cuente con una matrona cualificada y la gestación sea de bajo riesgo obstétrico.

En ese sentido, el escenario ideal del parto para algunas mujeres es el hospital, ya que lo consideran más seguro en caso de presentar problemas durante el parto. Por otro lado, existen mujeres que consideran más seguro el do-

micilio al no existir intervenciones médicas, respetarse el progreso fisiológico del parto y ser un lugar que aporta calidez e intimidad, características fundamentales para que el parto pueda desencadenarse naturalmente³²⁻³⁷. Esta sensación de seguridad aumenta si se cuenta con la compañía de una matrona cualificada³⁸⁻⁴⁰.

Las motivaciones negativas y positivas sobre el escenario del parto no sólo provienen de las instituciones sanitarias, sino también del entorno familiar y social de la mujer gestante. En ese sentido, si no existe «costumbre» de parto en casa como escenario ideal, se percibirá negativamente esa opción, ya que el miedo y la incertidumbre por lo que vendrá serán traspasados a la mujer que desee llevar a cabo el parto en el domicilio⁴¹.

Modelo consensuado (tabla 4)

Esta categoría fue elaborada a partir de las principales recomendaciones que hacen los estudios obtenidos que comparan y analizan la seguridad del parto en el domicilio y hospitalario.

Cabe destacar que no todos los autores concluyen con unanimidad validar el parto en el domicilio en términos

Tabla 4. Modelo consensuado

Autores	Año	Título del artículo	Objetivo	Metodología	Conclusión
McLachlan et al.	2016	Publicly-funded home birth in Victoria, Australia: exploring the views and experiences of midwives and doctors	Explorar las experiencias de matronas y médicos sobre modelos de parto en casa financiados con fondos públicos	Encuesta transversal	La mayoría pensó que el modelo era seguro para las mujeres y los bebés. Los médicos tenían opiniones encontradas sobre la seguridad del modelo
Elder et al.	2016	Investigating the debate of home birth safety: a critical review of cohort studies focusing on selected infant outcomes	Evaluar las fortalezas y limitaciones de los enfoques metodológicos de los estudios de cohortes que comparan partos en casa y en el hospital	Revisión crítica de estudios de cohortes	Puntos clave del estudio y que fortalecerán futuras investigaciones: identificación del asistente de parto, ubicación del nacimiento planificado y especificación del riesgo de nacimiento
Hutton et al.	2016	Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies	Evaluar los entornos de parto comparando la mortalidad neonatal, la morbilidad y las tasas de intervenciones entre los partos en casa y el hospital	Estudio de cohortes retrospectivo	En comparación con el parto en el hospital, el parto en casa integrado en el sistema de salud y acompañado de una matrona no se asoció con resultados neonatales adversos graves
Halfdansson et al.	2015	Outcome of planned home and hospital births among low-risk women in Iceland in 2005-2009: a retrospective cohort study	Comparar los resultados de partos en casa y hospitalarios planificados en grupos de bajo riesgo en Islandia	Estudio de cohortes retrospectivo	El parto en el hogar planificado para mujeres de bajo riesgo es tan seguro como el parto en el hospital planificado
De Jonge et al.	2015	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	Comparar los resultados perinatales adversos entre partos en casa y hospitalarios planificados	Estudio de cohortes nacional	No se encontró un mayor riesgo en los resultados perinatales adversos de partos en casa en mujeres de bajo riesgo

de seguridad; no obstante, muestran cierta apertura considerando las demandas de los movimientos sociales de mujeres que reclaman el derecho al ejercicio libre de la maternidad, que implica directamente la capacidad de poder decidir cómo, dónde y con qué profesional —o no— quieren dar a luz^{11,12}. En ese sentido, elegir un parto en el domicilio acompañado por un experto, habitualmente representado en la figura de la «matrona», conlleva una decisión a la que hoy en día no todas las mujeres pueden acceder¹⁷.

Por ese motivo, algunos estudios aquí presentados desarrollaron determinadas directrices al respecto, que implican elaborar y replicar un modelo óptimo de cuidados para el desarrollo del parto en el domicilio⁴². Este modelo ya está vigente en algunos países, en los que ha funcionado sin alterar significativamente las tasas de mortalidad y morbilidad en los indicadores demográficos⁴³.

Por tanto, el modelo consensuado resalta la importancia de que el parto se pueda desarrollar con la compañía de matronas cualificadas, siempre y cuando las mujeres ges-

tantes sean de bajo riesgo obstétrico y que el sistema de salud esté bien integrado y coordinado con la asistencia en el domicilio o el lugar en que se realice el parto⁴⁴⁻⁴⁶.

