



**Universidad**  
de La Laguna

**NIVEL DE INFORMACIÓN DE LAS MUJERES  
EMBARAZADAS DE TENERIFE SOBRE EL PARTO  
EN CASA ASISTIDO POR PROFESIONALES  
SANITARIOS**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**AUTORA: HELENA RODRÍGUEZ DORTA**

**TUTOR: GERSON REYES ABREU  
COTUTOR: NICOLÁS FERNANDEZ GARCÍA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CURSO 2020/21**





## ÍNDICE

<b>1. Resumen y palabras clave</b> .....	Pág.	4
<b>2. Introducción</b> .....	Pág.	5-6
<b>3. Justificación</b> .....	Pág.	6-7
<b>4. Marco teórico</b> .....	Pág.	7-21
<b>4.1. Evolución histórica</b> .....	Pág.	7-9
<b>4.2. Breve historia de la regulación de la profesión de matrona en España</b> .....	Pág.	9-10
<b>4.3. Fisiología del aparato reproductor femenino</b> .....	Pág.	10-14
<b>4.4. El parto domiciliario</b> .....	Pág.	15-19
<b>4.5. El parto hospitalario</b> .....	Pág.	19-21
<b>5. Marco práctico</b> .....	Pág.	22-26
<b>5.1. Objetivos</b> .....	Pág.	22
<b>5.2. Hipótesis</b> .....	Pág.	22
<b>5.3. Tipo de estudio</b> .....	Pág.	22
<b>5.4. Metodología</b> .....	Pág.	22-23
<b>5.5. Población</b> .....	Pág.	23
<b>5.5.1 Muestra</b> .....	Pág.	23
<b>5.6. Criterios de inclusión y de exclusión</b> .....	Pág.	24
<b>5.7. Variables</b> .....	Pág.	24
<b>5.8. Instrumentos para la recolección de información</b> .....	Pág.	25
<b>5.9. Proceso para obtener la información</b> .....	Pág.	25-26
<b>5.10. Cuestiones éticas</b> .....	Pág.	26
<b>6. Resultados</b> .....	Pág.	26
<b>7. Conclusión</b> .....	Pág.	27
<b>8. Anexos</b> .....	Pág.	28-47
<b>8.1. Anexo 1 . Cronograma de elaboración del estudio</b> .....	Pág.	28
<b>8.2. Anexo 2 . Población total del estudio</b> .....	Pág.	29
<b>8.3. Anexo 3 . Cuestionario nº1 y nº2</b> .....	Pág.	30-33
<b>8.4. Anexo 4 . Permiso para la realización del estudio</b> .....	Pág.	34
<b>8.5. Anexo 5 . Hoja de información para el paciente</b> .....	Pág.	35-36
<b>8.6. Anexo 6 . Consentimiento informado</b> .....	Pág.	37
<b>8.7. Anexo 7 . Presupuesto del proyecto</b> .....	Pág.	38
<b>8.8. Anexo 8 . Entrevista sobre el parto en casa</b> .....	Pág.	39-47
<b>9. Bibliografía</b> .....	Pág.	48-51

## 1. RESUMEN

Dar a luz en el lugar donde la familia habita es una práctica que se ha realizado desde tiempos inmemorables y que ha disminuido a lo largo de los años debido a la implantación del parto hospitalario. Este cambio se realizó como medida preventiva para disminuir las tasas de morbimortalidad materna-fetal y los riesgos que la opción domiciliaria puede entrañar. Actualmente el parto en casa se sigue llevando a cabo atendidos por profesionales sanitarios y bajo unos estándares de control. Además de esto es una opción que no se encuentra cubierta por el Sistema Nacional de Salud español por lo que las personas que desean realizarla deben hacerlo de forma privada y costeando los servicios.

Este proyecto tiene como objetivo analizar el nivel de conocimiento sobre el parto en casa que tienen las mujeres de Tenerife en su tercer trimestre gestacional, comprobando así si los bajos porcentajes de esta práctica están influenciados por el conocimiento o si por el contrario son otras las causas. Para llevar a cabo este estudio analizaremos el conocimiento de las futuras madres utilizando dos cuestionarios que nos permitirán comprobar la relación de las variables: edad, zona de residencia, religión y nivel de estudios.

**PALABRAS CLAVE:** EMBARAZO, PARTO, PARTO DOMICILIARIO, INFORMACIÓN, CONOCIMIENTO, ENFERMERÍA.

## 1. SUMMARY

Give birth in the place where the family lives has been performed since unmemorable times and has decreased over the years due to the introduction of hospital birth. This change was made as a preventative measure to reduce maternal-fetal morbidity and mortality rates and the risks that the home option may entail. Currently home birth is still carried out but attended by healthcare professionals with increased sanitary methods. This is a procedure that is not covered by current Spanish National Health System, so tends to be an option that must be paid for privately.

This project aims to analyze the level of knowledge about home birth that women from Tenerife have in their third gestational trimester, thus verifying if the low percentages of this practice are influenced by knowledge or if, on the contrary, there are other causes. To carry out this study, we will analyze the knowledge of future mothers using two questionnaires that will allow us to verify the relationship of the variables: age, area of residence, religion and level of studies.

**KEY WORDS:** PREGNANCY, PARTURITIUN, HOME BIRTH, INFORMATION, KNOWLEDGE, NURSING.

## 2. INTRODUCCIÓN

El parto es parte de nuestra fisiología y cultura desde el principio de la humanidad. Su atención ha sufrido varios cambios desde entonces aunque el proceso biológico continúa siendo el mismo. El parto normal es definido como el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término y en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales<sup>(1)</sup>. Además de esto entendemos el parto como el momento de dilatación y expulsivo del feto y la placenta desde el interior del útero<sup>(2)</sup>.

En España el parto pasó del ámbito domiciliario al hospitalario a partir del siglo XX lo que supuso la reducción de la morbimortalidad materno-fetal. Las últimas cifras de natalidad en España son de 2019, con un número de 360.617 nacimientos. En 2017 las cifras eran algo más elevadas, se produjeron 393.181 nacimientos<sup>(3)</sup>, y la Asociación Española de Pediatría afirma que la tasa de partos domiciliarios representaba un 0,32% del total con 1.273 nacimientos de los cuales 29 se produjeron en la provincia de Santa Cruz de Tenerife<sup>(4)</sup>.

En la actualidad las mujeres que siguen optando por el parto en casa lo hacen por diferentes factores, desde el deseo de dar a luz sin intervención médica, dar a luz en un lugar cálido como sus hogares o deseo de libertad y control durante el proceso hasta cuestiones culturales o insatisfacción con la atención hospitalaria<sup>(5)</sup>. Hoy en día esta opción está disponible aunque es un servicio privado que no está cubierto por el Sistema Nacional de Salud español y no es recomendable en todos los casos ya que hay que cumplir con unos requisitos para que el proceso pueda ser seguro<sup>(6)</sup>. Además de esto existe cierta negación por una parte de la población que no confía en el proceso o que siguen pensando que la práctica de parto en casa no ha avanzado y es de poca calidad asistencial. Esto en muchas ocasiones ocurre debido al desconocimiento<sup>(7)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reveló en 2018 algunas recomendaciones incluidas en su publicación “Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva” a través de las que aseguraba que la creciente medicalización de los nacimientos está dañando la capacidad de las mujeres para dar a luz así como que el parto debe ser tratado como un proceso natural en el que la madre tome las decisiones y solo se intervenga cuando sea necesario. Asimismo reconoce que para poder tener una “experiencia de parto positiva” esta deberá superar las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer, lo que incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con personal que de apoyo tanto emocional como asistencial con competencias técnicas adecuadas<sup>(8)</sup>. Partiendo de estas afirmaciones entendemos que el parto domiciliario asistido por profesionales sanitarios cumple con los requisitos necesarios y es un derecho fundamental de cualquier mujer.

De acuerdo con la “Guía de asistencia al parto en casa” publicada en 2018 por ALPACC (Asociación catalana de comadronas del parto en casa), el parto tiene riesgos inherentes al igual que otros acontecimientos de la vida. Cada lugar de nacimiento conlleva un conjunto particular de riesgos y beneficios y debe ser cada mujer la que evalúe los mismos y determine cuales son más aceptables para ella y concuerdan mejor con sus creencias, valores e intereses propios. Además de esto, existe cada vez más evidencia acerca de los beneficios de la atención durante el parto ofrecida por matronas como mayor satisfacción por parte de las mujeres, mayor percepción de control, menor probabilidad de recibir analgesia regional, de tener parto instrumental y de episiotomía, mayor probabilidad de tener un parto espontáneo, etc. Es por esto que el parto en casa debería formar parte de la información recibida por las madres durante el embarazo y que deberían comprobarse las preferencias de la mujer actual en relación con esto<sup>(9)</sup>.

### **3. JUSTIFICACIÓN**

El parto en casa ha sido la forma común de nacimiento durante años hasta la llegada del modelo hospitalario. Al realizarse el cambio durante el siglo XX esta práctica comenzó a ir en desuso. Aunque en aquel entonces el parto en casa era una opción peligrosa por la falta de higiene, recursos limitados y personal poco formado actualmente es considerada segura ya que debe cumplir ciertos requisitos para poder realizarse y sigue unos métodos de control.

Esta opción de parto cuenta con una larga lista de beneficios tanto para la madre como para el bebé. Actualmente cuando la gente habla del parto en casa continúan creyendo que esta es una práctica que sólo realizan personas pobres o con diferentes estilos de vida que a menudo son criticados, puesto que no conocen los avances que se han producido a lo largo de los años en este tipo de parto. La falta de información puede influir en la toma de decisiones. Una mujer embarazada a la que no se le habla de sus opciones va a terminar con un parto estandarizado ya que es lo único que se le ha ofrecido. Por otro lado, la misma falta de información va a causar falta de apoyo en el entorno cercano de las madres. Ahora bien, si el parto en casa fuera algo normalizado por las matronas y se informara a todas las mujeres y familiares sobre esta práctica quizás las tasas aumentarían y nos veríamos obligados a realizar cambios en el sistema sanitario.

Otra de las inquietudes para realizar este estudio fue entender por qué en otras comunidades autónomas como Cataluña y países desarrollados el parto en casa sigue siendo parte de la cultura mientras que en el resto de España esta práctica ha sido casi olvidada. Con la información obtenida se podrá evaluar que factores están relacionados con los porcentajes de la práctica, aportando información no sólo sobre el nivel de conocimientos sobre el tema sino también sobre la formación e información dada por el personal sanitario y sobre los miedos generales de la población diana respecto al tema. De este modo sabremos si las bajas tasas de esta opción están influenciadas únicamente por no estar incluida en la cartera de servicios o si

también contribuye la falta de información recibida sobre el tema. Si al final del estudio se demostrara que la información no es el problema principal el siguiente aspecto a estudiar sería la posible disminución del parto domiciliario por los altos precios que las familias han de pagar para poder realizar este tipo de parto, que aunque veremos durante el trabajo se ha demostrado que tendría beneficios para la economía del sistema sanitario.

## **4. MARCO TEORICO**

### **4.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA**

La obstetricia comienza su trayectoria en la prehistoria, donde los conocimientos se transmitían de forma hablada y eran aplicados por mujeres con experiencia que usualmente habían tenido varios hijos. Las representaciones de arte más antiguas sobre la obstetricia se remontan a los años 30.000-25.000 a.C., primera información certera que se consigue sobre esta práctica, aunque está claro que es una práctica que se lleva realizando desde el comienzo de la humanidad<sup>(10)</sup>. También se han encontrado escritos de diferentes culturas y momentos en los que se daba consejos sobre cómo afrontar el parto de forma menos dolorosa. Es cierto que se han encontrado datos que indican que entorno al 40.000 a.C. los partos eran atendidos por las parejas de las mujeres<sup>(11)</sup>.

También en la prehistoria se imagina que las mujeres daban a luz solas, con mayores riesgos de los que podrían darse hoy en día y expuestas a las diferentes circunstancias de su entorno. Se cree que estas mujeres se retiraban a un lugar alejado donde parían solas y de cuclillas o con las piernas o las nalgas apoyadas en grandes piedras<sup>(12)</sup>.

