



Universidad
de La Laguna

Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de Enfermería y Fisioterapia



TRABAJO FIN DE GRADO

PREDISPOSICIÓN DE MATRONAS Y OBSTETRAS DE LA PALMA Y GRAN CANARIA EN RELACIÓN AL PARTO EN CASA.

Alumna: **Ariana Pérez González**

Tutora: **Elena Ortega Barreda**

JUNIO 2019.

GRADO DE ENFERMERÍA.

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA. SEDE LA PALMA.

ÍNDICE

1. RESUMEN / ABSTRACT.....	Pág.1
2. INTRODUCCIÓN.....	Pág.3
3. OBJETIVOS.....	Pág.4
4. MARCO TEÓRICO.....	Pág.5
4.1 Concepto de embarazo y parto de bajo riesgo.....	Pág.6
4.2 Etapas y clasificación del parto.....	Pág.7
4.3 Parto hospitalario: ¿parto humanizado?.....	Pág.8
4.4 Parto domiciliario: ¿una opción segura?.....	Pág.9
4.4.1 Condiciones de seguridad en la atención al parto en casa.....	Pág.9
4.4.2 Estudios que demuestran la seguridad del parto en casa.....	Pág.12
4.4.3 Legislación y financiación.....	Pág.14
4.4.4 Datos estadísticos del parto domiciliario.....	Pág.15
4.5 Situación de los profesionales.....	Pág.16
5. ANTECEDENTES.....	Pág.17
6. METODOLOGÍA.....	Pág.18
6.1 Búsqueda bibliográfica.....	Pág.18
6.2 Tipo de estudio.....	Pág.19
6.3 Población y muestra.....	Pág.19
6.4 Variables a estudio.....	Pág.20
6.5 Instrumentos de medida y recogida de datos.....	Pág.20
6.6 Análisis estadístico.....	Pág.21
7. ASPECTOS ÉTICOS.....	Pág.21
8. CRONOGRAMA.....	Pág.22

9. PRESUPUESTO.....	Pág.22
10. BIBLIOGRAFÍA.....	Pág.23
11. ANEXO 1: Cuestionario.....	Pág.32
12. ANEXO 2: Autorización para la gerencia.....	Pág.34
13. ANEXO 3: Hoja informativa para el personal.....	Pág.35

1. RESUMEN

El parto en casa junto con las casas de partos constituye la alternativa al parto hospitalario. Existe en la sociedad un colectivo cada vez mayor de familias que demandan este tipo de asistencia más tradicional y menos intervenida a pesar de que en nuestro país no exista una financiación que lo facilite como ocurre en otros países.

Como señala el Tribunal Supremo Europeo de los Derechos Humanos, toda mujer tiene el derecho a decidir dónde quiere que se realice su parto tras haber recibido toda la información basada en la mejor evidencia científica necesaria para tomar la decisión. En nuestro país, existe una gran controversia en relación a la seguridad del parto en casa que afecta también a los profesionales sanitarios, entre los que se encuentran defensores y detractores.

El objetivo de este proyecto de investigación es conocer y comparar la actitud y aptitud de las matronas de atención primaria y los obstetras de los centros de asistencia especializada (CAES) y/o hospital de referencia del área de La Palma y de Gran Canaria, en relación al parto en casa.

Se realizará un estudio observacional, analítico y transversal. Para llevarlo a cabo se entregará un cuestionario que irá dirigido a los profesionales sanitarios, donde se valorará la formación recibida, el conocimiento de las guías de práctica clínica y condiciones de seguridad así como su actitud en relación al parto en casa.

PALABRAS CLAVES: parto domiciliario, matrona, parto humanizado, protocolos y guías de práctica clínica.

ABSTRACT

Home birth together with childbirth houses is an alternative to hospital birth. There is an increasing group of families in society who demand this type of more traditional and less intervened assistance despite the fact that in our country there is no financing to facilitate it as in other countries.

As the European Supreme Court of Human Rights points out, every woman has the right to decide where she wants to give birth after she has received all the information based on the best scientific evidence necessary to make the decision. In our country, there is a great controversy regarding the safety of childbirth at home, which also affects health professionals, including defenders and detractors.

The objective of this research project is to understand and compare the attitude and aptitude of primary care midwives and obstetricians in specialist care centres (CAES) and/or reference hospital in the area of La Palma and Gran Canaria, in connection with homebirth.

An observational, analytical and transversal study will be carried out. A questionnaire will be sent out to health professionals to assess the training received, the knowledge of clinical practice guides and safety conditions as well as their attitude towards homebirth.

KEYWORDS: home birth, midwife, Humanized childbirth, protocols and clinical practice guides.

2. INTRODUCCIÓN

El momento del nacimiento de un hijo supone un acontecimiento vital en la vida de una familia. En numerosas ocasiones se ha señalado la necesidad de empoderar a las familias en la toma de decisiones en lo relacionado con su salud, y concretamente en lo relativo a la elección del lugar de nacimiento o tipo de asistencia.

En 2010, el Tribunal Supremo Europeo de los Derechos Humanos dictaminó que es un derecho de cualquier mujer decidir el lugar de nacimiento de su hijo, incluyendo la atención al parto en casa.¹

Las mujeres en nuestro país pueden elegir entre parir en un hospital, en una casa de parto (no en todas las comunidades autónomas) o parir en casa, siendo necesario para estas dos opciones que el embarazo sea considerado de bajo riesgo dado que la asistencia será prestada por una matrona.

En España, ni el parto en casa ni las casas de partos están financiados, pero sí legislados. Aunque se observa en varias comunidades autónomas un aumento del porcentaje de partos domiciliarios, la mayoría se producen en el ámbito hospitalario siendo aproximadamente el 99% de los partos en todas las comunidades autónomas.²

El parto en casa suscita controversia, no solo dentro de la sociedad sino entre los propios profesionales de la salud que cuestionan la seguridad tanto para la madre como para el hijo si el nacimiento de éste ocurre fuera del hospital. La asistencia hospitalaria cada vez más medicalizada del parto ha llevado a un sector de la población a movilizarse a favor de una asistencia más tradicional y menos intervenida.

Existen asociaciones, sin ánimo de lucro, formadas por madres y profesionales sanitarios que están a favor del parto domiciliario, apoyando y fomentando los partos humanizados siempre en unas condiciones de seguridad basadas en la mejor evidencia científica disponible y tratando de visibilizar las opiniones y dificultades con las que se encuentran en su camino o desarrollo profesional. Las asociaciones más reconocidas son: el parto es nuestro y nacer en casa.

Ambas asociaciones insisten en los derechos que tienen las gestantes a decidir el lugar de nacimiento de su hijo y participar en la toma de decisiones.^{3,4}

Por el contrario, también puede encontrarse artículos de periódicos importantes como The New York Times y The Guardian que cuestionan la seguridad del parto en casa sin referenciar ningún artículo científico o estudio donde se demuestre e incluso, afirmando que expertos médicos creen “*que la práctica es tan imprudente, que equivale a abuso infantil*”.^{5,6}

También, las redes sociales se hacen eco de la controversia que suscita el parto en casa y la cantidad de resultados que se generan en Instagram, encontrándose 290 mil

retweets de #homebirth y 5.831 de #partoencasa. En el caso de facebook, encontramos una página @whyhomebirth con 8.8 mil seguidores a favor de las publicaciones del parto en casa.

Asimismo, en la organización Change se encuentra una petición para recolectar firmas *“Por la opción de tener un parto domiciliario amparado por la seguridad social española”*. Actualmente, la petición va por más de 12.000 firmas a favor de su regulación.⁷

En la literatura científica también se encuentran posicionamientos de sociedades científicas tanto a favor como en contra de la seguridad del parto en casa, siendo normalmente las asociaciones de matronas las que reportan resultados más favorables de la asistencia domiciliaria y los obstetras y pediatras los que inciden más en los riesgos que se asumen.

Esta situación lleva a realizar una revisión bibliográfica en busca de la mejor evidencia científica disponible en relación a la seguridad del parto en casa, a cuestionar cómo se posicionan los diferentes profesionales implicados en el seguimiento del embarazo y la asistencia al parto de las áreas de salud de La Palma y Gran Canaria y que información transmiten a las usuarias en relación al parto domiciliario.