DISCUSIÓN

La revisión bibliográfica aquí presentada contempla estudios realizados bajo diversas metodologías de investigación; sin embargo, se consideraron sólo los escritos en dos idiomas, dejando fuera estudios que pudiesen haber enriquecido el debate. Tampoco se incluyeron investigaciones que abordan la percepción de riesgo dentro de las instituciones sanitarias y desde las propias voces de las mujeres gestantes, ambas consideradas como líneas futuras de desarrollo que enriquecerán y fortalecerán el debate sobre la seguridad del parto en el domicilio.

El factor común presente en las investigaciones sobre partos en el domicilio se relaciona con la presencia de (in)seguridad en el nacimiento. Este concepto cobra im-

portancia desde el punto de vista biomédico, ya que implica consecuencias mortales, tanto maternas como fetales, si no se contempla dentro de la atención sanitaria⁴⁷.

Los resultados maternos y fetales son primordiales para tomar la decisión de dónde parir. En este sentido, el England Collaborative Group destaca la posibilidad de ofrecer a las mujeres multíparas de bajo riesgo obstétrico la opción de elegir el lugar del parto, incluido el domicilio, debido al bajo impacto en los resultados perinatales que conlleva⁴⁸. Similar situación se describe en los estudios de Van der Kooy et al.²³, Rossi y Prefumo²⁴ y Hutton et al.⁴⁴, agregando la importancia de la presencia de una matrona cualificada en la atención al parto. No obstante, investigaciones como la de Grünebaum et al.²⁶ puntualizan que la matrona no sólo debe ser experta en la materia, sino que además debe estar certificada.

En el marco comparativo de la seguridad entre el parto hospitalario y domiciliario, el estudio de Kennare et al.⁴⁹ describe que la seguridad de este último está relacionada con analizar de manera efectiva los riesgos obstétricos y la facilidad en el momento de transferir. Del mismo modo lo plantean McLachlan et al.⁴², añadiendo que la transferencia sería más fácil si la matrona que acompaña el parto en casa fuera miembro del hospital al cual se transfiere.

La revisión Cochrane más destacada que aborda el campo comparativo entre el parto en el domicilio y el hospitalario fue realizada por Olsen y Clausen en 2012, en la que las autoras concluyen que «no existen pruebas sólidas de ensayos aleatorizados que favorezcan el parto planificado en el hospital o el planificado en el domicilio en pacientes embarazadas de bajo riesgo»⁵⁰.

De este modo, y como aclara el estudio de Elder et al.⁴³, no existe un riesgo significativo comparativo en el caso de que el parto en el domicilio cumpla las condiciones mínimas para llevarse a cabo, es decir, un modelo consensuado que incluya a mujeres con gestaciones de bajo riesgo obstétrico, una matrona cualificada y un sistema de transferencia sanitaria bien integrado en el domicilio en que tenga lugar el parto⁴⁵.

Finalmente, las representaciones sociales asociadas a la seguridad del parto desde la óptica de las mujeres que dan a luz son diversas, en tanto que existe una heterogeneidad de éstas y no siempre coinciden con las apreciaciones y valoraciones de los/as profesionales. En este sentido, algunas mujeres se sienten seguras únicamente en un entorno hospitalario, mientras que otras, apartándose del sistema biomédico, consideran seguro un parto domiciliario autoasistido⁵¹. Del mismo modo, y teniendo en cuenta la dicotomía en los modelos de atención al nacimiento, algunas mujeres prefieren un parto en casa, pero con el resguardo que les proporciona el modelo sanita-

rio, en tanto que cuentan con el apoyo de una matrona experta y confían en la seguridad que ésta les confiere⁴⁰.

CONCLUSIONES

La literatura científica que aborda el concepto de seguridad del parto en el domicilio está atravesada principalmente por nociones de riesgo y mortalidad. Ambas son determinantes al momento de analizar la presencia de seguridad en el nacimiento y decretar un lugar idóneo para que éste ocurra.

La bibliografía científica consultada indica, por un lado, la falta de investigaciones que puedan ser determinantes para posicionar el parto hospitalario sobre el realizado en el domicilio, principalmente por concluir que en ambos espacios no varía significativamente la tasa de mortalidad materna y perinatal. Y, por otro lado, las investigaciones realizadas en torno a este tema sugieren un modelo consensuado para llevar a cabo el parto en el domicilio bajo estándares de seguridad.