Cuando comenzó la obstetricia solo las mujeres estaban presentes en los partos y según la mitología, esta era una tarea destinada a las diosas. Se ha encontrado información del antiguo Egipto (6.000-1.200 a.C), en el que ya se habla de términos más avanzados como prolapsos, irritación genital, duchas vaginales, pesarios y formas de abortar. Aún en esta época los partos eran tarea exclusiva de las mujeres y estos se desarrollaban en cuclillas. También se tienen referencias de la utilización de sustancias para la estimulación del parto, así como de técnicas y orientación para la lactancia. En estas fechas se empieza a considerar la ayuda al parto como un arte en el que algunas mujeres van adquiriendo más experiencia que otras y por lo tanto son más requeridas. Este es el inicio de uno de los trabajos más antiguos de la historia, el de comadrona, partera u obstetra<sup>(10)</sup>.

Hacia 1.500 a.C. aparecen las primeras técnicas higiénicas en egipcios y judíos con exploraciones genitales e intervenciones obstétricas. Por otro lado en la antigua Mesopotamia

(4.000-331 a.C.) el embarazo ponía a la mujer en situación de impureza por lo que era aislada y separada del grupo en el momento del parto<sup>(10)</sup>.

La primera descripción de un parto normal fue hecha por Hipócrates (460-377 a.C.). Este consideraba que el parto comenzaba cuando el feto tenía hambre y rompía la bolsa de aguas con movimientos de manos y pies. A lo largo de la historia otros grandes médicos han ido exponiendo diferentes teorías acerca del comienzo del parto<sup>(11)</sup>.

En cuanto a la asistencia al parto se han producido cambios en la historia. Las parteras seguían siendo las únicas verdaderas especialistas que sabían atender correctamente a las mujeres que estaban de parto, además de conocer técnicas para aliviar el dolor, aconsejar en su vida sexual o incluso llevar a cabo técnicas abortivas. Los conocimientos se transmitían de generación en generación y mientras esto ocurría los médicos seguían pensando que la sangre, heridas y partos no eran parte de su trabajo. Además de esto cabe recalcar que en estas épocas las mujeres estaban consideradas como seres inferiores y las comadronas eran acusadas frecuentemente de brujería por sus conocimientos en hierbas<sup>(11)</sup>.

En el periodo 4.000–1.700 a. C. - 500 d. C. en la India, los partos también eran atendidos por mujeres. Sushruta (VI a. C.), uno de los grandes nombres de la medicina india escribió un tratado conocido como el primer libro quirúrgico que menciona la obstetricia y el trabajo de parto y en el que se describen técnicas como la cesárea y el empleo de instrumentos de tipo fórceps y espéculos. En las etapas posteriores estos temas pasaron a ser de competencia religiosa por lo que no se tiene información acerca de los métodos utilizados.

En Grecia y Roma existían parteras, y a pesar de que la medicina había avanzado más, cuando estas solicitaban ayuda médica esto consistía en mutilar los fetos dentro del vientre materno y a extraerlos, utilizando pinzas, ganchos y cuchillos.

Entre los años 400 y 1.400 d. C. parece haber existido una época de retroceso que produjo el olvido del progreso realizado hasta el momento<sup>(10)</sup>.

Durante el Renacimiento se produjo el inicio de la medicina científica y en Francia se desarrolló el arte de “partear”. Las matronas monopolizaron la asistencia obstétrica hasta el siglo XVIII. A partir de entonces los médicos comienzan a tomar protagonismo, requiriendo su presencia cuando era necesario intervenir quirúrgicamente. Se comenzó a estudiar el parto como una ciencia y pronto se desarrollaron nuevas técnicas que marcaron un progreso, aunque a pesar de los avances las tasas de mortalidad continuaban siendo bastante elevadas. Ya en el siglo XIX se produjeron grandes avances tanto higiénicos como sobre anestesia que disminuyeron la tasa de mortalidad tanto materna como neonatal. El siglo XX está marcado por el descubrimiento de la penicilina, lo que hizo que las cesáreas comenzaran a ser una técnica de bajo riesgo y que las tasas de supervivencia tanto de la madre como del feto se elevaran. Durante este siglo el control



de la natalidad, el seguimiento médico durante el embarazo, el registro cardiotocográfico durante el embarazo y técnicas quirúrgicas como la cesárea hicieron que la gran mayoría de los partos se desarrollaran de forma segura. Los partos comenzaron a ser atendidos en los hospitales con la finalidad de disminuir riesgos<sup>(12)</sup>. Sin embargo a pesar de estos avances el proceso de parto se ha ido convirtiendo en un momento en el que tanto la madre como las familias están privadas de sus derechos de intimidad y elección, siendo así ingresadas en habitaciones individuales y separadas de sus hijos, los cuales eran llevados a los cuartos nidos donde se les atendía y se les podía ver a través de cristaleras. De este modo el parto dejó de ser una experiencia íntima pasando así a convertirse en un acto médico basado en la utilización de fármacos para el control de todo el proceso<sup>(13)</sup>. En esta época y debido a estos sucesos, varios autores comienzan a desarrollar métodos que favorezcan un desarrollo natural del parto centrándose en la mujer y evitando medicamentos e intervenciones médicas innecesarias<sup>(14)</sup>.

Actualmente la asistencia medicalizada de los partos es algo propio de países industrializados mientras que en el resto de países más tradicionales y menos progresistas han continuado con las costumbres de las parteras sin actualizaciones, haciendo que el parto siga siendo una de las causas de muerte más frecuente en los países subdesarrollados<sup>(11)</sup>.

En España, en la primera mitad del siglo XX los partos se asistían en los domicilios con comadronas mientras que los hospitales eran utilizados mayoritariamente para los partos de las mujeres sin recursos. Antes de estas fechas se tienen pocas referencias ya que era una práctica realizada en las casas por mujeres y ajeno tanto a hospitales como órdenes religiosas<sup>(11)</sup>.

#### **4.2. BREVE HISTORIA DE LA REGULACIÓN DE LA PROFESIÓN DE MATRONA EN ESPAÑA**

El trabajo de comadrona fue reconocido y regulado por el Real Decreto el 10 de agosto de 1904 como estudio independiente con una duración de dos años. En 1928 se validaron las Escuelas de Comadronas en centros hospitalarios especializados. Dicha formación se realizaba en facultades de Medicina o en casas de maternidad. En el caso de las mujeres casadas se les exigía el permiso del marido para poder ejercer. En 1930 se produjo la regulación de la coalición obligatoria de las comadronas en colegios provinciales, así como se oficializó la federación obligatoria de los Colegios de Comadronas<sup>(15)</sup>.

Ya en la segunda mitad del siglo XX, en el año 1950 se aprobó el reglamento y los estatutos del Consejo General y de los Colegios Oficiales de Comadronas y en 1953 desapareció la formación de comadrona, pasando a considerarse una especialidad de Enfermería. Los estudios de practicantes, enfermeras y comadronas se unificaron en un proyecto único denominado Ayudante Técnico Sanitario (ATS).

En el año 1957 se creó la especialidad de Asistencia Obstétrica (Matrona) para las ATS femeninas de menos de 45 años y en régimen de internado. Los ATS masculinos aun no tenían acceso a esta especialidad y entonces los estudios duraban un año. En 1958 se ordenó la colegiación obligatoria para la profesión de ATS, la cual se dividió en tres secciones: practicantes para hombres y enfermeras y matronas para mujeres.

Cuando España ingresa en la Comunidad Económica Europea (CEE) (1986), las especialidades de enfermería, incluida la de matrona, requerían presentar una especialización específica europea que aun no había sido legislada. Por ello en 1987 se cerraron las Escuelas de Comadronas. No fue hasta 1992 que se aprobó el programa formativo de las unidades docentes en la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica (matronas). Así en 1994, con un plan de estudios provisional aprobado, se inició en España dicha formación, con una duración de dos años académicos y el compromiso de formarse en Unidades Docentes Universitarias, así como en hospitales y centros de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud español acreditados. En 2009 se aprobó la última actualización del programa de esta especialidad<sup>(15)</sup>.

#### **4.3. FISIOLÓGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO**

El aparato reproductor femenino esta dividido en dos: órganos externos (monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris y vestíbulo de la vagina) y órganos internos (vagina, útero, trompas de falopio y ovarios). Cada uno de estos órganos cumple una función diferente, desde la maduración de los ovocitos hasta crear las condiciones necesarias para que el embrión pueda desarrollarse<sup>(16)</sup>.

El *monte de Venus* es una protuberancia redondeada que se encuentra por delante de la sínfisis del pubis y está formado por tejido adiposo. De él nacen los *labios mayores*, que son dos grandes pliegues formados por tejido adiposo subcutáneo cuya función es proteger al resto de componentes de la *vulva*, que quedan ocluidos por ellos. Los *labios menores* son unos segundos pliegues que se encuentran debajo de estos y poseen glándulas sebáceas y sudoríparas<sup>(16,17)</sup>.

Por otro lado el *vestíbulo de la vagina* es el espacio situado entre los labios menores y en él se localizan los orificios de la uretra, la vagina y los conductos de salida de las *glándulas vestibulares mayores (de Bartolino)* que secretan moco durante la excitación sexual y que junto con el moco cervical generan una lubricación natural durante las relaciones sexuales. La vulva envuelve también al *clítoris*, que es un pequeño órgano cilíndrico compuesto por tejido eréctil que se agranda al rellenarse con sangre durante la excitación sexual. Este mide 2 - 3 cm. de longitud y está localizado entre los extremos anteriores de los labios menores. Para terminar, los *bulbos del vestíbulo* son dos masas alargadas de tejido eréctil de unos 3 cm. de longitud que se encuentran a ambos lados del orificio vaginal. Estos bulbos están conectados con el glande del

clítoris y durante la excitación sexual se agrandan, al rellenarse con sangre, y estrechan el orificio vaginal produciendo presión sobre el pene durante el acto sexual<sup>(16,17)</sup>.

La **vagina** es un tubo musculomembranoso que mide entre 8 y 12cm y conecta el exterior del cuerpo con el útero. Esta recubierta por unas membranas mucosas que se pliegan entre si dando lugar a pliegues vaginales que mantienen la humedad y acidez y la protegen frente a posibles infecciones. Su orificio esta situado entre la uretra y el ano y es a través de este conducto que se llevan a cabo las relaciones sexuales, menstruación (cuando el óvulo no ha sido fecundado por un espermatozoide) y parto. Este órgano suele estar protegido desde el nacimiento por una membrana, el himen, que se rompe cuando la mujer tiene su primera relación sexual, aunque su rotura también puede deberse a factores diarios como la práctica de deportes, el uso de tampones durante la menstruación o la masturbación. Debido a sus características este conducto tiene una gran elasticidad que le permite dilatarse y contraerse, lo que es indispensable para alguna de sus funciones como la práctica de relaciones sexuales, en la que la cavidad se expande para albergar el pene, que liberará en la vagina los espermatozoides que ascenderán posteriormente por el cuello del útero para fecundar el óvulo. Al final del embarazo este órgano dará lugar al canal del parto por el que saldrá el feto en el momento del nacimiento. En el interior de este órgano está también situado el punto G, cuya estimulación durante el coito produce placer en la mujer. A su vez la vagina tiene una gran conexión con las glándulas de Bartolino que permiten que esta se lubrique correctamente en el momento previo al coito para evitar que la penetración sea dolorosa<sup>(16,17)</sup>.

El **útero** es el órgano reproductor femenino en el que se produce la gestación del embrión fecundado. Es un órgano muscular hueco, de forma triangular que está ubicado en la cavidad pélvica, delante del recto y detrás de la vejiga urinaria. Mide unos 8cm de longitud y 5cm de ancho. El útero esta dividido en tres partes: cuerpo, cuello o cervix e istmo. El cuerpo es la parte más amplia, de forma redondeada, formando así el fondo uterino, a cuyos lados se abren las trompas de Falopio. El cuello forma una pequeña protusión en la vagina, en cuya cavidad se abre. El istmo es la base o fondo del útero. Además de esto el útero esta formado por tres capas: endometrio, miometrio y perimetrio. Una vez que el óvulo es fertilizado se implanta en la pared de este órgano, cuya principal función es albergar a la mórula y ofrecerle las condiciones óptimas para que desarrolle el embrión en su interior<sup>(16,17)</sup>.

Las **trompas de falopio** son dos tubos delgados que miden entre 10 y 18 cm y que conectan el útero con los ovarios. Sus paredes están recubiertas de unas células ciliares que ayudan al ovocito a desplazarse por ellas hasta la cavidad uterina y su morfología está dividida en cuatro partes: porción uterina, istmo, ampolla e infundíbulo. Su función principal es transportar los ovocitos que se producen durante el ciclo menstrual hasta la cavidad uterina, aunque también sirve de camino para los espermatozoides que buscan un ovulo para fecundar. Además de esto las trompas aportan los líquidos necesarios para la fecundación y nutrición del cigoto. Si pasadas

24h el ovocito no ha sido fecundado este se desintegra y se expulsa con la menstruación. Si por el contrario es fecundado comienza el proceso de fertilización donde se forma el cigoto<sup>(16,17)</sup>.