El motivo por el que se ha escogido estas dos áreas de salud es por las diferencias que hay entre ellas, para comparar los resultados entre un hospital de primer nivel con tradición intervencionista en lo que a la asistencia al parto se refiere, con otro de tercer nivel con tradición más conservadora y poco intervencionista. Además de comparar una población urbana frente a una población rural.

3. OBJETIVOS

El objetivo general es:

Conocer y comparar la aptitud y la actitud de las matronas de atención primaria y obstetras de atención especializada del área de La Palma y Gran Canaria en relación al parto en casa.

Los objetivos específicos son:

- Determinar el nivel de formación en el grado y post-grado en relación el parto en casa.
- Determinar el nivel de conocimiento de las recomendaciones basadas en la evidencia en relación al parto en casa.
- Determinar qué tipo de información dan los profesionales de salud a las mujeres y sus parejas con respecto al parto en casa durante el seguimiento del embarazo.

- Determinar la predisposición en relación al parto en casa de las:
 - Matronas de atención primaria.
 - Obstetras de CAE.
 - Obstetras de hospital de referencia.

4. MARCO TEÓRICO

Antiguamente la mayoría de las personas nacían en el hogar o en la comunidad, siendo un evento natural durante muchos siglos. Este evento transcurría normalmente con la ayuda de una partera, más tarde denominada matrona o comadrona.

Fue en el siglo XVIII, donde las mujeres comenzaron a dar a luz en los hospitales, sin embargo, no eran todas las mujeres, sino sólo las que disponían de menos recursos económicos, para así brindarles un entorno y una asistencia que mejorara la seguridad en el proceso de parto, mientras que las mujeres con más recursos económicos continuaban pariendo en su hogar.

A partir del siglo XIX empezó haber cambios considerables relacionados con la asistencia al parto debido a los desarrollos y avances científicos, como por ejemplo: manejo de las infecciones, transfusiones de sangre, anestesia, antibióticos... Por lo que en 1950, el Servicio Nacional de Salud recomendaba a las mujeres embarazadas a que dieran a luz en el hospital, ya que las condiciones de vivienda e higiene eran relativamente deficientes. El avance en las técnicas diagnósticas y terapéuticas, el desarrollo de la epidural para el alivio del dolor y mejora en la seguridad de la asistencia al parto supuso un rápido aumento en el número de partos hospitalarios en detrimento del número de partos domiciliarios. Pero la asistencia hospitalaria del parto supuso también un cambio de paradigma importante pasando de un modelo centrado en la mujer y recién nacido a un paradigma biomédico, intervencionista (aumentando el número de partos instrumentales y cesáreas) y jerárquico donde disminuye la posibilidad de las mujeres de participar en la toma de decisiones en relación a su proceso.

Es por ello, que a principio del año 2000 surge la necesidad de crear iniciativas para personalizar y mejorar la calidad de la asistencia al parto. Surgiendo el concepto de “*cuidado integral*” en el nacimiento, comprendiendo y relacionándose ese término con la “*seguridad, calidad, cultura y necesidades globales de la mujer embarazada*”.^{8,9}

En el año 2011 el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad elabora el documento del plan de parto, cuya función consiste en que las mujeres embarazadas reflejen sus deseos, necesidades y expectativas del proceso del parto y el nacimiento para que así quede reflejada toda la información por escrito para los profesionales sanitarios que lo asisten. Dicho documento se puede elaborar en cualquier momento del

embarazo, aunque el Ministerio de Sanidad recomienda que el mejor momento es entre la semana 28-32 de gestación. Cabe destacar, que el Plan de Parto es un documento con valor de consentimiento informado, validado por la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente, por lo que los profesionales sanitarios deben tener en cuenta lo que aparezca y respetar las decisiones de la gestante. Además, el documento puede ser modificado por parte de la gestante en cualquier momento del proceso del parto. ^{10, 11}

Según el Tribunal Supremo Europeo de los Derechos Humanos, la mujer embarazada debe y tiene el derecho de tomar decisiones sobre cómo y dónde pasar el proceso del parto, después de recibir toda la información por parte de un profesional sanitario especializado en este ámbito, evitando éste tomar juicios de valor u opiniones personales. ^{1, 12}

4.1 CONCEPTO DE EMBARAZO Y PARTO DE BAJO RIESGO

El embarazo se define como *“el período en el que una mujer alberga un feto en desarrollo en el útero, durante aproximadamente 9 meses”*, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). ¹³

Embarazo de bajo riesgo, es aquel donde no existe un factor de riesgo perinatal, es decir, *“una característica o circunstancia social, médica, obstétrica o de otra índole que incidiendo sobre la gestación, se asocia a una morbilidad y mortalidad perinatal y materna superior a la de la población general”*, según la Sociedad española de Obstetricia y Ginecología. Además, destaca que aunque se etiqueta como embarazo de bajo riesgo no significa que haya ausencia total de riesgos. ¹⁴

Según el Instituto Nacional de Excelencia en salud y Atención (NICE) y la Guía de asistencia al parto en casa elaborada por el Colegio Oficial de enfermería de Barcelona, se define embarazo de bajo riesgo aquel donde la gestante no presente ningún factor de riesgo en relación a antecedentes médicos y/o familiares, características socio-demográficas, antecedentes obstétricos o ligados al embarazo actual. Además, exponen los criterios de embarazo de bajo riesgo:

- *“Parto espontáneo entre 37-42 semanas de gestación.*
- *Embarazo no múltiple.*
- *Presentación cefálica.*
- *Hemoglobina mayor o igual que 10 g/dl.*
- *Índice de masa corporal menor o igual que 30 Kg/m² al quedarse embarazada.*

- *Historia clínica sin complicaciones y problemas obstétricos.*
- *Sin signos ni síntomas de importancia de complicaciones del embarazo.”^{1, 15}*

Aunque desde hace muchos años e incluso siglos, la definición del parto normal ha dado lugar a controversia. Hipócrates fue el primero en hablar sobre el parto normal en su libro (Naturaleza del niño), donde definía que el parto normal era cuando al feto la daba hambre, por lo que el feto movía sus pies y manos produciendo la rotura de la bolsa amniótica y seguidamente la salida de él para comer. A medida que ha pasado el tiempo, han ido surgiendo nuevas teorías por médicos y ginecólogos, llegando a la conclusión que *“el parto normal es un proceso fisiológico, único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo”*, según la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME).^{16, 17}

Según la OMS, Un parto normal o de bajo riesgo es aquel que se produce y se termina de manera espontánea, de forma fisiológica en un embarazo a término, es decir entre las 37- 42 semanas de gestación.¹

4.2 ETAPAS Y CLASIFICACIÓN DEL PARTO

El parto consta de tres etapas:

- Fase de dilatación, que suele ir acompañada de contracciones uterinas. Donde se divide en fase latente, que sería el inicio de esas contracciones y, fase activa, cuando ya se ha borrado el cuello uterino y avanza la dilatación más de 3 cm.
- Fase de expulsivo: salida del feto al exterior.
- Fase de alumbramiento: la salida de la placenta y membranas al exterior.¹⁸

El parto se puede clasificar en:

- Función de su inicio:
 - Espontáneo: proceso natural sin la realización de ninguna intervención, ya sea medicalización como instrumental, para el comienzo del parto.
 - Inducido o estimulado: proceso artificial en el que requiere la utilización de medicamentos que provoquen el parto como oxitocina sintética u/o geles de prostaglandinas.¹⁹

- En función del grado de intervención:
 - Eutócico: parto que se desarrolla de manera convencional, por las vías normales y que no requiere ninguna intervención.
 - Distócico: parto que se desarrolla de manera anormal y requiere algún tipo de intervención instrumental y/o quirúrgica.¹⁸

4.3 PARTO HOSPITALARIO: ¿PARTO HUMANIZADO?

Se denomina parto humanizado o respetado, a aquel parto en el que se tiene en cuenta y se valora las preferencias de la gestante, respetando sus tiempos fisiológicos, creando un espacio donde la mujer sea la protagonista en todo momento y donde el nacimiento del feto sea lo más natural posible, sin intervenciones innecesarias, según la FAME.²⁰ Fue, el obstetra francés, Leboyer, quién introdujo la humanización dentro del parto, ya que a medida que surgían avances científicos se iba abandonando todo lo que significa este término.²¹ También la OMS publicó una guía práctica: Ayuda al parto, donde explicaba y aclaraba el concepto de parto normal, humanización y se aportaban recomendaciones.²²

Hay que destacar que desde el 2004 hasta la actualidad, se sigue realizando en varios países la semana mundial del parto humanizado o respetado. Cuyo objetivo de esta iniciativa es promover el parto normal y la humanización, debatiendo durante una semana al año un tema relacionado con ello, como posiciones al parir, no episiotomías, etc. Esto es una iniciativa de la Asociación Francesa por el Parto Respetado promovida por varias organizaciones como por ejemplo, UNICEF.^{16, 21}

Uno de los países pioneros en términos legales sobre el parto y la humanización es Argentina, donde en 2004 se presentó una ley que fue sancionada y once años más tarde en 2015 se reglamentó, Ley 25.929 o también llamada "*Ley del parto Humanizado*". Esta ley está totalmente en contra de la violencia obstétrica y a favor de todo lo que conforma el término humanización.