En este sentido, se considera que los parámetros para un parto seguro en el domicilio son el bajo riesgo obstétrico, que se acompañe por una matrona experta en la materia, y que exista un sistema de transferencia sanitaria bien integrado al domicilio. No obstante, surgen algunas preguntas que quizá nos puedan orientar sobre posibles propuestas de investigación futuras: ¿qué parámetros definen el riesgo y en qué contextos?, ¿el concepto de riesgo obstétrico debe prevalecer sobre la subjetividad de la mujer gestante?, ¿reflexionamos sobre los riesgos existentes dentro de las instituciones sanitarias? Éstas son algunas de las preguntas que creemos ayudarán a profundizar y fortalecer el debate sobre la seguridad del parto en el domicilio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev Med Clin Condes*. 2017; 28(5): 785-95.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. 2007 [consultado el 9 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=1>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Lista de la OMS de verificación de la seguridad del parto. Guía de aplicación. Boston: Ariadne Labs, 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207480/9789243549453_spa.pdf?sequence=1
4. Symon A, Winter C, Donnan P, Kirkham M. Examining autonomy's boundaries: a follow-up review of perinatal mortality cases in UK independent midwifery. *Birth*. 2010; 37(4): 280-7.
5. O'Mahony F, Hofmeyr GJ, Menon V. Choice of instruments for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 11: CD005455.
6. Uribe C, Contreras A, Bravo P, Villarreal L, Abarzúa F. Modelo de asistencia integral del parto: concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018; 83(3): 266-76.
7. National Health Service. National Maternity Review. Better Births. Improving outcomes of maternity services in England. 2016 [consultado el 9 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/national-maternity-review-report.pdf>