Los **ovarios** son dos órganos ubicados a ambos lados del útero y que están conectados con este a través de las trompas de falopio. Estos órganos se encargan de formar los óvulos y producen las hormonas femeninas estrógeno y progesterona, que preparan al útero para que se produzca la implantación del óvulo fecundado e iniciarse así la gestación. Estas hormonas también son responsables del desarrollo de las mamas y de la regulación del ciclo menstrual y embarazo. El ovario está dividido en tres partes: corteza, médula e hilo o red ovárica. Estos órganos están colgados de ligamentos elásticos de tejido conjuntivo entre el útero y la pared abdominales al igual que las trompas de Falopio. Su función principal es la producción de los óvulos para la reproducción. Durante la menopausia estos órganos dejan de liberar óvulos y de producir hormonas<sup>(16,17)</sup>.

Cuando una mujer nace tiene al rededor de 300.000 ovocitos de los cuales solo entre 300 y 400 llegarán a formarse y madurarse mediante la ovulación. El resto se irá eliminando en los diferentes periodos<sup>(18)</sup>. La ovulación es un proceso que ocurre entre 12 y 16 días antes de la menstruación, de forma que si el óvulo no llegase a ser fecundado se elimina a través del sangrado y se comienza un nuevo ciclo menstrual<sup>(19)</sup>.

El ciclo menstrual es el proceso que prepara el útero para el embarazo cada mes a través del desarrollo de los óvulos y de una serie de cambios fisiológicos. Se considera que un ciclo comprende desde el primer día de una menstruación hasta el primer día de la siguiente y tiene una duración de 28-30 días<sup>(20)</sup>. El primer sangrado en la mujer es conocido como menarquia y aparece cuando el cuerpo de la mujer es fértil y está capacitado para que los óvulos sean fecundados. Este primer periodo se produce durante la pubertad y a partir de entonces los ciclos se repiten con regularidad, aunque es habitual que durante los primeros meses haya un cambio de frecuencia y cantidad<sup>(21)</sup>.

El periodo menstrual está dividido en cuatro fases: menstruación, preovulación, ovulación y postovulación. Como ya hemos visto la menstruación es el sangrado mensual de una mujer. Durante este periodo el útero se libera de las células que lo recubren y que había generado para la posible implantación del embrión. La sangre fluye desde el útero, a través de una abertura en el cuello uterino, a través de la vagina hasta ser expulsada. Usualmente tiene una duración de tres a cinco días aunque esto varía dependiendo de la mujer.

La preovulación es la siguiente fase y en ella los ovarios producen las hormonas estrógenos que se encargan de hacer que los óvulos que se encuentran en su interior maduren. Usualmente esto ocurre entre los días 6 y 13 del ciclo<sup>(19)</sup>.

Durante la fase de ovulación el óvulo completa el proceso de maduración y es trasladado desde el ovario hasta el útero a través de las trompas de Falopio. Los niveles hormonales aumentan y ayudan a preparar el recubrimiento del útero para el embarazo, por lo que la mayor probabilidad de embarazo es en este periodo, tres días antes de la ovulación o el mismo día en el que esta comienza, lo que suele coincidir con la segunda semana del ciclo y principios de la tercera.

En la postovulación pueden ocurrir dos cosas. En caso de que la fecundación del óvulo no se haya producido, dicho óvulo acaba involucionando y eliminado en la próxima menstruación, ya que tras esta fase comenzaría un nuevo ciclo. Si por el contrario el óvulo hubiera sido fecundado el embrión se implantaría en el útero y comenzaría su desarrollo y con él el proceso de embarazo en sí<sup>(19)</sup>.

Todo este proceso está controlado por hormonas, como la luteinizante y foliculoestimulante, producidas por la hipófisis para promover la ovulación y estimular a los ovarios para producir estrógenos y progesterona que a su vez estimularán el útero y las mamas para prepararse a una posible fecundación. En cada nuevo ciclo la elevación de los niveles de estrógenos causa el desarrollo y liberación de un óvulo. A la vez que esto sucede el útero también empieza a prepararse y engrosarse para recibir el esperma y acoger al nuevo embrión. En el segundo ciclo la hormona progesterona ayuda al útero a seguir preparándose para la implantación de dicho embrión<sup>(22)</sup>.

Además de estas hormonas el cuerpo genera otras durante la gestación y puerperio que le permiten abastecer sus necesidades y realizar los cambios necesarios. Para empezar la gonadotropina coriónica es la hormona que se detecta en la sangre y orina alrededor de los 9 y 14 días posteriores a la concepción. Su función es necesaria para la viabilidad del embarazo en el primer trimestre ya que se encarga de regular los ovarios y las otras hormonas hasta que comienza a formarse la placenta<sup>(23)</sup>.

Los estrógenos se encargan de regular la progesterona, otra de las hormonas, y de facilitar el desarrollo y crecimiento de la placenta. Ayuda también a la maduración de diversos órganos del feto así como del desarrollo de los caracteres sexuales. La progesterona se encarga de favorecer las condiciones para la implantación del embrión así como de mantener el embarazo una vez que ocurra. Sus funciones son variadas: desarrolla el endometrio, hace que funcione la placenta, limita la actividad muscular uterina, refuerza el tapón mucoso y relaja la musculatura lisa (arterias, venas, tracto urinario...). Es la hormona causante del aumento de la temperatura corporal, estreñimiento, varices, hemorroides, problemas de visión, ardores, cefaleas, pérdidas de orina y aumento de infecciones urinarias. Por otro lado, permite un mayor aprovechamiento de los nutrientes y un aumento de la libido. Al final del embarazo, los niveles de progesterona caen, mejorando muchos de estos síntomas.

El lactógeno placentario es la hormona responsable de la modificación de la forma en que la madre utiliza los nutrientes que ingiere. Aparece en las primeras semanas y se asegura de que las proteínas y la glucosa que ingiere esta lleguen al feto. Así, regula los niveles en sangre de glucosa y aumenta la resistencia a la insulina para asegurar que llegue la glucosa al bebé<sup>(23)</sup>.

La relaxina es la hormona encargada de relajar músculos y articulaciones, favoreciendo la elasticidad de la musculatura y la movilidad de los huesos de la pelvis (para el nacimiento del bebé). También adapta la columna al nuevo centro de gravedad del cuerpo durante el embarazo. Otra hormona, la prolactina cumple las funciones de la producción de leche aunque esta hormona no entra en acción hasta que el bebe ha nacido.

La oxitocina es una hormona presente de forma cotidiana en el cuerpo que durante el embarazo se mantiene a niveles normales, gracias a la progesterona, y cuyo aumento se produce en el parto para aumentar la efectividad a las contracciones que permiten la dilatación del cuello uterino. Las endorfinas ejercen la función de anestésico natural. Antes del inicio del parto los niveles de endorfinas aumentan. Esta hormona junto con la oxitocina es la encargada de la sensación de euforia y enamoramiento una vez que el bebe nace<sup>(23)</sup>.

Una vez que la fecundación ha ocurrido comenzaría el embarazo. Este proceso dura aproximadamente cuarenta semanas. El embarazo está dividido en tres trimestres que se dividen entre las semanas 1 a la 12, 13 a la 28 y 29 a la 40<sup>(24)</sup>.

Durante el embarazo el cuerpo sufre una serie de cambios biológicos que permiten que pueda desarrollar y dar a luz al nuevo embrión. Para empezar el útero aumenta de tamaño, el cuello uterino se vuelve más blando y se crea un tapón protector que cierra el canal cervical. Se produce una mayor cantidad y acidez del flujo vaginal que va acompañado de amenorrea y aumento del riego sanguíneo en ovarios y trompas de Falopio. Las glándulas mamarias sufren hipertrofia e hiperplasia y aumentan en tamaño y sensibilidad. Además de esto las glándulas mamarias comienzan a fabricar el calostro, sustancia con la que se alimentará el feto cuando nazca. Otros cambios importantes son el aumento del tamaño del corazón y del riego sanguíneo, aumento de las necesidades de oxígeno, distensión abdominal, polaquiuria, aumento de la diuresis, desplazamiento del centro de gravedad por el crecimiento uterino, relajación de ligamentos y articulaciones con aumento de la elasticidad y movilidad en cadera y pelvis, aumento de la pigmentación en vulva, vagina, areola, línea alba y cara, ganancia de peso, etc.<sup>(25)</sup>

En cuanto al desarrollo embrionario y fetal a medida que se produce la división celular se forma la mórula, cuyas células mayores formarán el embrión. Este tejido se divide en tres capas: exodermo que es el precursor de los distintos tejidos nerviosos, sensorial, los extremos intestinales y la epidermis; el mesodermo, que dará origen al sistema muscular y esquelético; y el endodermo, que origina las glándulas digestivas, el epitelio, los pulmones y la tiroides.

En cada trimestre podemos encontrar cambios en el desarrollo fetal. En el primer mes el embrión mide unos 6mm. El latido del corazón ya es perceptible y se pueden apreciar los que serán los futuros brazos y piernas que se encuentran en desarrollo<sup>(25)</sup>.

En el tercer mes ya el embrión pasa a ser un feto y su sistema esquelético continua consolidándose. Traga líquido amniótico y es activo, tiene conexiones cerebrales. Mide aproximadamente 10cm y se empieza a ver una porción de la cabeza, las extremidades y el cuerpo. La cavidad amniótica y el líquido amniótico ya están formados y protegen al feto de los golpes y los cambios de temperatura.

Alrededor del tercer trimestre el feto mide unos 33cm y aunque todavía no es viable su nacimiento, es un feto totalmente formado, con conexiones cerebrales motrices. En torno a los ocho meses y medio ya mide 46cm y sus movimientos son muy marcados. Ya tiene pelo y uñas y puede abrir los ojos. A partir de este momento está preparado para nacer<sup>(25)</sup>.

El parto está dividido en 3 etapas o fases: dilatación, expulsivo y alumbramiento. La fase de dilatación puede durar entre 8 y 12h. Cuando el cuerpo está listo la hipófisis estimula la producción de oxitocina y se produce la expulsión del tapón mucoso cervical, inicio de la dilatación y acortamiento del útero con las primeras contracciones. Se produce la rotura del saco amniótico y el feto va descendiendo por los planos de la pelvis. En el expulsivo las contracciones se intensifican y la cabeza fetal crea una necesidad de empujar en la madre. El feto se flexiona y desciende por la vulva, saliendo primero la cabeza y luego los hombros y cuerpo con mayor facilidad. Una vez que ha nacido, el siguiente paso es el alumbramiento en el que se expulsan la placenta y membranas<sup>(25)</sup>.

#### **4.4. EL PARTO DOMICILIARIO**

Se define el parto normal como aquel que se produce con un inicio espontáneo, de bajo riesgo al inicio del trabajo de parto y que permanece así durante todo el parto. Además el bebé nace de forma espontánea colocado en posición cefálica entre las 37 y 42 semanas de embarazo. Después del nacimiento tanto el bebé como la madre se encuentran en buen estado<sup>(26,27)</sup>.

Las mujeres tienen derecho a recibir información y decidir libremente como quieren que transcurra su parto entre las opciones clínicas disponibles. Del mismo modo los profesionales que ayuden a la mujer en este proceso están obligados a informar y respetar las decisiones que la paciente tome de forma libre y voluntaria. Entre estas decisiones entra el parto en casa, opción que muchas mujeres deciden realizar por las ventajas que este conlleva como dar a luz en un lugar cómodo y conocido, estar rodeada de sus familiares y seres queridos, mayor sensación de libertad y control durante el parto, mayor respeto por factores culturales o religiosos, realización

de un parto libre de intervención médica y analgésica y sin necesidad de transporte hasta el hospital a excepción de cuando fuera necesario porque algo va mal. Es por ello que la alternativa del parto en casa se está convirtiendo en una opción real para las mujeres en la actualidad<sup>(6)</sup>.