Cabe destacar que para ayudar a la erradicación de la violencia obstétrica y fomentar el parto humanizado y respetado, el estado tiene que tener un papel importante en la elaboración de leyes y normas para garantizar que los profesionales de salud las apliquen o, en caso contrario, que sean sancionados.^{23, 24}

En 2016 se realizó un estudio cuyo objetivo era analizar las tendencias actuales con respecto al parto en casa a nivel internacional, comparándolo con el parto hospitalario y concluyendo que el parto en domicilio supone menos intervenciones,

menos coste y más empoderamiento de la mujer.²⁵

Partiendo de la base que toda gestante debería tener una experiencia de parto positiva, entendida como la experiencia que cumple o supera las expectativas tanto personales como socioculturales de la mujer en el parto, la OMS en 2018 ha presentado un documento compuesto por 56 recomendaciones sobre el parto. Los objetivos principales de este documento es disminuir o evitar las intervenciones que no sean imprescindibles, además de reforzar la importancia del papel de la mujer, siendo ella el centro de la toma de decisiones.¹²

En 2018, se realizó una revisión bibliográfica por parte de varios profesionales sanitarios de la provincia de Málaga y Cádiz, para conocer y comprobar la situación actual de la atención al parto y su humanización. De los resultados se deduce que las gestantes tienen poco margen a la hora de decidir en su proceso de parto. A la luz de los resultados se hace necesario continuar desarrollando estrategias de humanización en la asistencia al parto y que mejoren la percepción de las mujeres en relación a su participación en la toma de decisiones.²⁶

4.4 PARTO DOMICILIARIO: ¿UNA OPCIÓN SEGURA?

4.4.1 Condiciones de seguridad en la atención al parto en casa

La NICE es un instituto que proporciona tanto orientación como asesoramiento a nivel nacional para mejorar la atención social y de la salud. En 2013, el instituto se convirtió en un organismo público no departamental.²⁷ Hay que destacar, que la NICE es considerado un referente internacional en relación al parto en casa por la publicación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica.

La Guía del NICE: “*Atención prenatal para embarazos sin complicaciones*”, publicada en 2008 y actualizada en 2019, insiste en la importancia de realizar una buena historia clínica de las gestantes para detectar cualquier factor de riesgo tanto fetal como materno lo más precoz posible. Tras la valoración de la gestante se le informa y se procede al diseño de su plan de parto.²⁸

En la Guía del NICE: “*Atención intraparto*” realizada en 2014 y actualizada en 2018, se encuentran las recomendaciones más importantes para la asistencia del parto en el domicilio, siendo los aspectos más destacados:

- La elección de parir en casa debe ser una elección informada y libre de la mujer. Es necesario la firma del consentimiento informado si se realiza.

- Mujer con embarazado de bajo riesgo.
- Gestante no primeriza.
- Acompañada la gestante en todo momento por una matrona cualificada.²⁹

- Un domicilio que cuente tanto con agua corriente como calefacción. Asimismo, que tenga un hospital a una distancia del domicilio aproximadamente de media hora o menos y que exista un protocolo de transferencia al hospital.

- Recomendable que se realicen varias visitas clínicas antes de la asistencia al parto, incluyendo una de ellas en el domicilio donde se va a realizar el parto. La visita al domicilio debería ser realizada antes de las 37 semanas de gestación para valorar bien el entorno y facilitar a la matrona la ubicación del domicilio y establecer así el tiempo de llegada. Además, en dicha visita se recomienda que estén los acompañantes que estarán ese día para conocerlos y darles apoyo.

- Se debe explicar a las gestantes cuándo y cómo contactan con la matrona.

- Las mujeres aportarán todo los controles tanto ecográficos como analíticos, además de pruebas complementarias que se hayan realizado a la matrona.

- Reconocer los aspectos tanto psicológicos como sociales de la madre y su pareja.

- El material que se va utilizar se tiene que dejar preparado y de manera accesible en el domicilio.

- Cuando ya se encuentra en curso el proceso del parto, la matrona al llegar al domicilio debe realizar una evaluación inicial, comprobando constantes y revisando las notas e historia clínica de la gestante, para comprobar que todo va en la línea adecuada, y continuar con una evaluación sistemática.

- No se debe dejar sola a la mujer en el trabajo de parto, sólo algún periodo si es expresado por la mujer y si no hay complicaciones.

- Debe mantenerse unas medidas higiénicas, en el caso de utilización de bañeras o piscinas, debe cerciorarse de que estén limpias y utilizar un

protocolo acordado con el departamento de microbiología.

- Al recién nacido se le debe realizar una evaluación inicial y se debe observar la unión madre-hijo. Además, destaca que hay que registrar la puntuación del test de Apgar al minuto uno y a los cinco minutos de vida del recién nacido.
- En el alumbramiento, se clampará el cordón umbilical lo más tarde posible, hasta cuando deje de latir o incluso hasta la salida completa de la placenta. Hay que destacar que también, existe la posibilidad de no cortarlo si los padres desean un nacimiento loto. En esta etapa es importante vigilar que no haya abundante sangrado y que salga completa la placenta, valorando después el daño perineal.^{1, 29}

Asimismo, en la Guía de Práctica Clínica a la atención al parto en casa elaborada por el Colegio Oficial de enfermería de Barcelona, se exponen los mismos criterios de inclusión explicados anteriormente.¹

Sin embargo, la Guía del Colegio Oficial de enfermería de Barcelona introduce la utilización de gasas o paños calientes en el periné para evitar daños perineales, el uso de acupuntura para el alivio del dolor y el uso rutinario del partograma.

Hay que destacar que esta última recomendación, el uso del partograma, aparece en ambas guías. No obstante, en la Guía de la NICE: “Atención intraparto” se señala que se debe realizar de manera rutinaria en todo el proceso del parto, mientras que en la Guía de asistencia al parto en casa elaborada por el Colegio Oficial de enfermería de Barcelona, recomienda su uso a pesar de la poca evidencia científica de su utilización.^{1, 29, 30}

La planificación del parto en casa se asocia a una alta tasa de partos vaginales espontáneos, según ambas guías.^{1, 30}

En países como Canadá, la asistencia al parto en casa se guía por las recomendaciones generales internacionales, señalando que la opción más segura para las gestantes de bajo riesgo es dar a luz en el domicilio.³¹ Sin embargo, dentro de las condiciones de seguridad encontramos alguna aportación diferente a las recomendaciones internacionales:

- La asistencia al parto lo realizará una o dos matronas registradas y un asistente de parto por el Colegio Oficial de matronas.
- Se tiene en cuenta antes del parto la distancia, recorrido e incluso situación meteorológica para el posible traslado al hospital más cercano.
- Además, la gestante y la matrona deben informar al hospital de

transferencia antes de las 36 semanas de gestación que va a dar a luz en el domicilio para que así, ambas, queden registradas en el hospital.³²

En el caso de Australia y Nueva Zelanda, dentro de las recomendaciones para el parto en casa encontramos como destacable, que se tiene en cuenta la opción de transferencia de la gestante ante cualquier problema al hospital más cercano, pero antes del parto se debe realizar una serie de pautas:

- Primero, reserva del hospital dando los datos relevantes de la gestante para que quede registrado y ante cualquier transferencia sepan esos datos los profesionales.
- Segundo, planificar un transporte rápido y seguro que generalmente es a través del servicio de ambulancia del hospital donde se ha reservado, pero puede haber flexibilidad en caso de cómo sea la situación clínica.
- En tercer lugar, hay que avisar en el momento de parto al hospital y asimismo avisar de si hay sospecha de evolución clínica que indique la transferencia de la gestante.
- Por último, en caso de que se haya realizado la transferencia al llegar al hospital se debe informar a los profesionales de manera eficiente y adecuada toda la información clínica relevante.³³