8. Fletcher BR, Rowe R, Hollowell J, Scanlon M, Hinton L, Rivero-Arias O. Exploring women's preferences for birth settings in England: a discrete choice experiment. *PLoS One*. 2019; 14(4): e0215098.
9. Sánchez A, Sánchez C, Pozo MD. Satisfacción de las mujeres con la atención al parto. *Matronas Prof.* 2018; 1(6): 31-6.
10. Goberna-Tricas J, Palacio-Tauste A, Banús-Giménez MR, Linares-Sancho S, Salas-Casas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof.* 2008; 9(1): 5-10.
11. Aranu J, Martínez ME, Nicolás MD, Bas E, Morales R, Álvarez L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. *Rev Antrop Iberoamer.* 2012; 7(2): 225-47.
12. Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 2013; 14(2): 62-6.
13. Valenzuela MT, Uribe C, Contreras A. Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. *Index Enferm.* 2011; 20(4): 243-7.
14. Leon-Larios F, Nuno-Aguilar C, Rocca-Ihenacho L, Castro-Cardona F, Escuriet R. Challenging the status quo: women's experiences of opting for a home birth in Andalucía, Spain. *Midwifery.* 2019; 70: 15-21.
15. Worman-Ross K, Mix T. I wanted empowerment, healing and respect: homebirth as challenge to medical hegemony. *Sociological Spectrum.* 2013; 33(5): 453-81.
16. Rigg E, Schmied V, Peters K, Dahlen HG. Why do women choose an unregulated birth worker to birth at home in Australia: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017; 17(1): 99-112.
17. Ortega E, Cairós LM, Clemente JA, Rojas C, Pérez AM. Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa. *Ene.* 2017; 11(1).
18. Snowden J, Tilden E, Snyder J, Quigley B, Caughey A, Cheng Y. Planned out-of-hospital birth and birth outcomes. *N Engl J Med.* 2015; 373(27): 2.642-53.
19. Ovaskainen K, Ojala R, Tiihonen K, Gissler M, Luukkaala T, Tammela O. Planned home deliveries in Finland, 1996-2013. *J Perinatol.* 2019; 39(2): 220-8.
20. Li Y, Townend J, Rowe R, Brocklehurst P, Knight M, Linsell L, et al. Perinatal and maternal outcomes in planned home and obstetric unit births in women at «higher risk» of complications: secondary analysis of the Birthplace National Prospective Cohort Study. *BJOG.* 2015; 122(5): 741-53.
21. Davis-Tuck M, Wallace E, Davey MA, Veitch V, Oats J. Planned private homebirth in Victoria 2000-2015: a retrospective cohort study of Victorian perinatal data. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018; 18(1): 357-64.
22. Hálfðansdóttir B, Hildingsson I, Smarason A, Sveinsdóttir H, Olafsdóttir O. Contraindications in planned home birth in Iceland: a retrospective cohort study. *Sex Reprod Healthc.* 2018; 15: 10-7.
23. Van der Kooy J, Birnie E, Denktas S, Steegers EAP, Bonsel GJ. Planned home compared with planned hospital births: mode of delivery and perinatal mortality rates, an observational study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017; 17(1): 177.
24. 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; 222: 102-8.
25. Jensen S, Colmorn LB, Schroll AM, Krebs L. Quality assessment of home births in Denmark. *Dan Med J.* 2017; 64(5): 5367A.
26. Grünebaum A, McCullough L, Arabin B, Dudenhausen J, Orosz B, Chervenak F. Underlying causes of neonatal deaths in term singleton pregnancies: home births versus hospital births in the United States. *J Perinat Med.* 2017; 45(3): 349-57.
27. Lee S, Ayers S, Holden D. Risk perception and choice of place of birth in women with high risk pregnancies: a qualitative study. *Midwifery.* 2016; 38: 49-54.
28. Fage-Butler AM. Risk resistance: constructing home birth as morally responsible on an online discussion group. *Health Risk and Society.* 2017; 19(3-4): 130-44.
29. Stoll KH, Hauck YL, Hall WA. Home or hospital? Midwife or physician? Preferences for maternity care provider and place of birth among Western Australian students. *Women Birth.* 2016; 29(1): e33-e38.
30. Meroz MR, Gesser-Edelsburg A. Institutional and cultural perspectives on home birth in Israel. *J Perinatal Educ.* 2015; 24(1): 25-36.
31. Licqurish S, Evans A. «Risk or right»: a discourse analysis of midwifery and obstetric colleges homebirth position statements. *Nursing Inquiry.* 2016; 23(1): 86-94.
32. Gottfredsdóttir H, Magnúsdóttir B. Home birth constructed as a safe choice in Iceland: a content analysis on Icelandic media. *Sex Reprod Healthc.* 2015; 6(3): 138-44.
33. Brailey S, Jarett P, Luyben A, Poat A. Swimming against the tide: women's experience of choosing a homebirth in Switzerland. *Br J Midwifery.* 2015; 23(11): 780-9.
34. Lee S, Ayers S, Holden D. Decision-making regarding place of birth in high-risk pregnancy: a qualitative study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2016; 37(2): 44-50.
35. Scarf V, Rossiter C, Vedam S, Dahlen H, 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; 62: 240-55.
36. Driéguez C, López E, Avilés Z, Conesa M. Experiencias de partos en casa y en el hospital de mujeres en los años 60 y 70 en España. *Cultura de los Cuidados.* 2018; 22(52): 77-91.
37. Clancy A, Gürgens R. Home as a place for giving birth: a circumpolar study of the experiences of mothers and midwives. *Health Care Women Int.* 2019; 40(2): 121-37.
38. Hermus MAA, Hitzert M, Boesveld IC, Van den Akker-Van Marle E, Van Dommelen P, Franx A, et al. Differences in optimality index between planned place of birth in a birth centre and alternative planned places of birth, a nationwide prospective cohort study in The Netherlands: results of the Dutch Birth Centre Study. *BMJ Open.* 2017; 7(11): e016958.
39. Louse C. «Where do you want to have your baby?». Women's narratives of how they chose their birthplace. *Br J Midwifery.* 2017; 25(2): 94-102.
40. Ferreira H, Rubio MA, Herdy V, Pereira D. Choosing the home planned childbirth: a natural and drug-free option. *Rev Fun Care Online.* 2018; 10(4): 1118-22.
41. Sluijs AM, Cleiren MP, Scherjon SA, Wijma K. Does fear of childbirth or family history affect whether pregnant Dutch women prefer a home- or hospital birth? *Midwifery.* 2015; 31(12): 1143-8.
42. McLachlan H, McKay H, Powell R, Small R, Davey MA, Cullinane F, et al. Publicly-funded home birth in Victoria, Australia: exploring the views and experiences of midwives and doctors. *Midwifery.* 2016; 35: 24-30.
43. Elder H, Alio A, Fisher S. Investigating the debate of home birth safety: a critical review of cohort studies focusing on selected infant outcomes. *Japan J Nurs Sci.* 2016; 13(3): 297-308.
44. Hutton E, Cappelletti A, Reitsma A, 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.
45. Hálfðansdóttir B, Smarason A, Olafsdóttir O, Hildingsson I, Sveinsdóttir H. Outcome of planned home and hospital births among low-risk women in Iceland in 2005-2009: a retrospective cohort study. *Birth.* 2015; 42(1): 16-26.
46. De Jonge A, Geerts CC, Van der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG. 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: 720-8.
47. Carvajal J. Parto programado en el domicilio: mirada desde la SOCHOG. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2017; 82(2): 94-95.
48. Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, et al. Birthplace in England Collaborative G. 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.* 2011; 343: 7400d.
49. Kennare RM, Keirse MJ, Tucker GR, Chan AC. Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. *Med J Aust.* 2010; 192(2): 76-80.
50. Olsen O, Clausen J. Planned hospital birth versus planned home birth (review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 9(9): CD000352.
51. Holten L, Miranda E. Women's motivations for having unassisted childbirth or high-risk homebirth: an exploration of the literature on «birthing outside the system». *Midwifery.* 2016; 38: 55-62.