El parto en casa respeta los ritmos de cada mujer, realizando la mínima interferencia en el proceso y utilizando exclusivamente procesos estrictamente necesarios facilitando así la comodidad y libertad de movimiento de la mujer así como su capacidad para hacer frente al dolor y su sentimiento de confianza, todo ello desde un entorno seguro<sup>(9)</sup>. Además de todo esto, este tipo de parto satisface las necesidades emocionales tanto de la mujer como de la pareja mediante el apoyo de la familia, apoyo del equipo sanitario, cuidado respetuoso, consejería en situaciones normales y complicadas y satisfacción de los usuarios<sup>(28)</sup>.

Durante el parto las mujeres pueden optar por varias posturas para dar a luz. Al principio cuando la dilatación está progresando lo mejor es deambular. Se recomienda subir y bajar escalones así como mover la pelvis balanceándola. Cuando el bebé se encuentra en el segundo plano las mujeres suelen preferir estar sentadas, con las caderas ligeramente abiertas y moviendo la pelvis de un lado a otro (efecto “bota”). Cuando la cabeza se acerque al tercer plano las mujeres tienden a echarse hacia delante apoyándose en alguna superficie estable o a ponerse de rodillas. Al final, en la fase de expulsivo, existen varias posturas por las que las mujeres pueden optar. A menudo en los hospitales se suele estandarizar la postura ginecológica para dar a luz debido a la comodidad que esto supone para el profesional.

En los partos domiciliarios se respetan las decisiones y preferencias de las mujeres como la postura en la que desean estar aunque actualmente los partos hospitalarios también intentan adaptarse a las posturas que son más cómodas para la mujer. Algunas alternativas al parto horizontal pueden ser el parto vertical (de pie), de cuclillas, de rodillas, sentada o semisentada o a gatas. La postura vertical y de cuclillas presentan grandes ventajas debido al efecto de la gravedad que hace que el proceso sea más rápido debido a la efectividad de las contracciones y menos doloroso. Además estas posturas también presentan varias ventajas psicológicas ya que le permiten a la mujer participar de forma más activa en el nacimiento y control del dolor y además ser testigo de la llegada de su hijo al mundo desde un primer plano. La posición sentada o semisentada está recomendada para aliviar el dolor lumbar así como también esta indicada en aquellas mujeres que tengan analgesia epidural (en hospitales).

Además de estas opciones el parto en casa también puede presentar la ventaja del parto en agua llevado a cabo en pequeñas piscinas hinchables o en bañeras en las que la mujer da a luz dentro del agua para favorecer un nacimiento menos traumático para el bebé<sup>(29)</sup>. Este tipo de partos se remonta a su utilización en el antiguo Egipto y la antigua Grecia. Su uso disminuyó en la década de los 40 y volvió a utilizarse a mediados de los años 70 de la mano de Leboyer. Los beneficios tanto para la madre como para el niño son claros. En las mujeres el parto en el agua produce una sensación analgésica debido al mecanismo de contraestimulación, reduciendo la



tensión muscular y permitiendo a la mujer adoptar posturas más cómodas, reduciendo así también los traumatismos pélvicos. Asimismo a nivel psicológico la mujer se siente más relajada por el efecto del aislamiento del entorno y aumento del confort. Esta es una técnica que hace que la mujer se sienta en control, empoderada. El uso del agua disminuye las intervenciones obstétricas. Para el feto este tipo de nacimiento favorece a una transición más suave. El cambio de entorno no es tan drástico y el contacto piel con piel es inmediato por lo que el bebé se acostumbrará al nuevo ambiente de forma más gradual<sup>(9)</sup>.

Sin embargo no todas las mujeres a las que les gustaría pueden permitirse un parto en casa. Actualmente existen unos criterios de inclusión y de exclusión mediante los cuales los profesionales de la salud pueden calcular el riesgo de realizar un parto domiciliario. Los criterios de inclusión son: presentación cefálica, inicio de parto espontáneo entre las 37 y 42 semanas de gestación, embarazo no múltiple, historia clínica y obstétrica sin complicaciones relevantes, sin síntomas relevantes relacionados con complicaciones del embarazo, hemoglobina  $\geq 10$  g/dl e índice de masa corporal  $\leq 30$  Kg/m<sup>2</sup> al quedarse embarazada. Del mismo modo, todas las variantes a dichos criterios, así como problemas de salud o enfermedades de base cardiovasculares, respiratorias, hematológicas, inmunológicas, endocrinas, renales, neurológicas, gastrointestinales o hepáticas, psiquiátricas o con riesgo de infección serían factores de exclusión para el parto domiciliario. También cumpliría la condición de factor excluyente cualquier complicación en embarazos previos como preclampsia, muerte fetal, ruptura uterina, desprendimiento de placenta con resultados adversos, etc. Así como complicaciones en el embarazo actual, indicaciones fetales o historia ginecológica previa que lo contradiga<sup>(9)</sup>. En conclusión se entiende que el perfil óptimo de la mujer que desee este tipo de parto es el de una mujer múltipara de bajo riesgo, con un embarazo sin complicaciones y un entorno familiar adecuado que cuente con sus necesidades para la hora del parto<sup>(30)</sup>.

En 1985 la OMS creó la Declaración de Fortaleza, una guía de recomendaciones a la hora del nacimiento que tiene como objetivo el bienestar y empoderamiento de la mujer durante su trabajo de parto. A través de este documento se entiende que la mujer es libre de decidir cómo quiere que se lleve a cabo su parto siempre y cuando este no suponga un riesgo para el feto o la madre. Para esto se elabora un plan de parto en el que cada mujer pueda dejar constancia de como quiere que se desarrolle su alumbramiento. Si bien el documento no hace referencia explícita al parto en casa se entiende que siempre que se tengan en cuenta los criterios de inclusión y exclusión esta opción debería de ser tan válida como el parto hospitalario y por ende se debería informar a las mujeres de su existencia<sup>(31)</sup>.

Las últimas tasas muestran que no hay un aumento de la morbimortalidad maternal y neonatal en el parto domiciliario siempre y cuando hablemos de embarazos de bajo riesgo y de partos atendidos por matronas cualificadas, por esto la actitud más correcta sería informar en base a la evidencia de los pros y contras a las mujeres y dejar que decidan en base a la información dada.

El parto en casa produce una ventaja económica para el sistema sanitario. Su incorporación a la cartera de servicios de la sanidad española, según la modalidad por la que se opte, puede hacer que el sistema adopte una forma más sostenible y de calidad para el servicio ofertado a las mujeres gestantes. El parto en casa es más económico que el parto hospitalario y esto no es solo en comparación con sistemas de salud privados o mixtos sino que también se aplica en sistemas nacionales públicos. Comenzar a realizar este tipo de prácticas sería totalmente asumible desde el punto de vista económico e incluso rentable a partir de un número pequeño de nacimientos al año ya que como veremos no es mucha aun la población que decide optar por este método. Eso si, el coste de este servicio solo sería sostenible en aquellas zonas con un número suficiente de nacimientos al año, es decir en grandes zonas urbanas. Aun así, si se quisiera extender al resto del territorio se podría plantear mediante la tarificación de servicios por parte de la matrona asistente<sup>(30)</sup>.

En España el número de nacimientos domiciliarios es bajo. En 2010 las cifras muestran que 1 de cada 590 partos era domiciliario y en 2012 la cifra probable era 1 de cada 500, esto supone el 0,25% del total de partos<sup>(32)</sup>.

Al observar la situación del parto en casa en diferentes países encontramos que cada uno tiene una forma de actuación diferente así como cifras diferentes en cuanto a los partos domiciliarios. En Inglaterra los servicios públicos de salud se financian principalmente a través de impuestos y contribuciones. Allí aproximadamente un 12% de la población dispone de seguro privado. El National Health Service se encarga de la medicina preventiva y la atención primaria y hospitalaria para toda la población. Dentro de esta institución se han generado 3 tipos diferentes de organizaciones de los servicios de atención al parto, estos son: Hospitales, unidades de matronas o “centros de nacimiento” y parto en casa. Las unidades de matronas pueden ser parte de una unidad de maternidad hospitalaria donde se tratan embarazadas, recién nacidos y con cuidado anestésico o pueden encontrarse separadas del hospital y sin cuidado inmediato obstétrico neonatal y anestésico. En este caso la epidural no sería posible. También se diferencian diferentes formaciones de equipos profesionales que impulsan el desarrollo de competencia de las matronas. En Inglaterra y Gales 1 de cada 50 mujeres da a luz en su domicilio (2,4%)<sup>(33)</sup>, mientras que en Escocia e Irlanda los porcentajes son 1 de cada 100 (1,71%)<sup>(34)</sup> y 1 de cada 300 (0,5%)<sup>(35,36)</sup> respectivamente. Si bien estos porcentajes son algo superiores que los de España aun siguen siendo una cifra considerablemente baja, sin embargo el Reino Unido ha decidido apoyar económicamente el parto en casa<sup>(37)</sup>.

En Australia el sistema de salud se financia a través de impuestos y seguros obligatorios. Las decisiones sobre políticas sanitarias competen al Department of Health and Ageing, sin embargo el sector privado influye en las decisiones a nivel nacional y estatal. Existen varios modelos de atención materno-infantil, públicos y privados. Los modelos australianos con financiación pública permiten elegir entre la atención al parto en unidades dirigidas por matronas

o en unidades convencionales u obstétricas y atención domiciliaria al parto que se financia del forma parcial<sup>(37)</sup>.

El sistema de salud holandés cuenta con un único seguro obligatorio en el que compiten múltiples aseguradoras privadas. La atención a la maternidad centrada en la familia es conocida por su promoción de los partos domiciliarios, asistidos en su mayoría por matronas. Este sistema promueve que las mujeres sin riesgos reciban cuidados de una matrona o un médico general durante el embarazo utilizando cuidados específicos solo en aquellos casos que se presentaran complicaciones. Muchas mujeres en este país optan por un parto domiciliario con su matrona. En estos casos se asigna un profesional de enfermería que se desplaza al domicilio y es responsable de los cuidados durante los 8 días posteriores al parto. Todos los hospitales cuentan con áreas para la atención al parto de mujeres sin riesgos obstétricos, pero la opción de un parto hospitalario supone asumir el coste de la habitación del hospital<sup>(37)</sup>.

Francia cuenta con el *Assurance statutaire* que es financiado con impuestos obligatorios que pagan los empleados y empleadores. En el sistema de salud público francés coexisten proveedores de salud públicos y privados. La atención sanitaria que no requiera cama hospitalaria recae sobre el sistema privado mientras que en el caso contrario sería competencia del sistema público. En los hospitales públicos la atención al parto de bajo riesgo suele ser asumida por matronas, pero existe una fuerte orientación médica, por lo que muchas mujeres optan por una atención privada con obstetras durante el embarazo y el parto. La atención domiciliaria al parto, que no está financiada por el sistema público de salud, es poco frecuente. Las profesionales implicadas en este tipo de atención son las matronas.

En Canadá el sistema de salud es predominantemente público y está financiado a través de los impuestos de gobiernos federales, provinciales y territoriales. Aquí la atención a la maternidad ha estado altamente integrada en los hospitales y bajo la responsabilidad médica, sin embargo en esta última década algunos gobiernos provinciales han tratado de difundir prácticas para la integración de las matronas y también la opción de parto domiciliario en su sistema de salud. Esto se debe a la preocupación por el elevado uso de intervenciones obstétricas y también por los grupos sociales que reclaman una mayor capacidad para elegir el tipo de atención que quieren en el parto<sup>(37)</sup>.

#### **4.5. EL PARTO HOSPITALARIO**

El parto hospitalario tiene algunas diferencias con respecto al parto domiciliario en cuanto a los protocolos o forma de realizar las técnicas. Cuando una mujer se pone de parto o tiene síntomas comunes al parto debe entrar al hospital por urgencias, servicio desde el que se avisa a la matrona de su llegada y se le conduce hasta la planta. La mujer tiene derecho a estar acompañada de una persona de su elección durante todo el proceso. Una vez que llega a

paritorio la matrona se encargará de obtener información sobre síntomas, dinámica uterina, rotura de la bolsa amniótica, presencia de movimientos fetales en las últimas 24h y otros signos que puedan significar el inicio de parto o que sean de alerta. Dependiendo del hospital y personal también se hablará de las preferencias de la mujer y se comenzará con la valoración inicial que consiste en la toma de constantes, realización de las maniobras de Leopold y exploración vaginal para determinar las características de cuello uterino, presentación, altura y estado de la bolsa amniótica y características del líquido amniótico. Una vez examinada se procede a realizar una valoración de la dinámica uterina. En caso de dolor mal tolerado se considerarían las posibilidades analgésicas disponibles, entre ellas la epidural<sup>(38)</sup>.