En Dinamarca cuando se asiste un parto en casa, dentro de las recomendaciones destacamos que aparte de realizar la matrona varias visitas al domicilio antes del parto, las matronas permanecen en el cuidado del postparto inmediato (2-3h).³⁴

4.4.2 Estudios que demuestran la seguridad del parto en casa

En relación, a la Guía del NICE: “*Atención intraparto*” hay que destacar que fue elaborada debido a un estudio realizado en el Reino Unido donde en las conclusiones se observaba una menor tasa de cesáreas, episiotomías y un menor coste económico fuera del área hospitalaria, como también ningún incremento de la morbi- mortalidad neonatal.^{15, 29} Asimismo, podemos encontrar que se recalca el ahorro importante de la asistencia del parto en el domicilio en comparación con el hospital.³⁰ Además, en 2017 una matrona realizó una revisión narrativa, en el cuál se comparó este asunto tanto en el sistema sanitario americano como en el español, dando datos de diferencia de hasta 1.500 euros entre hospitalaria y domicilio.³⁵

En Canadá, el Colegio Oficial de matronas elaboró una nueva guía en 2016, “*Seguridad en el parto en el hogar*”, donde confirma y recalca que actualmente existe

una alta seguridad para parir en el domicilio y recomendarlo a las gestantes de bajo riesgo. Esto surgió tras la realización de cuatro estudios de investigación que comparaban los nacimientos en el domicilio y en el hospital, obteniendo como resultado un importante descenso de las tasas de intervenciones y de medicalización en las gestantes que decidieron dar a luz en el hogar.^{36, 37}

Otros estudios más recientes de 2018, han querido explicar y detallar las prácticas obstétricas en los partos domiciliarios asistidos por profesionales cualificados. Siendo el resultado de esos estudios más o menos semejantes, donde se comprueba que las mujeres con embarazo de bajo riesgo que deciden parir en el domicilio tenían una alta tasa de parto normal, habiendo pocas intervenciones durante el proceso de parto, menos hemorragias y traumas perineales severos, comparado con las tasas hospitalarias.^{38, 39}

En la Guía clínica a la asistencia de hemorragias postparto, realizada por el Colegio Oficial de matronas de Ontario (Canadá), se encuentran las conclusiones de varios estudios comparativos de las tasas de hemorragias en el postparto en casa y en el hospital, dando como resultado un significativo valor en el hospital de hemorragias postparto y complicaciones en comparación con el parto en casa en todos los estudios. Cabe destacar, que en tres estudios de los anteriores se observó que las gestantes que habían realizado el parto en casa y planificado, habían tenido menos intervenciones intraparto, así como inducción y episiotomía.⁴⁰

Con respecto a las tasas de morbi-mortalidad tanto fetal como materna, existen estudios que no son muy fiables y que no tienen datos relevantes, como por ejemplo: dos revisiones sistemáticas comparando el parto planificado en hospital y en domicilio publicadas en 2013 y 2016, concluyen que no hay pruebas sólidas, ni resultados fiables que favorezcan tanto el parto en el hospital como en el domicilio en pacientes de bajo riesgo, ya que se aprecia que se perdieron datos en el estudio y no se presentó un informe completo. Por lo que en las conclusiones recomiendan realizar estudios bien elaborados y diseñados.⁴¹

En España, también se realizó un estudio retrospectivo en el año 2011 que concluyó que entre 1995 y 2009 no se obtuvo valores significantes con respecto a la mortalidad fetal entre los partos estudiados en el domicilio y en el hospital.⁴²

Las Guías de Práctica Clínica sobre la atención al parto en casa comentadas durante el trabajo, siempre tienen en común que hay que tener en cuenta y haber planeado como será la transferencia de la madre y el feto al hospital más cercano, para así evitar complicaciones en el momento del parto en el domicilio, pero sobretodo la posible mortalidad de ambos. Por eso existe dicha recomendación en todas las guías.^{1, 29,}

4.4.3 Legislación y financiación.

El parto en casa en España es legal pero no está regulado, ni se encuentra en la cartera de servicios públicos. Por lo que las mujeres pueden elegir la opción, pero la asistencia se presta por matronas a título privado sin respaldo ni apoyo por parte de los poderes públicos.⁴³

La situación en otros países es muy dispar, existiendo países donde se contempla la asistencia al parto en el domicilio, ofreciéndolo como servicio público: asistido por matronas, coordinado con el equipo de un hospital y teniendo incluso la posibilidad de un traslado inmediato ante cualquier problema, países donde se fomenta pero no se financia, y países donde es ilegal y se sanciona al personal sanitario que atiende un parto en el domicilio.^{33, 34}

Dentro de los países donde existe la posibilidad de elección se encuentra, Inglaterra (Reino Unido), que si se ofrece y se financia, aunque recomiendan para el parto en el domicilio que se tengan los criterios de inclusión de la NICE.¹⁵ También, es obligatorio que toda matrona que asista partos en domicilio se encuentre registrada (Consejo de enfermería y obstetricia) y que tenga un seguro de indemnización.⁴⁴ Hay que destacar que aunque este financiado el parto en casa existe la posibilidad de contratar a una matrona de forma privada, siendo necesario tener un seguro de responsabilidad civil cuyo precio puede variar en función de si la matrona asiste partos en casa o no.²

En Australia y Nueva Zelanda también se ofrece y se financia, tanto como servicio público como por privado. Siendo obligatorio para las matronas en Australia el seguro de responsabilidad civil, exceptuando generalmente si trabaja en el hospital.² El colegio de obstetricia y ginecología de Australia y Nueva Zelanda da unas recomendaciones generales para el parto domiciliario, que son: los profesionales que asistan partos en domicilio deben limitarse a los obstetras y/o parteras cualificadas, la matrona que asiste el parto debe mantener una relación profesional con un obstetra tanto sea de forma privada como pública para consultas y referencias, en los centros de maternidad las matronas deben realizar programas y talleres educativos, consultas y simulaciones.³³

En Canadá, se ofrece y se financia, pero sólo en siete de las diez provincias que compone este territorio.⁴⁵

En Holanda, se promociona los partos en el domicilio en mujeres de bajo riesgo estando todo cubierto por la sanidad pública y asistido la mayoría de veces por matronas.³⁴ La atención integral dada a las gestantes en este país se basa en un modelo de selección de riesgos: Atención primaria, donde se encuentra la matrona y/o médico de

cabecera que atiende a las gestantes de bajo riesgo; Atención secundaria, constituido por obstetras y especialistas en el hospital que atienden a las gestantes de alto riesgo. En el sistema holandés, los profesionales de salud se guían a través del Manual Obstétrico, realizado por los obstetras y matronas de Holanda. En dicha guía se confirma que se pueden realizar ecografías tanto en atención primaria como en secundaria, si ya se han realizado otras veces, dando las indicaciones de cuándo se debe realizar en cada caso. También, se recomienda realizar una auditoría perinatal con el objetivo de registrar y exponer recomendaciones para mejorar la calidad. La finalidad y lo que se recalca en el modelo de organización es la cooperación de todos los profesionales y la comunicación de ambos en todo el embarazo.^{34, 46}

En Dinamarca, se ofrece también incluyéndose en la sanidad pública, pero no se promueve.⁴⁷ Cabe destacar que en este país existen pocos centros privados, por lo que la matrona es pagada la mayoría de veces por el servicio público o alguna vez de forma privada.³⁴

4.4.4 Datos estadísticos del parto domiciliario.

En la actualidad, en nuestro país la mayoría de los partos tienen lugar en el ámbito hospitalario, aunque se puede observar en algunas comunidades autónomas que va aumentando el porcentaje de partos en casa atendidos por profesionales sanitarios, siendo con un porcentaje más alto Cataluña, en torno al 0.63%, y en segundo lugar, País Vasco con un 0.46%.²

Con respecto a los porcentajes de partos domiciliarios de los países destacados anteriormente, encontramos:

