

PARIR EN MI CASA: UNA PRÁCTICA SEGURA SI SE PLANIFICA

Autores: Luciano Rodríguez Díaz ⁽¹⁾, María Romeu Martínez ⁽¹⁾, Rocío Palomo Gómez ⁽¹⁾

(1) Matronas del Hospital Quirón Campo de Gibraltar

INTRODUCCIÓN

La seguridad de los partos en casa es objeto de debate en numerosos países desarrollados donde el parto en hospital es lo más común. En Estados Unidos, Australia o Nueva Zelanda, las organizaciones de obstetras se oponen al parto en casa y las matronas lo apoyan. En Gran Bretaña y Canadá, tanto obstetras como comadronas coinciden en aceptar que el parto en casa es una opción segura. En España, hasta el momento, existe controversia acerca de la seguridad del parto en casa. El objetivo de este estudio es conocer mediante la revisión de la literatura científica publicada y la consulta de fuentes documentales la situación actual de la seguridad de la gestante en el parto en casa.

MÉTODO

Revisión bibliográfica de las bases de datos PubMed, MedLine, CINAHL, Cochrane Library, Embase, Enfispo y Cuiden. Se consultaron también fuentes documentales de interés de ámbito nacional e internacional, guías y protocolos de organizaciones y sociedades científicas y profesionales y diferentes libros de ginecología. Se encontraron varias publicaciones originales, revisiones sistemáticas y otras publicaciones de interés. Para realizar la búsqueda se utilizaron las siguientes palabras clave: "patient safety" AND "home birth".

Figura 1. Criterios que deben cumplir las gestantes para un parto en casa



Decisión de parto en casa antes de las 28 semanas.



Realizar un mínimo de 4 visitas clínicas antes de la asistencia al parto. Una de ellas en el domicilio.



Las gestantes aportarán todas las ecografías y analíticas, así como pruebas complementarias, que se hayan realizado.



Gestación de un solo feto en presentación cefálica.



Parto entre 37-42 semanas de gestación.



Embarazo de bajo riesgo.



Trabajo de parto espontáneo.



Firma del consentimiento informado de la gestante previa información de todo el proceso por parte de la matrona.

RESULTADOS:

En los diferentes estudios analizados se observó que la tasa de mortalidad perinatal era muy baja tanto en partos domiciliarios como en hospitales. Los neonatos de parto en casa presentaron menor riesgo de reanimación al nacer, menor necesidad de oxigenoterapia a las 24 horas y menor tasa de ingreso hospitalario postparto. Las intervenciones obstétricas (episiotomía, parto instrumental o cesárea) son inferiores en el parto en casa. Las mujeres que paren en sus casas tienen menos probabilidad de sufrir desgarros de III y IV y hemorragias postparto que las que dan a luz en el hospital. Todos estos resultados se cumplen siempre y cuando las mujeres cumplan unos criterios de selección para el parto en casa (Figura 1).

CONCLUSIONES

Diferentes estudios actuales demuestran que el parto en casa en mujeres de bajo riesgo se asocia a unas bajas tasas de mortalidad perinatal, de intervenciones obstétricas y de resultados adversos maternos, en comparación con el parto en el hospital asistido por matronas o por ginecólogos. A pesar de estos resultados, es necesario establecer un protocolo de parto en casa para que recoja los ítems que deben cumplir las mujeres para poder parir en sus casas; ya que todos los estudios hablan de partos de bajo riesgo. Son necesarios más estudios relacionados con la seguridad del parto en casa y sobre la inclusión de mujeres nulíparas como candidatas a parir en casa.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. CMAJ. 2009 Sep 15;181(6-7):377-83.
2. De Jonge A, Mesman JA, Manniën J, Zwart JJ, van Dillen J, van Roosmalen J. Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. BMJ. 2013 Jun 13;346:f3263.
3. Cox KJ, Schlegel R, Payne P, Teaf D, Albers L. Outcomes of planned home births attended by certified nurse-midwives in southeastern Pennsylvania, 1983-2008. J Midwifery Womens Health. 2013 Mar-Apr; 58(2):145-9.