El bienestar fetal también debe estar controlado por lo que se monitoriza la FCF (frecuencia cardiaca fetal) por auscultación cada pocos periodos de tiempo o continuamente de forma electrónica. Con los resultados obtenidos y tras la valoración final se decide si la mujer se irá de alta (en caso de que el proceso de parto se encuentre en fase latente, es decir con contracciones pero progresión lenta en borramiento de cuello y dilatación de hasta 3cm) o ingrese porque se considera que se encuentra en la fase activa de parto o se detecten síntomas o riesgos que necesiten ponerle fin al embarazo. En caso de dudas acerca del inicio de la fase activa y en función de la organización de cada hospital también se podría realizar el ingreso de la mujer en la planta de obstetricia o unidad específica existente.

La fase activa de parto se diferencia por contracciones uterinas regulares cuyo dolor va en aumento y que cuentan con un avance del nivel de borramiento y dilatación, incluyendo una mayor rapidez del proceso a partir de los 5cm de dilatación. En el caso de que todo el proceso se encuentre en los límites de la normalidad, el parto será atendido por la matrona. Si una vez comenzado el proceso se produjeran desviaciones de esta normalidad la matrona debe avisar al ginecólogo para su valoración<sup>(38)</sup>.

Se acompaña a la mujer a la sala de dilatación donde conocerá al personal que la atenderá durante el parto y se revisarán nuevamente los datos de interés, así como se le proporcionará la ropa hospitalaria y se ayudará a acomodar. En este punto se deben compartir los recursos de los que dispone el centro así como las alternativas que existen para el parto. Durante todo este proceso se debe facilitar el acompañamiento de la persona elegida siempre que sea posible.

Como medidas generales hospitalarias se recomienda no utilizar enemas de limpieza, favorecer la micción espontánea siempre que sea posible, mantener una buena higiene favoreciendo el acceso al lavado perineal o ducha e insertar una vía venosa periférica para realizar una analítica de sangre y tenerla de forma preventiva por si hiciera falta durante el proceso. En cuanto a la comida se facilitan líquidos como bebidas isotónicas, evitando los lácteos y llevando un control de la hidratación de la mujer.

Durante el parto se ayuda a las mujeres a colocarse en la posición que les resulte más útil, incluyendo a aquellas que utilicen la epidural<sup>(38)</sup>.

Todas las valoraciones y controles deben tener un seguimiento. Para ello se realiza una monitorización materna que incluye la toma de constantes cada 4 horas, el control de la diuresis y la valoración del estado psicoemocional. En los partos de bajo riesgo la monitorización fetal se realiza mediante la auscultación intermitente cada 15 minutos durante e inmediatamente después de la contracción durante al menos 60 segundos. Se registrará la FCF basal, la presencia o ausencia de aceleraciones y la presencia o ausencia de deceleraciones. También se registrará el pulso materno. En otros casos puede estar indicada la monitorización electrónica fetal continua.

Para evaluar el progreso de parto se miden los centímetros de dilatación de la mujer. El progreso de la dilatación durante la fase activa es aproximadamente de 1cm/h, debiendo llegar hasta 10cm para realizar el expulsivo. En general las exploraciones vaginales se realizan cada 4 horas con medidas de asepsia y realizadas preferiblemente por la misma matrona. También se valoran otras técnicas como la palpación abdominal, la valoración del flujo y secreciones vaginales y la interpretación del comportamiento materno<sup>(38)</sup>.

En el momento del expulsivo el personal sanitario será el necesario para la atención del proceso: matrona, enfermera pediátrica u otra matrona para la atención del recién nacido y una auxiliar de enfermería. El ambiente debe tratar de ser tranquilo, cálido y sin ruidos innecesarios.

Una vez que el bebe ha nacido, y si ambos se encuentran bien, se coloca al recién nacido sobre la piel de la madre cubriéndolo con un paño templado para realizar la técnica piel con piel. Se viste al bebé únicamente con un gorro y se trata de mantener el contacto piel con piel un mínimo de 2h en los que se trata de iniciar también la lactancia materna. Siempre que el estado de la madre y el bebe lo permita se realiza un pinzado de cordón umbilical tardío, de la que se retira una muestra de sangre para analítica<sup>(38)</sup>.

Tras estas actividades se administra Oxitocina 10UI vía intravenosa en bolo lento o vía intramuscular para ayudar a que el útero se contraiga y prevenir así el sangrado postparto. También se realiza la tracción controlada del cordón umbilical, ya que reduce la pérdida de sangre, así como el alumbramiento manual. Para terminar se realiza una revisión del introito y periné que incluye la reparación de los tejidos dañados (sutura en caso de ser necesaria por desgarró o episiotomía). Durante las primeras dos horas tanto la madre como el niño permanecen en la zona de paritorio donde son controlados de cerca. Tras este periodo y si todo va bien se trasladan a la planta de maternidad donde estarán hospitalizados durante al menos un día y medio para ver su progreso<sup>(38)</sup>.

## **5. MARCO PRÁCTICO**

### **5.1. OBJETIVOS**

- Principal:
  - Evaluar el conocimiento de las mujeres embarazadas entre 20 y 39 años en el área de salud de Tenerife sobre el parto domiciliario y sus beneficios e inconvenientes.
  
- Secundarios:
  - Conocer si las variables sociodemográficas de edad, nivel de estudios, lugar de residencia y religión influyen en los conocimientos previos de la opción del parto en casa.
  - Averiguar si los métodos de información en los centros de salud están actualizados en base al conocimiento de las mujeres.

### **5.2. HIPÓTESIS**

Se cree que el parto en casa es una opción que se realiza poco debido a la falta de información proporcionada por el personal sanitario durante las revisiones. El Sistema Nacional de Salud español no ofrece esta opción por lo que la falta de conocimiento hace que las mujeres no se planteen esta alternativa.

### **5.3. TIPO DE ESTUDIO**

La investigación a realizar se trata de un estudio cuantitativo, analítico y descriptivo que se basa en valorar el conocimiento de las mujeres embarazadas sobre el parto en casa y sus beneficios a través de formularios repartidos que tendrán que cumplimentar.

### **5.4. METODOLOGÍA**

Este estudio tendrá lugar en la isla de Tenerife, Canarias. Para la realización del proyecto se contratarán 3 entrevistadores que se ubicaran alternativamente en 9 centros de salud de la isla y que se encargarán de hablar con las mujeres embarazadas, entrevistarlas y repartirles los cuestionarios a aquellas que se encuentren en el tercer trimestre de su embarazo, cerciorándose de que lo cumplimenten de forma individual. De esta forma se comprobará tanto el nivel de conocimientos adquiridos durante las revisiones anteriores como los conocimientos previos. Cada entrevistador tendrá adjudicados tres centros de los seleccionados: Los Cristianos, Barranco Grande, Candelaria, Icod de los Vinos, La Guacha, Los Silos, Arico, Las Dehesas-La

Orotava y La casa del mar. De esta forma uno de ellos se encargará de los centros de Los Silos, Icod de los Vinos y La Guancha, otro de los entrevistadores de los pueblos de Los Cristianos, Arico y Candelaria y el tercero de La Orotava, Barranco Grande y La Casa del Mar.

Con los datos obtenidos se prevé que se consiga llegar a la muestra obtenida en un plazo de 1 año<sup>(Anexo 1)</sup>. Para ello los investigadores trabajarán con la matrona del centro, en un despacho anexo, en horarios alternos de mañana y tarde, con turnos de 7h al día y desplazándose con la matrona cuando esta lo haga. La matrona será quien realice la selección de mujeres en base a los criterios de nuestro estudio cuando se encuentren en el tercer trimestre de su embarazo y nos las pase a la consulta para que realicen los cuestionarios. Una vez en nuestro despacho les explicaremos el estudio que estamos realizando, les haríamos firmar los permisos necesarios y estaríamos con ellas durante la realización de los cuestionarios.

## 5.5. POBLACIÓN

La población de estudio serán las mujeres embarazadas de la isla de Tenerife que tengan una edad entre 20-39 años y se encuentren en el tercer trimestre de su embarazo. Estas mujeres deberán encontrarse en los centros que se usarán como referencia.

### 5.5.1. MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se han utilizado datos obtenidos a través de la página del Instituto Canario de Estadística (ISTAC) teniendo en cuenta las variables de lugar (Tenerife) y número de nacimientos. Como no se puede saber con exactitud el número de nacimientos que se producirán durante el año de recogida de datos, se ha calculado la muestra con el número de nacimientos producidos en 2019 (últimos datos publicados) que son 5.914, dato que además es similar al de los años anteriores aunque manteniendo una tendencia de disminución de la natalidad: 2018 (6.378 nacimientos), 2017 (6.801 nacimientos) y 2016 (6.869 nacimientos)<sup>(39)</sup>. Con este número de nacimientos como referencia (5.914), la muestra deberá estar formada por 598 mujeres para que sea representativa siguiendo la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{(N - 1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{5.914 \cdot (2,58)^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5)}{(5.914 - 1) \cdot (0,05)^2 + (2,58)^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5)} = 598$$

\*Anexo 2

## 5.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Para poder participar en el estudio las mujeres deberán cumplir los siguientes requisitos de inclusión:

- Tener entre 20 y 39 años
- Llevar su control de embarazo en los centros de salud establecidos
- Haber vivido en Tenerife en los últimos 5 años

Asimismo serán factores excluyentes las siguientes condiciones:

- No estar empadronada en la isla de Tenerife
- Tener 10 o más respuestas de “no contesto” en el cuestionario nº1
- No querer participar en el estudio

## 5.7. VARIABLES

Mediante la recogida de información se pretenden analizar diferentes variables que se cree puedan tener relación con el nivel de conocimientos, miedos y decisiones tomadas. Estas son:

- Nivel de estudios: se analizará la diferencia entre personas sin estudios/estudios primarios/enseñanza general y personas con estudios de enseñanza profesional/ciclo/estudios universitarios.
- Lugar de residencia: se analizará la influencia de conocimientos dependiendo de su lugar de residencia entre zona rural y zona urbana .
- Edad: se debe comprobar si la madurez de la mujer y sus experiencias vividas influyen en la toma de decisiones.
- Religión: la religión puede ser un factor influyente. Se pretende averiguar si existe relación.

Los resultados serán introducidos y analizados por el software SPSS (producto de estadística y solución de servicio) tras finalizar la recogida de muestras.



## **5.8. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Para poder medir el conocimiento y las variables deseadas se repartirán a las mujeres dos cuestionarios de creación propia ya que no se han conseguido adaptaciones. En uno de ellos se comprobará el nivel de creencias propias de conocimientos así como información personal sobre sus embarazos y partos anteriores mediante respuestas cortas de sí/no. Esto además nos permitirá saber el grado de satisfacción de las mujeres con la asistencia sanitaria recibida hasta el momento en relación con su embarazo. Esta hoja cuenta con 22 preguntas, algunas de ellas desglosadas, en las que se tratan los temas de conformidad con embarazo actual y embarazos previos, satisfacción de partos previos, plan de parto, parto en casa, religión y estudios.

En el segundo cuestionario se realizarán preguntas sobre el embarazo y parto en casa con respuestas verdadero/falso para comprobar el nivel de conocimientos real y evaluar la necesidad de mejorar la información dada a las futuras madres o la implantación de talleres educativos sobre el tema. Este cuestionario consta de 20 preguntas en las que se plantean afirmaciones sobre el parto domiciliario que pueden o no ser correctas. Para evaluar el nivel de conocimientos cada afirmación correcta puntuará 0,5 puntos, siendo la puntuación máxima de 10 puntos. Una vez terminado el estudio se hará una media con todas las notas obtenidas para ver el promedio de conocimientos con el que se determinará la necesidad de implantación de talleres sobre el parto en casa, considerando que una puntuación menor de 6 significaría la necesidad de mayor información<sup>(Anexo 3)</sup>.

Como ambos cuestionarios son de creación propia deberán ser sometidos a validación mediante estudio piloto y consulta de expertos para comprobar su fiabilidad, sensibilidad y especificidad.