- Inglaterra, con un porcentaje que oscila entre 2- 3%.⁴⁴
- Australia, con un aproximadamente 4% y Nueva Zelanda, menor del 1%.³³
- Canadá, con un 15% para las gestantes primerizas y un 19% para las gestantes multíparas, según el último recuento del Colegio Oficial de matronas de Ontario.⁴⁵
- Holanda, con un porcentaje de partos elevado debido a que el total de las matronas que hay en este país solo el 27% trabaja en el hospital.³⁴
- Dinamarca, con un porcentaje que equivale al 1%.⁴⁷

4.5 SITUACIÓN DE LOS PROFESIONALES

En 1985, se reunió la OMS y la Organización Panamericana de Salud en Fortaleza (Brasil), para realizar una conferencia sobre el parto revisando el modelo

biomédico de atención al embarazo. Como resultado de dicha reunión, se redacta un documento llamado Declaración de Fortaleza, en las que se incluyen varias recomendaciones, donde se puede destacar, que los profesionales deben transmitir a sus pacientes los nuevos conocimientos sobre todos los aspectos relacionados con el parto, utilizando técnicas de comunicación, para tener un intercambio de información de manera clara y respetuosa. Por tanto, se llega a la conclusión, que todos los profesionales deben estar en continua formación.⁴⁸

La obligatoriedad de la formación continuada y actualización de conocimientos de los profesionales está legislada en nuestro país. La Ley 44/2003, del 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias se encuentra en el artículo 4 que los profesionales sanitarios desarrollan varias funciones, entre ellas, de información y de educación sanitaria, así como “*tenderán a la unificación de los criterios de actuación, que estarán basado en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial*”. En el artículo 5 comenta que los profesionales “*deben ofrecer una información suficiente y adecuada*” a los pacientes, para que así estos puedan tomar decisiones.⁴⁹

Existe, además varios artículos del código deontológico español (médico: artículos 7, 9, 25 y de enfermería: artículos 70, 71, 73), que afirman que todo profesional debe mantenerse siempre informado y conocer la actualidad, así como que realicen educación para la salud siempre con datos evidenciados científicamente. También, de auto-conducir su formación y ser capaz de valorar sus necesidades de aprendizaje.^{50, 51}

En la formación pregrado, actualmente en nuestro país se observa que en el plan formativo de los obstetras publicado en el boletín oficial del estado (BOE) no se encuentra ninguna competencia relacionada con la asistencia al parto domiciliario. Por el contrario, en el plan formativo de las matronas si aparece como una de las competencias, comprender las “*diferentes alternativas en la asistencia obstétrica: Hospital, Centros de parto, Parto en el domicilio, Valoración del riesgo materno y perinatal.*”^{52, 53}

En la formación posgrado se observa escasa oferta de cursos en relación a la asistencia al parto en casa, y lo realizan diferentes asociaciones de profesionales como por ejemplo: la asociación nacer en casa, que cada dos años más o menos oferta el curso de asistencia al parto domiciliario. Otra asociación y empresa internacional interesante es Helena Eyimi que también oferta programas formativos tanto teórico como práctico, siendo más importante para ellos la práctica en temas relacionados con la maternidad.^{4, 54}

5. ANTECEDENTES

Existen diferentes posicionamientos de los profesionales sanitarios implicados en el seguimiento del embarazo y asistencia al parto a la hora de considerar el parto en casa como una opción segura o no.

Por un lado, el Colegio Oficial de matronas y obstetras de Holanda elaboraron un manual obstétrico en 1999 con recomendaciones para ayudar a los profesionales de salud a proporcionar a las gestantes una atención de alta calidad e individualizada, donde se posicionan a favor del parto domiciliario y lo principal que destacan en esta guía es la cooperación por parte de todos los profesionales que asisten a una gestante.⁴⁶

Por otro lado, el Colegio de Obstetras y Ginecólogos de Australia y Nueva Zelanda, apoyan que las mujeres embarazadas puedan elegir dónde se desarrolla el parto, sin embargo, prefieren e indican como el lugar más seguro el hospital frente al domicilio. Igualmente se posiciona el Colegio de obstetras Americano, pero reconoce que el parto en casa puede ser una opción segura si la atención es prestada por matronas certificadas por el American Midwifery Certification Board.^{33, 55, 56}

En el año 2015 se realizó un estudio por parte de las asociaciones y el Colegio de comadronas de Columbia Británica (Canadá), donde comparaban en varios países si se regula, se apoya o si se promueve el parto. Este estudio aunque dio buenos resultados en Reino Unido sobre las tasas de los nacimientos planificados en el hogar, se pudo observar que las matronas del Reino Unido se ven todavía con numerosos problemas y desafíos por parte de otros profesionales del mismo ámbito profesional. En una encuesta realizada las matronas, en general, apoyaban los planes del gobierno de aumentar las tasas para el parto domiciliario, pero sin embargo, los obstetras eran más neutrales y los pediatras, en general, se negaban al nacimiento en casa, así como cualquier plan gubernamental que ayudara a ello.³⁴

En el año 2016, se realizó otro estudio cuyo objetivo era conocer los puntos de vista de las matronas y obstetras sobre el programa de parto domiciliario financiado con fondos públicos en Victoria (Australia), como resultado se obtuvo que un 93% de las matronas apoyaban el parto domiciliario financiado con fondos públicos, mientras que los obstetras tenían opiniones muy variadas, existiendo discrepancias en lo relativo a la seguridad materno- fetal. No obstante, un 75% creía que sí se realizaba algún traslado del hogar al hospital, sería más seguro si la matrona que asiste en el parto domiciliario fuera miembro del personal del hospital al que se deriva.⁵⁷

El Colegio Oficial de matronas de Canadá se posiciona a favor del parto domiciliario en una guía realizada en 2016, llamada “*Seguridad en el parto en el hogar*”, donde justifican y recalcan que existe una alta seguridad para parir en el domicilio siendo

la mejor opción para las gestantes con embarazo de bajo riesgo.³⁶

En 2017, se estudió las opiniones de varios obstetras de Uthan (uno de los estados de EE.UU) dando como resultado que los obstetras no aceptan, así como que no están familiarizados, con estudios o temas relacionados con el parto planificado en el hogar.⁵⁶

En España, en el año 2010 el Colegio Oficial de enfermería de Barcelona elabora la Guía de asistencia al parto en casa, actualizada en 2018 a la luz de las nuevas recomendaciones. El objetivo de este documento es tener una guía que sirva como ayuda a las matronas que asisten partos domiciliarios, para que así puedan dar una asistencia adecuada y de calidad. Hay que destacar que dicha guía, ha tenido el apoyo y la ayuda de la FAME y de varias asociaciones catalanas.¹

Además, la FAME en 2015 elabora un documento, en el cuál, se posiciona a favor de que la mujer embarazada y su pareja puedan elegir el lugar para el nacimiento de su hijo, basándose en la evidencia científica. Apoyando así, los partos en el domicilio siempre que se realice en unas condiciones óptimas, con profesionales y con bajo riesgo materno-fetal⁵⁸.

6. METODOLOGÍA

6.1 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Los descriptores utilizados fueron:

- Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): parto domiciliario, matrona, parto humanizado, protocolos, guías de práctica clínica.
- Medical Subject Headings (MeSH): home childbirth, nurse midwives, humanizing delivery, protocols, practice guideline.

La búsqueda bibliográfica se realizó a través del punto q de la Universidad de La Laguna y google académico en las siguientes bases de datos: Scielo, Web of science (WOS), Pubmed, Cinahl y Cochrane.

- ❖ En Google académico, se encontraron 337 artículos y se seleccionaron 6 artículos.
- ❖ En Scielo, se encontraron 82 artículos y se seleccionaron 5 artículos.
- ❖ En WOS, se encontraron 17 artículos y se seleccionó 1 artículo.
- ❖ En Pubmed, se encontraron 631 artículos y se seleccionaron 10 artículos.

- ❖ En Cinahl, se encontraron 5 artículos y se seleccionó 1 artículo.
- ❖ En Cochrane, se encontraron 34 artículos y se seleccionó 1 artículo.

Además, se realizó una búsqueda intencionada de guías de práctica clínica, recomendaciones, leyes y sociedades científicas:

- Guías del NICE: atención prenatal, atención intraparto.
- Guía de asistencia al parto en España.
- Recomendaciones de la Organización mundial de la salud sobre el parto y nacimiento.
- Documento del Plan de Parto y nacimiento del Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- Posicionamiento de colectivos profesionales: FAME, SEGO, OMS, Colegio Oficial de obstetras y matronas de Australia y Nueva Zelanda, Canadá, Americano y de Holanda.
- BOE: plan formativo de los obstetras y matronas.
- Código deontológico médico y de enfermería.
- Asociaciones a favor del parto domiciliario: nacer en casa, el parto es nuestro, change y helena eyimi.

Criterios de inclusión/exclusión:

Los criterios de inclusión fueron los artículos, informes, y revisiones sistemáticas publicados desde el 2014 hasta la actualidad, en español como en inglés.

Los criterios de exclusión fueron los artículos o recomendaciones no abaladas por sociedades científicas.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, analítico y transversal.

6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población escogida para el estudio son las matronas de atención primaria y los obstetras de CAE y/o hospital de referencia del área de La Palma y Gran Canaria.

En el área de La Palma encontramos 4 matronas en atención primaria y 7 obstetras en el Hospital General de La Palma.

En el área de Gran Canaria encontramos 36 matronas en atención primaria, 16 obstetras en el Hospital Materno- Infantil y 7 obstetras en seis CAES.

6.4 VARIABLES A ESTUDIO

- Edad
- Sexo
- Lugar de residencia familiar.
- Años de experiencia laboral.
- Acceso a residencia:
 - Vía EIR/ MIR
 - Vía NO EIR/ MIR (lugar de residencia)
- Nivel de formación:
 - Formación pregrado: Guías docentes.
 - Formación postgrado: Cursos realizados en relación a la asistencia al parto en casa.
 - Conocimiento de Guías de práctica clínica y recomendaciones internacionales.
- Información facilitadas a las usuarias y familia en relación a la evidencia del parto en casa:
 - En la consulta.
 - En las clases de preparación al parto.
- Actitud ante el parto en casa:
 - Favorable
 - No favorable.

6.5 INSTRUMENTOS DE MEDIDA Y RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se realizará a través de un cuestionario de elaboración propia que consta de dieciséis preguntas agrupadas en cuatro dimensiones: sociodemográfica, nivel de formación, información facilitada y actitud frente a la seguridad del parto en casa. Las respuestas son de tipo Likert y respuestas cerradas (Anexo 1). Este cuestionario se pasará a las matronas de atención primaria y los obstetras de CAE y/o hospital de referencia del área de La Palma y Gran Canaria.

El cuestionario se dejará en el CAE o hospital de referencia después de explicar a los profesionales en qué consiste este estudio. En el caso de La Palma se estará una semana en la isla y en Gran Canaria un mes para la recogida de datos.

EN LA PALMA: Se dejará el cuestionario en el Hospital General de La Palma en la unidad de obstetricia durante una semana y durante esa misma semana se pasará por

atención primaria para entregárselo a las matronas y que ese mismo día lo puedan rellenar. Como hay cuatro matronas en el área de La Palma, se escogerá cuatro días para ver una matrona por día.

EN GRAN CANARIA: Se dejará el cuestionario en el Hospital Materno Infantil durante cuatro semanas, ya que tiene más cantidad de profesionales trabajando. Además, Gran Canaria cuenta con seis CAES por lo que se desplazará durante una semana a cada uno de ellos para entregar dicho cuestionario a los obstetras, recogidos el mismo día. En el caso de atención primaria, se realizará la entrega y recogida del cuestionario el mismo día distribuyéndose los centros de salud durante tres semanas, se desplazará durante ese periodo a dos centros de salud por día, excepto los viernes que serán tres centros de salud.

Los desplazamientos se llevaran a cabo con un vehículo propio, y la recogida de datos se realizará en un mes y una semana.

6.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Análisis descriptivo:

Las variables cuantitativas serán descritas con media, DT y rango.

Las variables cualitativas con sus frecuencias absolutas y relativas.

Análisis bivariante:

Para el análisis de las correlaciones entre variables cualitativas se establecerán tablas de contingencia, aplicando en las variables que hayan mostrado alguna correlación, la chi cuadrado. En el caso de que la muestra fuera pequeña (alguna celda menor 5) se utilizará el test exacto de Fisher.

En el caso de variable cuantitativa y cualitativa el estadístico a utilizar será la T Student entendiendo la gráfica como normal (>30). Aceptando significación estadística cuando p menor 0.05 en todos los casos.

Para el análisis de los datos se utilizará un Software estadístico o programa estadístico llamado SPSS v.24.

7. ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización del estudio se solicitará permiso a la gerencia de atención primaria de Gran Canaria y La Palma, y a la gerencia hospitalaria del Hospital Materno Infantil de Gran Canaria y el Hospital General de La Palma (Anexo 2). Además, se informará a todos los participantes del objetivo del estudio, de que su participación será de carácter anónimo y se respetará la confidencialidad de los datos (Anexo 3). Al ser un

cuestionario auto-cumplimentado, no hará falta un consentimiento informado para los participantes ya que se interpreta como concedido dicho consentimiento.

8. CRONOGRAMA

El estudio tendrá una duración total de 4 meses, según el siguiente cronograma:

	1º MES	2º MES	3º MES	4º MES
Planteamiento del problema				
Búsqueda y revisión bibliográfica				
Solicitud de permisos				
Elaboración de encuesta				
Recogida de datos				
Análisis y estadísticas de los datos				
Obtención de resultados				
Conclusión				

9. PRESUPUESTO

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	IMPORTE/UNIDAD	SUBTOTAL
RECURSOS HUMANOS	Experto estadístico	500€/ 1 mes	500€
RECURSOS MATERIALES	Paquete de folios 500 unidades	5€/ 1 unidad	5€
	Sobres	0.20cent/5 unidades	1€
	Gastos de impresión	0.05cent/70 unidades	3.50€
TRANSPORTE	Billete de avión	60€/ 1 ida y vuelta	60€
	Gasolina vehículo propio	60€/ 2 meses	120€
GASTOS TOTAL:			689.5

10. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Guía de asistencia del parto en casa. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. 2018. Disponible en:
http://www.llevadores.cat/docs/publicacions/Guia_PartCasa_2018.pdf
[Consultado el día: 21 de diciembre de 2018]
- 2) Ortega Barreda, E. Cairós Ventura, LM. Clemente Concepción, JA. Rojas Linares, C. Pérez González, AM. Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa. Ene [Internet]. 2017; 11(1). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2017000100005&lang=pt [Consultado el día: 14 de enero de 2019]
- 3) El parto es nuestro [Internet] 2010. El parto en casa planificado. Disponible en:
<https://www.elpartoesnuestro.es/> [Consultado el día: 15 de enero de 2019]
- 4) Nacer en casa [Internet] c2016. Formación. Disponible en:
<http://nacerencasa.org/> [Consultado el día: 15 de enero de 2019]
- 5) Tuteur A. Why is american home birth so dangerous?. The New York Times. Saturday, 30th April, 2016. Disponible en:
<https://www.nytimes.com/2016/05/01/opinion/sunday/why-is-american-home-birth-so-dangerous.html> [Consultado el día: 10 de abril de 2019]
- 6) Hill A. Home birth. What the hell was I thiking?. The Guardian. Saturday ,16th April ,2011. Disponible en:
<https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2011/apr/16/home-birth-trial-or-rewarding> [Consultado el día: 10 de abril de 2019]
- 7) Change.org [Internet] 2019. Por la opción de tener un parto domiciliario amparado por la seguridad social española. Disponible en:

- <https://www.change.org/p/por-la-opci%C3%B3n-de-tener-un-parto-domiciliario-amparado-por-la-seguridad-social-espa%C3%B1ola> [Consultado el día: 10 de abril de 2019]
- 8) Walker JJ. Planned home birth. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2017; 43: 76-86. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/accidys2.bbtk.ull.es/pubmed/28694057>
[Consultado el día: 14 de enero de 2019]
- 9) Claudia Uribe T. Aixa Contreras M. Paulina Bravo V. Luis Villarroel del Pino. Fernando Abarzúa C. Modelo de asistencia integral del parto: Concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad. Rev. chil. Obstet. Ginecol.[Internet] 2018; 83 (3). Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071775262018000300266&script=sci_arttext&lng=en [Consultado el día: 14 de enero de 2019]
- 10) Grupo de trabajo de la estrategia de atención al parto normal y salud reproductiva. Plan de parto y nacimiento. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerios de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011. Disponible en :
<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eguidad/planPartoNacimiento.pdf> [Consultado el día: 16 de febrero de 2019]
- 11) El parto es nuestro [Internet]. El plan de parto. Disponible en:
<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/el-plan-de-parto>
[Consultado el día: 15 de enero de 2019]
- 12) Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto. Organización mundial de la salud. 2018. Disponible en:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1> [Consultado el día: 21 de diciembre de 2018]
- 13) Embarazo. Organización mundial de la salud. Disponible en:
<https://www.who.int/topics/pregnancy/es/> [Consultado el día: 21 de enero de 2019]
- 14) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del