## **5.9. PROCESO PARA OBTENER LA INFORMACIÓN**

Para poder llevar a cabo la intervención deseada tendría que seguirse un proceso que incluya la presentación y aceptación del proyecto por las diferentes comisiones de ética e investigación clínica pertenecientes al Área de Salud de la isla de Tenerife y de los centros deseados en los que se va a llevar a cabo el estudio. Para esto el primer paso sería presentar la investigación, conseguir que la acepten y pedir los permisos necesarios a los centros de salud seleccionados<sup>(Anexo 4)</sup>. Se entregará una hoja de elaboración propia en la que se explique la intervención a realizar y que deje constancia de que se puede proceder. Asimismo, como creadora del proyecto me reuniría con los jefes de atención primaria para presentar nuevamente la propuesta y solicitar un despacho anexo al de la matrona. Una vez aceptado el proyecto el siguiente paso sería conocer a las matronas con las que trabajaríamos y explicarles las bases del estudio, criterios de inclusión y exclusión y factores relevantes para que puedan ayudar en la selecciones de mujeres. Cuando el estudio comience serán las matronas las que se encarguen de

identificar a las embarazadas que podrán participar y derivarlas a nuestro despacho anexo para realizar los cuestionarios. Antes de realizarles el estudio las mujeres deben leer una hoja informativa sobre el estudio<sup>(Anexo 5)</sup> y firmar un consentimiento informado<sup>(Anexo 6)</sup> en el que manifiesten estar de acuerdo con el uso de los datos revelados y en el que se expliquen las cuestiones éticas como la protección de datos o el derecho a abandonar el estudio cuando quieran. Tras esto se les repartirán los dos cuestionarios el mismo día para que los cumplimenten en el tiempo necesario, explicándoles cualquier cuestión que pueda surgir o aclarando términos en caso de que lo precisen. Una vez terminado el estudio se tendrá en cuenta a las participantes para hacerles llegar los resultados del mismo.

## **5.10. CUESTIONES ÉTICAS**

Para llevar a cabo este estudio comenzaremos pidiendo permiso a la comisión ética. Tras esto las siguientes consideraciones serían explicar y facilitar un consentimiento informado a las participantes en el que especifique la descripción y objetivo del estudio a realizar así como su consentimiento para participar en dicha investigación. Asimismo se repartirán acuerdos de confidencialidad a todas las participantes. Será obligación de los entrevistadores proteger la información personal de las mujeres y mantener la privacidad de las mismas.

Se garantizará la confidencialidad de las respuestas de todas las participantes, utilizándose dicha información exclusivamente para el estudio en cuestión.

Las participantes podrán abandonar el estudio cuando quieran sin ningún tipo de repercusión.

## **6. RESULTADOS**

Debido a que este trabajo es un proyecto de investigación la entrega de cuestionarios no se ha llevado a cabo y por lo tanto no hemos obtenido resultados ni comprobado nuestra hipótesis.

Aun así cabría esperar que con la información obtenida en los cuestionarios se comprobara que las mujeres en un rango de edad entre 20 y 39 años muestren más conocimientos y una mayor tendencia al parto domiciliario que el resto. Asimismo se cree que las variables de religión y zona de residencia también tendrán importancia, comprobando que la mayor parte de la muestra que se plantea esta opción pertenezca a un grupo religioso (que sea creyente y practicante) o resida en una zona rural. En cuanto al nivel de estudios pensamos que las personas con estudios superiores conseguirán una mejor puntuación en el test de

conocimiento sobre el parto en casa frente a las personas sin estudios o con un nivel limitado de los mismos.

## **7. CONCLUSIÓN**

Como conclusión vemos que a pesar de no haber llevado a cabo el estudio, los datos sobre la baja incidencia del parto en casa en algunas comunidades chocan frente al aumento de estos en otras, por lo que si una vez realizado el proyecto los resultados no fueran los esperados, es decir, se comprobara que las madres si reciben suficiente información sobre el parto en casa, se debería enfocar la investigación en averiguar los factores relacionados con estas cifras, como por ejemplo a través del marco económico o cultural. Si por el contrario se obtuvieran los resultados previstos y se demostrara la falta de conocimiento e información recibida podría plantearse la posibilidad de ofrecer charlas en los centros de salud colaboradores en el estudio para explicar a las mujeres los diferentes tipos de partos por los que pueden optar.

## 8. ANEXOS

### 8.1. Anexo 1. Cronograma de elaboración del estudio

ACTIVIDADES	Octubre 2021				Noviembre 2021				Diciembre 2021				2022				Enero 2023				Febrero 2023				Marzo 2023			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación del proyecto a los gerentes y supervisores de los centros de salud	■	■	■	■																								
Reunión con las matronas de los centros de salud					■	■																						
Revisión y ajuste de instrumentos							■	■																				
Permisos y preparación de las instalaciones, recursos materiales y recursos humanos									■	■	■	■																
Recolección información													■	■	■													
Procesamiento de datos																	■	■	■	■								
Análisis de resultados																					■	■	■	■				
Informe final																									■	■	■	■

## 8.2. Anexo 2. Población total del estudio

	2019	2018	2017	2016
Tenerife				
<b>TOTAL</b>	5.914	6.378	6.801	6.869

### 8.3.1. Anexo 3. Cuestionario nº1

#### CUESTIONARIO N°1 - CONOCIMIENTO SOBRE EL PARTO EN CASA. INFORMACIÓN INDIVIDUAL.

**NOMBRE:**

**EDAD:**

**ZONA DE RESIDENCIA HABITUAL:**

1.- ¿ Es este su primer embarazo ? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

- En el caso de que no lo sea, ¿es este su primer parto? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

- En el caso de que no lo sea ¿Ha tenido una buena experiencia con su parto/s anteriores? **SÍ/NO**

- ¿Han sido sus partos previos atendidos en el hospital? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

2.- ¿Ha pensado en cómo le gustaría que se desarrollara su parto? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

3.- ¿Le han dado la opción de crear un plan de parto personalizado según sus gustos y decisiones? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

4.- Si ha tenido partos anteriores ¿esta conforme con el trato recibido? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

5.- Si ha tenido partos anteriores ¿ha podido su pareja o acompañante estar con usted a lo largo de todo el proceso? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

6.- Si ha tenido partos anteriores ¿ha podido llevar con usted objetos que le ayudaran en el periodo de dilatación o la hicieran sentir más cómoda? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

7.- ¿Tiene miedo del parto? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

8.- ¿Ha escuchado alguna vez hablar del parto en casa? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

9.- ¿Le ha informado su matrona de las distintas opciones de partos a los que puede optar? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

10.- ¿Ha escuchado hablar del parto en el agua? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

- En el caso de que la respuesta sea sí ¿le gustaría realizarlo en su próximo parto? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

11.- ¿Conoce los beneficios del parto en casa? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

12.- ¿Conoce los inconvenientes del parto en casa? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

13.- ¿Conoce los requisitos que han de cumplirse para que el parto en casa pueda realizarse y sea seguro? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

14.- ¿Conoce el plan de actuación en caso de que algo salga mal en el parto en casa? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

15.- ¿Conoce a alguien de su entorno que haya realizado un parto en casa? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

16.- La epidural no es posible en el parto domiciliario por falta de un anestesista ¿conocía este dato? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

- En el caso de que sí ¿lo ve como un inconveniente? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

17.- Conociendo todo esto ¿cree que es seguro el parto domiciliario? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

18.- ¿Le gustaría realizar un parto en casa? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

- En el caso de que la respuesta sea no, ¿se lo plantearía si este servicio estuviera ofertado por la seguridad social? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

- En el caso de que la respuesta sea sí, ¿conoce alguna empresa que realice este tipo de partos? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

19.- ¿Cree que se sentiría segura realizando un parto en casa con una matrona que la asista? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

20.- Sabiendo que actualmente el servicio de partos domiciliarios solo sería posible a través de una empresa privada con los gastos que esto conlleva ¿cree que podría permitírselo (el coste ronda los 1900-2500€ en España)? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

21.- ¿Es usted religiosa? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

22.- ¿Tienes estudios básicos (estudios primarios o equivalentes/enseñanza general secundaria/1º/2º ciclo)? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

- En el caso de que la respuesta sea Sí, ¿tienes enseñanzas profesionales superiores o estudios universitarios o equivalentes? **SÍ/NO/NO CONTESTO**

### 8.3.2. Anexo 3. Cuestionario nº2

#### CUESTIONARIO N°2 - VALORACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS

**NOMBRE:**

**Selecciona VERDADERO o FALSO en base a tus conocimientos sobre el parto en casa:**

- 1.- Las mujeres tienen derecho a tomar una decisión informada para dar a luz en casa con el apoyo de una matrona. **VERDADERO/FALSO/NO LO SÉ**
- 2.- Si tienes obesidad con un IMC  $\geq 30$  puedes tener un parto en casa. **VERDADERO/FALSO/NO LO SÉ**
- 3.- En el parto en casa se puede dar a luz en el lugar y postura que prefiera la mujer, incluyendo el parto en el agua. **VERDADERO/FALSO/NO LO SÉ**
- 4.- Una mujer multipara puede dar a luz en casa. **VERDADERO/FALSO/NO LO SÉ**
- 5.- Una mujer con enfermedades leves como la Diabetes o Hipertensión arterial puede dar a luz en casa. **VERDADERO/FALSO/NO LO SÉ**
- 6.- Al parto en casa acude únicamente una matrona. **VERDADERO/FALSO/NO LO SÉ**
- 7.- Para dar a luz en tu casa no importa donde esté ubicada esta o las barreras arquitectónicas que tenga. **VERDADERO/FALSO/NO LO SÉ**
- 8.- Si quieres un parto en casa no puedes cambiar de opinión durante el proceso. **VERDADERO/FALSO/NO LO SÉ**
- 9.- Si quieres un parto en casa debes llevar el seguimiento de tu embarazo exclusivamente con ese/a matrona. **VERDADERO/FALSO/NO LO SÉ**
- 10.- En las visitas previas al parto en casa la matrona realiza un control de salud en el que se revisan analíticas, se mide la tensión arterial, se exploran extremidades inferiores, estática fetal, etc. **VERDADERO/FALSO/NO LO SÉ**
- 11.- En el parto en casa se respeta el contacto piel con piel las primeras horas. **VERDADERO/FALSO/NO LO SÉ**



12.- En el parto en casa puedes dar a luz con Estreptococo B positivo. **VERDADERO/FALSO/  
NO LO SÉ**

13.- Si durante el parto en casa se tiene una episiotomía la matrona no te puede suturar la herida. **VERDADERO/FALSO/NO LO SÉ**

14.- En el parto en casa la matrona no cuenta con material de emergencia por si fuera necesario. **VERDADERO/FALSO/NO LO SÉ**

15.- Si elijo un parto en casa habrá una ambulancia esperando en todo momento por fuera de mi casa por si hubieran complicaciones. **VERDADERO/FALSO/NO LO SÉ**

16.- Durante el parto en casa la matrona monitoriza frecuentemente la frecuencia cardiaca del feto. **VERDADERO/FALSO/NO LO SÉ**

17.- Durante el parto en casa puedes ponerte la epidural. **VERDADERO/FALSO/NO LO SÉ**

18.- En el parto en casa se trata el dolor con diferentes técnicas como la acupuntura, aromaterapia, técnicas de relajación y masajes. **VERDADERO/FALSO/NO LO SÉ**

19.- La matrona volverá tras el parto para hacer visitas de revisión y lactancia. **VERDADERO/  
FALSO/NO LO SÉ**

20.- Si lo deseas puedes contratar a una matrona para llevar el proceso de dilatación en tu domicilio y después dar a luz en el hospital. **VERDADERO/FALSO/NO LO SÉ**

#### 8.4. Anexo 4. Permiso para la realización de estudio en el centro de salud

##### PERMISO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIO EN CENTRO DE SALUD

Yo Helena Rodríguez Dorta, investigadora principal del estudio "NIVEL DE INFORMACIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZAS DE TENERIFE SOBRE EL PARTO EN CASA ASISTIDO POR PROFESIONALES SANITARIOS" solicito permiso para llevar a cabo mi investigación en este centro de salud así como para realizar las intervenciones necesarias en él y obtener la colaboración del personal sanitario, en este caso el de las matronas del centro, con las que trabajaré de forma conjunta y junto a las cuales ruego un despacho anexo. Asimismo garantizo que la realización de mi estudio no interferirá a la asistencia prestada en el centro y mantendrá los derechos personales de los pacientes en todo momento, asegurando el normal funcionamiento de su prestación de servicios.