- embarazo normal. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 2018; 61 (5): 517-534.
Disponible en:
https://sego.es/documentos/progresos/v612018/n5/GAP_Control%20prenatal%20del%20embarazo%20normal_6105.pdf [Consultado el día: 19 de abril de 2019]
- 15) Blázquez Camero D. El parto domiciliario a debate. Anales de pediatría [Internet]. 2019; 90(3): 144-145. Disponible en: <http://www.analesdepediatría.org/es-pdf-S1695403315001034> [Consultado el 25 de marzo de 2019].
- 16) Vázquez Parra, JC. Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. Rev.latioam.bioet. 2016; 16 (1). Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165747022016000100004&script=sci_arttext&tlng=pt [Consultado el día: 21 de enero de 2019]
- 17) Definición de “parto normal”. Federación de Asociaciones de Matronas de España. 2006. Disponible en:
<https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/definicion-2bparto-2bnormal-fame-2b10-06-2006.pdf> [Consultado el día: 21 de enero de 2019]
- 18) Carvajal Cabrera, JA. Ralph Troncoso, CA. Manual de obstetricia y ginecología. 8ª ed. Chile: facultad de medicina; 2017. Disponible en:
<https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf> [Consultado el día: 21 de enero de 2019]
- 19) El parto es nuestro [Internet]. 2012. Parto. Disponible en:
<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/inicio-espontaneo-o-induccion>
[Consultado el día: 15 de enero de 2019]
- 20) Iniciativa parto normal. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/ipn/parto-normal/>
[Consultado el día: 19 de enero de 2019]
- 21) Borges Damas, L. Sánchez Machado, R. Domínguez Hernández, R. Sixto Pérez, A. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. Revista cubana de obstetricia y ginecología [Internet]. 2018; 44 (3). Disponible en:

- <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/226/293> [Consultado el día: 19 de enero de 2019]
- 22) Guía práctica de cuidados en el parto normal. Organización mundial de la salud. 1996. Disponible en:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf> [Consultado el día: 22 de diciembre de 2019]
- 23) Castrillo, B. De partos y derechos en el camino hacia la humanización. VIII Jornadas de Investigación en Antropología Social Santiago Wallace, 27 al 29 de julio de 2016, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. En memoria Académica. Disponible en:
http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8181/ev.8181.pdf
[Consultado el día: 20 de enero de 2019]
- 24) Macías Intriago, MG. Tacoamán Acurio, IJ. Giler Saltos, LA. Quimis Guerrero, WM. Choez Reyes, ML. Mercedes Álvares, M. Parto humanizado como estrategia de salud pública en atención primaria de salud. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento [Internet]. 2018; 2(3): 730-745. Disponible en:
<file:///C:/Users/david/Downloads/DialnetPartoHumanizadoComoEstrategiaDeSaludPublicaEnAtenc-6732823.pdf> [Consultado el día: 19 de enero de 2019]
- 25) Martínez Martín, E. Manrique Tejedor, J. García Rebollo, MA. Martínez Galán, P. Macarro Ruiz, D. Figuerol Calderó, M^ªI. Parto en casa versus parto hospitalario. Metas de enfermería [Internet]. 2016; 19 (6). Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5566557> [Consultado el día: 19 de enero de 2019]
- 26) González Corral, C. Martínez Rodríguez, E. Vera Márquez, MF. La humanización del parto: atención sanitaria al trabajo del parto. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud [Internet]. 2018; 4: 91-95. Disponible en: https://www.ciise.es/files/libros/BOOK_08.pdf#page=92
[Consultado el día: 19 de enero de 2019]
- 27) National Institute for Health and Care Excellence. c2019. Disponible en:
<https://www.nice.org.uk/about/who-we-are> [Consultado el día: 21 de diciembre de 2018]

- 28) Guide of antenatal care for uncomplicated pregnancies. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2019. Disponible en:
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/chapter/Woman-centred-care> [Consultado el día: 22 de diciembre de 2018]
- 29) Guide of intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2014. Disponible en:
<https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/2014-nice-intrapartum-care.pdf> [Consultado el día: 21 de diciembre de 2018]
- 30) Guide of intrapartum care overview. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2018. Disponible en:
<https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/intrapartum-care-intrapartum-care-overview.pdf> [Consultado el día: 21 de diciembre de 2018]
- 31) Statement on home birth. College of Midwives of British Columbia. 2005. Disponible en: <https://www.cmbc.bc.ca/wp-content/uploads/2015/12/13.01-Statement-on-Home-Birth.pdf> [Consultado el día: 20 de enero de 2019]
- 32) Home Birth. Handbook for Midwifery Clients. 2008. Disponible en:
<http://www.midwiferygroup.ca/downloads/labour/Home-Birth-Handbook-for-Clients.pdf> [Consultado el día: 16 de febrero de 2019]
- 33) Home Births. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. 2017. Disponible en:
[https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Home-Births-\(C-Obs-2\)-Review-July-17.pdf?ext=.pdf](https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Home-Births-(C-Obs-2)-Review-July-17.pdf?ext=.pdf) [Consultado el día: 22 de diciembre de 2018]
- 34) Jurisdictional review of midwifery scopes and models. College of midwives of British Columbia. 2015. Disponible en:
<http://cmbc.bc.ca/wp-content/uploads/2015/10/Jurisdictional-Review-Midwifery-Scopes-and-Models.pdf> [Consultado el día: 22 de diciembre de 2018]
- 35) Fernández Aranda, MA. Impacto económico del parto en casa vs parto en el hospital. Metas de Enfermería [Internet]. 2017; 20 (7): 68-74. Disponible en:

- <http://web.b.ebscohost.com/accedys2.bbtk.ull.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=7048eb49-1975-464a-97ce-8f653d717e01%40sessionmgr104>[Consultado el día: 22 de enero de 2019]
- 36) Home birth in Ontario safe, expert panel confirms. Association of Ontario Midwives. 2016. [Disponible en: <https://www.ontariomidwives.ca/home-birth-ontario-safe-expert-panel-confirms> [Consultado el día: 21 de diciembre de 2018]
- 37) Guide of home birth safety. Association of Ontario Midwives. 2016. Disponible en: <https://www.ontariomidwives.ca/home-birth-safety> [Consultado el día: 21 de diciembre de 2018]
- 38) Green Koettker, J. Maria Bruggemann, O. Fontiura Freita, P. González Riesco, MA. Costa, R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. Rev.esc.enferm. [Internet]. 2018; 52. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342018000100460&lang=pt [Consultado el día: 19 de enero de 2019]
- 39) Bufanda, VL. Rossiter, C. Vedam, S. Dahlen, HG. Ellwood, D. Foster, 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: 240-255. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29727829> [Consultado el día: 22 de enero de 2018]
- 40) Guideline of postpartum hemorrhage. Association of Ontario Midwives. 2016. Disponible en: https://www.ontariomidwives.ca/sites/default/files/2017-12/CPG-Postpartum-hemorrhage-PUB_1.pdf [Consultado el día: 19 de enero de 2018]
- 41) Olsen, O. Clausen, JA. Planned hospital birth versus planned home birth. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 9. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000352.pub2/full/es> [Consultado el día: 16 de febrero de 2019]
- 42) Ruiz Callado, R. Romero Salord, F. Fontanillo Garrote, A. Mortalidad perinatal en los partos únicos asistidos a término en España entre 1995 y 2009 según ocurrieran en el domicilio particular o en centro sanitario. Enfermería