Fecha:

Lugar:

Firma coordinador centro de salud:

Firma de la investigadora:

## 8.5. Anexo 5. Hoja de información para el paciente

### HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

#### **ESTUDIO: NIVEL DE INFORMACIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DE TENERIFE SOBRE EL PARTO EN CASA ASISTIDO POR PROFESIONALES SANITARIOS**

#### **INTRODUCCIÓN**

Nos dirigimos a usted para informarle acerca del estudio que estamos realizando y en el que se le invita a participar por su estado gestante.

Nuestra intención es que usted reciba la información necesaria y se sienta segura siendo participe de dicho estudio, ayudando así a la obtención de información que podrá contribuir con la creación de métodos/herramientas que permitan mejorar el sistema de salud. Para ello tómese el tiempo necesario para leer esta información y coméntelo con quién crea conveniente, pudiendo hacer preguntas o esclarecer datos hablando también con el personal del estudio.

Si decide participar se le entregará un documento de consentimiento informado para que lo firme. Le proporcionaremos una copia de dicho documento mientras que nosotros nos quedaremos con el original para archivarlo con el resto de documentación.

#### **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Para poder participar en este estudio su participación debe ser voluntaria. Puede decidir no participar en el estudio o abandonarlo en cualquier momento y por cualquier motivo sin que por ello se vea perjudicada o sufra perjuicio alguno en su control de salud.

En caso de que decida dejar de participar en el estudio podrá informar al investigador con el que habló o ponerse en contacto con la investigadora principal a través del centro de salud, siendo necesario también que se firme la revocación del consentimiento informado.

También debe saber que puede ser retirada del estudio si el investigador lo cree conveniente, teniendo derecho a conocer el motivo.

#### **DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO Y OBJETIVOS**

Este estudio consiste en analizar el nivel de conocimiento de las mujeres embarazadas durante su tercer trimestre de embarazo acerca del parto en casa, así como conocer los factores que influyen en el tipo de parto que se desea tener. Para ello se han seleccionado 9 centros de salud

del área de salud de Tenerife en los que se recogerá la información de las mujeres seleccionadas que cumplan las características necesarias.

Para la elaboración del estudio usted deberá contestar dos cuestionarios que el investigador se encargará de entregarle. Uno de los cuestionarios analizará la satisfacción con el trato recibido por el sistema sanitario así como el nivel de conocimientos que usted cree tener sobre el parto en casa y las variables que interfieren en la decisión de dicho parto. Este cuestionario está compuesto por 22 preguntas principales más subpreguntas de respuesta corta: SÍ/NO/NO LO SÉ. El segundo cuestionario analizará el nivel de conocimientos reales a través de 20 preguntas de tipo VERDADERO/FALSO/NO CONTESTO.

Una vez realizados los cuestionarios usted no tendrá que hacer nada más. Asimismo se informa de que no obtendrá nota por la realización de dichas pruebas y que no será necesario tener una cierta cantidad de respuestas correctas puesto que el objetivo es conocer el nivel de conocimiento y no evaluarlo.

#### **BENEFICIOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO**

En dicho estudio no se prevé ningún riesgo que pueda estar asociado a su participación.

#### **PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y CONFIDENCIALIDAD**

Si conforme con lo leído decide participar en el estudio deberá firmar un permiso de protección de datos en la que entienda que tanto sus datos personales como respuestas serán tratados y utilizados guardando la confidencialidad. El investigador del estudio se compromete a que el tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos del estudio cumpla con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, publicada en el BOE nº 294.

#### **COMUNICACIÓN DE RESULTADOS**

Si decide participar en el estudio tendrá derecho a ser informado de los resultados finales una vez que estos sean analizados en el caso de que lo desee.

#### **CONTACTO EN CASO DE DUDAS**

Si durante su participación tuviera dudas o necesitará más información podrá ponerse en contacto con el investigador del centro o investigador principal del estudio a través del centro de salud, ya sea vía telefónica o mediante una reunión concertada.

## 8.6. Anexo 6. Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: **"Nivel de información de las mujeres embarazadas de Tenerife sobre del parto en casa asistido por profesionales sanitarios"**

Investigador principal: Helena Rodríguez Dorta

Yo \_\_\_\_\_, con DNI  
\_\_\_\_\_ declaro que:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado
- El investigador me ha aclarado las dudas existentes
- He podido hacer preguntas acerca del estudio
- He recibido suficiente información sobre el estudio

Del mismo modo comprendo que:

- Mi participación es voluntaria
- Puedo abandonar el estudio en cualquier momento sin ningún tipo de repercusión
- Mis datos serán tratados confidencialmente
- Mis respuestas serán utilizadas para la elaboración de estadísticas

Conociendo todo lo anterior doy mi conformidad para participar en este estudio.

Fecha:

Firma:

Lugar:

\_\_\_\_\_

### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_ revoco mi consentimiento de participación en el estudio y abandono el mismo con fecha \_\_\_\_\_.

Firma:

## 8.7. Anexo 7. Presupuesto del proyecto

GASTOS	CANTIDAD	PRECIO POR UNIDAD	PRECIO TOTAL
Material de oficina:			
- Folios	6	4€	36
- Bolígrafos	50	11,50€ (caja)	11,50
- Impresión	670	0,05€	33.5€
Electrónica:			
- Ordenadores	4	387€	1.548€
- Base de datos SPSS	1	1.500€	1.500€
Sueldo entrevistadores	3	550€ (por mes)	19.800€
Transporte	3	30€ (por mes)	1.080€
Imprevistos 0,5%			120,05€
			24.129,05€

### ENTREVISTA SOBRE EL PARTO EN CASA

Para aclarar algunas dudas sobre el funcionamiento y beneficios del parto en casa he hablado con Jesús Sanz Sánchez, uno de los matrones de la asociación Nacer en Casa que participó durante 17 años de forma activa atendiendo partos domiciliarios en la comunidad de Canarias. También he entrevistado a Mely Narváez Rodríguez, identificada como madre, doula y matrona desde hace 6 años, perteneciente a la misma asociación y que actualmente sigue atendiendo partos en casa, aportando así información más actualizada.

Las entrevistas se realizaron por separado por lo que algunas de las preguntas están respondidas únicamente por uno de los dos entrevistados ya sea porque las respuestas fueron muy similares o porque no se habló de ese tema en particular.

#### **1. ¿Qué preparación tienen las matronas que atienden los partos domiciliarios? ¿Hacen algún curso especial?**

**Jesús:** Ser matrona. No hace falta nada más. Lo que suelen hacer los profesionales es buscar a otro profesional para aprender. Acompañar otros partos. Aprender cosas como saber tocar a un bebé, saber en que posición viene, los signos de alarma, el comportamiento de las mujeres... Hay que hacer cursos, leer mucho y compartir información entre compañeros pero lo básico es ser matrona. Actualmente la Asociación Nacer en Casa cuenta con el programa Ruiz para enseñar y formar en este ámbito.

**Mely:** Una vez que eres matrona existen formaciones posteriores para el parto en casa. Yo me formé como Doula e hice el curso de Nacer en Casa para atender partos domiciliarios. También tengo otras formaciones como la del parto en el agua. Lo importante es seguir formándose.

#### **2. ¿Cómo funciona el seguimiento de las embarazadas en el parto en casa? ¿Necesitan ir al hospital también o lo pueden llevar exclusivamente con vuestra empresa?**

**Jesús:** El control es el mismo. Una consulta al mes hasta el séptimo mes. Después una consulta cada 15 días. A partir de la semana 34 las consultas son semanales en la casa de las mujeres para conocer el ambiente, condiciones, etc. Se comprueban deficiencias para que se puedan corregir antes del parto como en el caso de las estufas para mantener una temperatura adecuada o que haya comida en el congelador para los primeros días. Se reparte también la lista de cosas que necesitan comprar como empapadores y gasas para que la familia se implique también en el proceso. En las visitas domiciliarias deben estar los acompañantes que vayan a estar presentes en el momento del parto para conocerlos. Hay que evitar que el entorno sea inadecuado, si hay



alguien que entorpezca el proceso se debe pedir que se vaya. Algunas mujeres deciden llevar el seguimiento completo con el matrón de parto en casa, no es necesario que vayan al centro de salud o hospital si no quieren. El periodo de asistencia en casa va de la semana 37 a la 42. El matrón esta localizado las 24h/día a partir de las 37 semanas de gestación. Después del parto se hace una visita diaria a la mujer para controlar que todo vaya bien durante 3-5 días y se esta disponible para cualquier duda de lactancia. Después de esto se realiza una visita un mes después y se evalúa la situación. Si está todo bien se cierra el proceso.

**Mely:** Nosotros primero realizamos un cribado telefónico con el que comprobamos los intereses y motivaciones de la mujer. Si nos parece que todo esta bien concretamos una reunión en la que podamos conocer a la mujer y a su acompañante. Cuando se decide que se va a proceder se crea un contrato donde queda todo bien especificado. A partir de ahí se realizan cuatro visitas antes del parto y cuatro después. La primera visita suele ser después de las 20 semanas que puede ser en la consulta y la primera visita al domicilio se suele realizar entre las 30-35 semanas. En estas visitas se reparte a la mujer y su acompañante una lista de cosas que comprar y que serán necesarias para el parto como una fuente de calor móvil (+25º), un alargador, un hervidor de agua, empapadores, arcilla blanca (para el cordón umbilical) y verde (para ayudar en el proceso de cicatrización), compresas, etc. Si la mujer quisiera llevar el seguimiento del embarazo solo con nosotras podría hacerlo.

A partir de la semana 37 se va a la casa y se deja el kit de partos, piscina y bombona de oxígeno para que este todo preparado cuando llegue el momento. Para que no hayan problemas con el material se intenta no coger a dos mujeres en la misma quincena. Y a partir de la semana 37 hasta la 42 estamos de guardia 24h al día y 7 días a la semana. Solemos atender dos partos al mes.

**3. ¿Cómo son los equipos? ¿Cómo se coordinan? ¿Es la misma persona que realiza el seguimiento la que atiende el parto siempre? ¿Va una sola matrona o el equipo de parto está compuesto por más gente?**

**Jesús:** Lo ideal es que sean dos matronas. Una que tome las decisiones y otra que sirva de consulta. En las islas esto es algo difícil de conseguir pero se trata siempre de que vayan dos personas. Lo ideal sería que fueran al menos dos personas que fomen parte del personal sanitario si una de ellas no es matrona. Para las pruebas de laboratorio yo realizaba y recogía las pruebas y las llevaba a un laboratorio para analizarlas. En el caso de ecografías tenía gente que disponía del material y las hacía por mi si las pacientes no querían realizarse el seguimiento en el centro médico.



Los partos los atendía yo así que si una mujer estaba entre las semanas 37 y 42 debía estar cerca cuando llegara el momento y estar siempre localizado por vía telefónica.

**Mely:** A mi me gusta ir acompañada de dos enfermeras, o al menos que seamos dos durante el parto si no podemos estar las tres. Además de esto trabajo con una terapeuta que se dedicaba a la partera natural en Mexico y Brasil. Normalmente suelen ir tres personas al parto, todas conocidas previamente por la mujer.

#### **4. ¿De que material disponen para realizar partos en casa? ¿Qué recursos tienen?**

**Jesús:** Básicamente se necesita un set de partos, un set de revisión, material estéril como guantes compresas, etc. , maletín de RCP con oxígeno incluido y resucitador manual adulto y pediátrico. Medicación no se lleva porque no se puede poner sin autorización médica aunque si llevamos tenemos cosas básicas como Oxitocina , Methergin y Lidocaina.

**Mely:** Tenemos un set de partos con todo lo necesario. Como vimos antes también se deja una bombona de oxígeno en la casa por si fuera necesaria y se lleva medicación que pueda ser necesaria en caso de urgencia como Oxitocina, Ergometrina, Amchafibrín, Duratobal y Cytotec. Aproximadamente solo en el 5% de los partos hay que usar medicación, no suele ser necesaria.

#### **5. ¿En que momento llega el matrn a la casa?**

**Jesús:** En cuanto las mujeres sientan algo fuera de lo normal saben que tienen que llamar y nosotros nos desplazamos a los domicilios. A las mujeres se les da unas indicaciones sobre sangrado, molestias y contracciones, y si pasa alguna de estas cosas saben que tienen que ponerse en contacto con el matrn. Si por el contrario son sntomas como rotura de la bolsa o indicadores de parto nos desplazamos igualmente para ver la situacin, y si la mujer que esta de parto nos quedamos en la casa hasta que termine el proceso.

**Mely:** desde que la mujer se pone en contacto con nosotras para indicarnos que hay algo diferente nos acercamos para ver la situacin y si esta de parto ya nos quedamos ah con ella.