- Comunitaria [Internet]. 2012; 8 (1). Disponible en:
<http://www.index-f.com/comunitaria/v8n1/ec7773r.php> [Consultado el día: 3 de marzo de 2019]
- 43) Parto domiciliario: ¿Qué puedo responder? ¿Qué le digo ahora a mi paciente?. Colegio Oficial de enfermería de Madrid. 2015. Disponible en:
<http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/440fa1be487e4e7ebd08b573c84db01e/c86b6d771fe04648a814f3ee0a7eb7d1/6eb35794-28a0-4a07-96d5-e42202b28f55/6eb35794-28a0-4a07-96d5-e42202b28f55.pdf>
[Consultado el día: 22 de enero de 2019]
- 44) Sharon Licqurish, AE. "Risk or Right":a discourse analysis of midwifery and obstetric colleges homebirth position statements. Nursing Inquiry [Internet]. 2016; 23 (1): 86-94. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nin.12111> [Consultado el día: 22 de diciembre de 2019]
- 45) Midwifery by the numbers. Association of Ontario Midwives. 2017. Disponible en: <https://www.ontariomidwives.ca/midwifery-numbers> [Consultado el día: 25 de enero de 2019]
- 46) Manual obstétrico: Informe final del Grupo de Trabajo de Obstetricia del Consejo Nacional de la Salud Pública Holandesa. Asociación Andaluza de matronas. 2004. Disponible en:
https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/manual_obstetrico_holandes_2004.pdf [Consultado el día: 19 de enero de 2019]
- 47) Ramírez, C. Parto en casa planificado con Asistencia Profesional: Recuperando el protagonismo [Tesis doctoral]. Universidad de Chile; 2015. Disponible en:
<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/140306/tesis%20carla%20ramirez%20%281%29%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Consultado el día: 16 de febrero de 2019]
- 48) Biurrun Garrido, A. La humanización de la asistencia al parto: valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol. [Tesis doctoral]. Universidad de Barcelona; 2017. Disponible en:
https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/457137/ABG_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Consultado el día: 22 de enero de 2019]

- 49) Ordenación de las profesiones sanitarias. Ley 44/2003 de 21 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (22-11-2003). Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340> [Consultado el día: 3 de marzo de 2019].
- 50) Organización Médica Colegial de España. Código de deontología médica. 2011. Disponible en:
https://www.cgcom.es/codigo_deontologico/files/assets/basic-html/page-17.html
[Consultado el día: 3 de marzo de 2019]
- 51) Organización Colegial de Enfermería. Código deontológico de enfermería. Consejo General de Enfermería. 2017. Disponible en:
https://www.colegioenfermeriamalaga.com/documentos/vu/Codigo_Deontologico.pdf [Consultado el día: 3 de marzo de 2019]
- 52) Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico- Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial del Estado, nº 129, (28-05-2009). Disponible en:
<file:///C:/Users/david/Downloads/BOE-A-2009-8881.pdf> [Consultado el día: 15 de enero de 2019].
- 53) Orden SAS/1350/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología. Boletín Oficial del Estado, nº129, (28-05-2009). Disponible en:
<https://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8882.pdf> [Consultado el día: 15 de enero de 2019].
- 54) Helena eyimi [Internet]. 2017. Programa formativo. Disponible en:
<https://helenaeyimi.com/conoceme-2/> [Consultado el día: 3 de marzo de 2019]
- 55) Committee on Obstetric Practice. Cera, JR. Barth, Jr WH. Committee Opinion No.697: Planned Home Birth. Obstet Gynecol. 2017; 129 (4): 117-122. Disponible en:
<https://www.ncbi-nlm-nih-gov.accedys2.bbtck.ull.es/pubmed/28333824>
[Consultado el día: 22 de enero de 2019]

- 56) Rainey, E. Simonsen, S. Stanford, J. Shoaf, K. Baayd, J. Utah Obstetricians opinions of planned home birth and conflicting NICE/ACOG guidelines: a qualitative study. Birth. [Internet]. 2017; 44 (2): 137-144. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.accedys2.bbtck.ull.es/pubmed/28211155> [Consultado el día: 21 de diciembre de 2018].
- 57) McLachlan, H. MacKay, H. Powell, R. Samll, R. Davey, MA. Cullinane, F. et al. Publicity- funded home birth in Vitoria, Australia: Exploring the views and experiences of midwives and doctors. Midwifery. 2016; 35: 24-30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.accedys2.bbtck.ull.es/pubmed/27060397> [Consultado el día: 21 de diciembre de 2018]
- 58) Posicionamiento de la FAME sobre la atención del parto en casa. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Disponible en: www.posicionamiento-parto-domiciliario-fame-def.pdf [Consultado el día: 21 de diciembre de 2018].

11. ANEXO 1: CUESTIONARIO

1. Edad:
2. Sexo:
3. Lugar de residencia familiar:
4. Profesión:
5. Años de experiencia laboral:
6. Ámbito de trabajo: Primaria / Especializada
7. Lugar de realización de residencia:

1- Vía EIR / MIR

2- Vía no EIR / MIR

En el caso que sea Vía no EIR / MIR, indique en qué país realizó la residencia:

8. Durante su formación en la especialidad, ¿Usted adquirió algún conocimiento en relación al parto en casa?
-Sí
-No
9. Durante su carrera profesional, ¿Usted ha realizado algún curso o formación sobre la asistencia al parto en casa?
-Sí
-No

En caso afirmativo indique la entidad organizadora y horas de duración:

10. ¿Usted, conoce si el parto en casa está legislado en España?
-Sí
-No
11. ¿Conoce usted, la existencia de Guías de Práctica Clínica y recomendaciones internacionales en relación al parto en casa?
-Sí
-No

En caso afirmativo indique cuál:

12. Señale si está de acuerdo con la siguiente afirmación: Considero que dispongo de la información necesaria para asesorar/informar a las usuarias en relación al parto en casa.
- 1- Estoy totalmente en desacuerdo
 - 2- Estoy parcialmente en desacuerdo
 - 3- Estoy parcialmente de acuerdo
 - 4- Estoy totalmente de acuerdo
13. ¿Usted, cree que se debería mejorar la formación en España en relación a la asistencia al parto domiciliario?
- 1- Estoy totalmente en desacuerdo
 - 2- Estoy parcialmente en desacuerdo
 - 3- Estoy parcialmente de acuerdo
 - 4- Estoy totalmente de acuerdo
14. ¿Estaría de acuerdo en mejorar la financiación del parto en casa?
- 1- Estoy totalmente en desacuerdo
 - 2- Estoy parcialmente en desacuerdo
 - 3- Estoy parcialmente de acuerdo
 - 4- Estoy totalmente de acuerdo
15. ¿Usted, informa a las gestantes y a sus parejas en la consulta o en educación maternal sobre el parto en casa?
- Sí
 - No
16. ¿Considera el parto en casa una opción segura en los casos de seguridad contemplados por la NICE?
- 1- Estoy totalmente en desacuerdo
 - 2- Estoy parcialmente en desacuerdo
 - 3- Estoy parcialmente de acuerdo
 - 4- Estoy totalmente de acuerdo

12. ANEXO 2: AUTORIZACIÓN PARA LA GERENCIA



ARIANA PÉREZ GONZÁLEZ

Email: alu0100998085@ull.edu.es

Grado en Enfermería: 4º año académico.

Universidad de La Laguna (Sede La Palma).

SOLICITO:

Permiso para la realización de un proyecto de investigación en su gerencia de

.....

El objetivo principal de este proyecto de investigación es conocer la actitud y aptitud de las matronas y obstetras en relación al parto es casa. Es por ello, que solicito permiso para la entrega de cuestionarios a dichos profesionales para obtener los resultados de este estudio.

En espera de respuesta, reciba un cordial saludo.

Santa Cruz de La Palma a 18 de mayo de 2019.

Firma:

13. ANEXO 3: HOJA INFORMATIVA PARA EL PERSONAL

18 de mayo de 2019

Gerencia de.....

Dirigido a Matronas y Obstetras.

Asunto: Proyecto de investigación (4º Grado de Enfermería)

Autor: Ariana Pérez González

INFORMACIÓN:

Me dirijo a ustedes, para informarles que se va a realizar un proyecto de investigación en su unidad o servicio, cuyo objetivo principal es conocer y comparar en varias gerencias la actitud y aptitud de las matronas y obstetras en relación al parto en casa. Por consiguiente, para conseguir dichos datos, se pasará una encuesta que será personal y de carácter anónimo.

Por ello, solicito su colaboración en este proyecto de investigación mediante la cumplimentación del cuestionario.

Ante cualquier duda o problema puede ponerse en contacto conmigo en el siguiente email: alu0100998085@ull.edu.es

Reciban un cordial saludo.

Ariana Pérez.