#### **6. Requisitos para realizar parto en casa tanto de la mujer como del hogar**

**Jesús:** Para poder realizar un parto domiciliario las mujeres deben estar sanas. Algunos de los requisitos son que el parto se produzca entre las semanas 37-42 de gestacin, que el bebé este colocado en posicin ceflica, que no sea un embarazo mltiple y que la mujer no cuente con

enfermedades de base que puedan afectar al proceso o haya tenido partos problemáticos en el pasado. Cualquier signo de complicación que pueda estar relacionado con preeclampsia u otra complicación grave durante el embarazo también descarta la opción del parto en casa. El peso de la madre y los niveles de hemoglobina también son importantes.

Las condiciones que debe cumplir la casa son simples. La casa debe encontrarse a menos de 30 minutos de un centro hospitalario por si fuera necesario un traslado. También debe contar con cosas básicas como luz, agua caliente, una temperatura adecuada, estar limpia, etc.

**Mely:** Para poder realizar un parto en casa el hogar de la mujer debe encontrarse a menos de media hora del hospital. Normalmente cuando voy a la primera visita domiciliaria pongo el temporizador y miro el tiempo para estar segura. Además de este requisito la casa no debe tener barreras arquitectónicas ni dentro ni fuera. Hay que comprobar que existan buenas condiciones higiénicas y la capacidad del termo para el agua caliente. La mujer también tiene que cumplir varios criterios para poder realizar el parto en casa, entre ellos: feto en posición cefálica y bien colocado, que nazca entre las 38-40 semanas, que no sea embarazo múltiple, que no existan problemas de base por parte de la madre o problemas surgidos con el embarazo y que la decisión sea clara, la mujer debe estar segura de lo que esta haciendo y del tipo de parto que quiere tener.

## 7. ¿Qué tipos de parto se oferta en el parto en casa?

**Jesús:** Realmente el parto en casa no es un "parto a la carta", es simplemente un parto en el que la mujer decide lo que quiere. Tiene libertad de movimiento y puede elegir que hacer o cambiar de opinión en cualquier momento. Nosotros simplemente estamos allí para ayudarla cuando llegue el momento o haya alguna complicación. Las mujeres pueden optar también por un parto en el agua o por la elección de la postura que deseen para dar a luz, al final lo importante es que estén cómodas.

**Mely:** El parto en casa es un parto mas respetuoso. Se actúa de forma diferente como en el caso de la bolsa rota o el Estreptococo positivo en los que se tienen consideraciones como no hacer tactos vaginales y guiarse más por las posturas corporales o gestos de la mujer. Normalmente en el parto en casa tampoco abusamos de los tactos vaginales, solemos hacer uno o ninguno. Lo importante es que la mujer este cómoda y que se sienta segura. Puede dar a luz como quiera.

#### 8. ¿Qué ocurre en el caso de los desgarros?

**Jesús:** Depende del tamaño del desgarro. Si es solamente piel no se cose, la tendencia es suturar lo menos posible. Si es un desgarro más grande se sutura igual que en el hospital. Se tiene anestesia entre el material necesario para estos casos.

**Mely:** No suelen haber desgarros pero cuando ocurren se sutura igual que se haría en el hospital. Cuando es un parto en el agua hay que esperar a que pasen dos horas por los edemas en la zona genital.

#### 9. Si algún parto se complica se debe derivar al hospital pero ¿que pasaría si alguna madre se negara?

**Jesús:** Las mujeres deben firmar un consentimiento informado. Si alguna mujer se negara a ir al hospital se le debe atender en casa porque sigue teniendo derecho a la asistencia. La mujer es la que decide. En cualquier caso se debe avisar a los servicios sanitarios de la situación. Legalmente no puedes irte sin asistirle porque eso es abandono aunque la situación hace que los patronos estemos expuestos a más riesgos debido a la normativa actual sobre el parto en casa.

#### 10. ¿Cuáles son los signos de alarma en el parto en casa?

**Jesús:** Lo mismo que pueden alarmar en un hospital. Cualquier signo que indique que puede haber una pérdida de bienestar fetal o riesgo por parte de la madre. Muchas veces los signos desaparecen con el cambio postural y los medios que tengamos a nuestro alcance para tratar de mejorar la situación. Si estos signos se mantiene en el tiempo se plantea el traslado. La hipertensión, disminución de latido fetal, expulsivo o dilatación que no evoluciona o la propia mujer que decide irse al hospital son motivos de traslado. El dolor en las mujeres también puede otra causa por decisión materna en el caso de que finalmente quieran optar por la epidural. Las disocias de hombros son otra posible complicación pero esto se suele solucionar en la propia casa. Se pone a la mujer en posición de cuatro patas y se giran los hombros del bebe, es algo que tiene "fácil solución" y para la que existen varios métodos.

**Mely:** El sangrado abundante en el postparto, la pérdida de bienestar fetal o un dolor excesivo en la mujer piden ser causas de traslados. Hay muchas más. Algunas veces es la propia mujer o familiares los que deciden irse al hospital porque no se sienten seguros. En cualquier caso siempre elaboramos un plan de parto que incluya un plan de traslado. Cuando esto pasa solemos acompañar a la mujer al hospital.

**11. ¿Se respetan todos los deseos de las mujeres en cuanto al parto en los partos domiciliarios?**

**Jesús:** Siempre y cuando no vayan en contra del bebé se respetan todas las decisiones de la madre. Las mujeres usualmente no comen durante el parto porque no tienen hambre pero si suelen beber líquidos. Tienen libertad de movimiento para hacer lo que quieran. Tú les das algunas indicaciones y les explicas el por qué en determinados momentos y las madres normalmente lo entienden y colaboran. De resto ellas deciden que hacer a lo largo de todo el proceso y pueden cambiar de pensamiento en cualquier momento respecto a los planes que tenían en mente, como ocurre con el parto en el agua.

**12. ¿Por cuánta gente pueden estar acompañada la pareja durante el parto?**

**Jesús:** Cuantos menos mejor. Yo les digo que ese momento no es una fiesta, sino un momento íntimo. La pareja tiene que estar conectada con el momento y evitar distracciones que le puedan sacar del proceso. Además, los partos suelen ocurrir de noche. Cuando las mujeres están tranquilas porque esta su pareja en casa y el resto de sus hijos están durmiendo. Todos los partos que he asistido han sido casi siempre durante la noche o en fines de semana, en parte porque las mujeres sabían que durante el día estaba trabajando y la mente funciona de esa manera.

**13. ¿Por qué es el parto en agua más beneficioso?**

**Jesús:** Se puede realizar un parto en el agua pero la finalidad para mi no ha sido nunca que el bebe nazca de esta manera sino que la mujer este cómoda. Yo lo llamo hidroterapia, que es un rama de la medicina con varios beneficios. Utilizaba esta práctica para mejorar el proceso del parto. Esto requiere una serie de condiciones como el nivel del agua y la temperatura (34-37°C). Al principio del parto es más recomendable para las mujeres la ducha. Si una mujer se mete muy pronto en el agua se puede parar el proceso de parto por lo que es mejor realizarlo cuando ya este esté más avanzado. El efecto beneficios del agua dura entre 1 y 2 horas y puede acelerar bastante el proceso.

Ocurre también que aunque las mujeres quieren parto en el agua se cansan y deciden salir para estar más cómodas. El cambio de temperatura genera una mayor cantidad de adrenalina que favorece aun más el parto y el expulsivo suele ser relativamente rápido. Este reflejo se crea también ante el miedo de verse solas o sin ayuda. Sin embargo para realizar todo esto se debería tener una formación específica o haber realizado un curso para saber como utilizar la información correctamente.

**14. ¿Es más beneficioso el expulsivo en el parto domiciliario? ¿Son los partos más cortos? ¿Favorece a la relación madre-hijo?**

**Jesús:** Debido a las pocas interacciones que se tratan de tener con la mujer en el parto en casa esta puede estar más concentrada en el proceso de parto, y el hecho de que no se persiga a la mujer constantemente hace que el cuerpo genere una mayor cantidad de Adrenalina que termina acelerando el parto por lo que suelen ser más cortos. Debido a esto las posibilidades de riesgo de pérdida de bienestar también disminuyen y el momento piel con piel se realiza antes.

**15. Una vez producido el expulsivo ¿cuánto tiempo permanece la matrona ahí para asegurarse que todo está bien?**

**Jesús:** Normalmente después del parto se suele estar entre 4-6h para controlar que la mujer no tenga una hemorragia post-parto, revisar que el bebé este bien (test de Apgar, reflejos, anatomía, etc.). Hay bastante tiempo y esto se suele realizar al final para respetar el contacto piel con piel que es especialmente importante en las dos primeras horas. La exploración puede esperar hasta 24h. Ni siquiera durante la sutura, en el caso de que la necesitase, se separa a la madre del bebe. Antes de irme la mujer debe de ser capaz de levantarse y caminar, haber ido al baño y comer algo.

**Mely:** Nos quedamos ahí hasta que vemos que esta todo bien, unas 4 horas. En ese tiempo hay que comprobar que el estado de la madre y del bebe son buenos y que la madre es capaz de levantarse, comer e ir al baño. Se vuelve a ir al domicilio a las 24h para comprobar que todo sigue bien y realizar las pruebas que falten como la prueba del talón, informe y registro de nacimiento, etc. Hay que asegurarse de que el bebe haya hecho el meconio. La prueba se lleva posteriormente a un centro de salud para tramitarla.

**16. ¿Qué hacen con los residuos del expulsivo? ¿Cómo comprueban la placenta? Algunas mujeres quieren hacer el nacimiento en flor, ¿ustedes les ayudan a realizar ese proceso?**

**Jesús:** Lo que quieran los padres. Hay veces que deciden comérsela para aprovechar los nutrientes o sentirse más conectados con el proceso del parto. Otras veces la suelen enterrar y plantar algo encima. Algunos deciden guardarla para estudios bromatológicos (comprobación de los componentes y calidad de los nutrientes de la placenta) o simplemente guardan un trozo del cordón umbilical para procesos homeopáticos durante el primer año del recién nacido. En el caso



de que los padres no lo quisieran se considera un desecho biológico por lo que tendrá que ser llevado a un hospital o centro especializado para ser procesado.

**Mely:** Normalmente los padres deciden quedárselo para hacer batidos o realizar procesos de recogida de células madre. En los casos que no sea así se lleva a un centro especializado para incinerarla.

#### **17. ¿Incluye la atención del parto en casa un seguimiento en el puerperio?**

**Jesús:** Las consultas en el puerperio se realizan los primeros días y al mes del nacimiento. Si durante o tras estas consultas a la madre le surgieran más dudas siempre pueden contactar con nosotros por vía telefónica. Uno de los problemas más frecuentes es la lactancia, especialmente la crisis de lactancia de los 3 meses. Cuando sucede esto intentamos ayudar a la madre mediante consejos y en el caso de que fuera necesario se podría realizar una consulta.

#### **18. ¿Podrás describirme como es un parto típico en casa? Secuencia de las cosas, intervenciones, etc. ¿Hay diferencias en la secuencia de los procedimientos hospitalarios?**

**Jesús:** Una vez que se llega al domicilio de la mujer se comprueba el material para asegurarse de que se dispone de todo lo necesario. Este material tiene que estar estratégicamente colocado en la zona donde se va a producir el parto aunque es preferible que no este a la vista para que la futura madre se sienta más relajada. Se comprueban también las condiciones de la casa: que la temperatura sea la correcta, que exista una iluminación atenuada, se habla con los acompañantes y se evalúa que beneficien en el proceso de parto en vez de interferirlo, etc.

Mientras se realiza esto se va hablando y observando también a la mujer. A través de los signos visuales se puede saber en que parte del proceso se encuentra y como esta. Las revisiones vaginales muchas veces frenan el proceso de parto por lo que yo intentaba realizar las menos posibles. Muchas veces las hacía más por petición de la madre y por aportarle tranquilidad que por la necesidad en si de explorarla. A la llegada se puede hacer también una revisión aunque en mi opinión no son necesarias si se sabe observar correctamente el resto de signos.

Durante las contracciones y proceso de parto se debe auscultar intermitentemente tanto a la mujer como al feto cada media hora. Esta auscultación debe realizarse antes, durante y después de una contracción para tener una información completa. Se puede realizar mediante el Doppler fetal o la trompetilla aunque esta es mas molesta para las mujeres y algunos de los dopplers son incluso resistentes al agua. Las constantes de la mujer también se deben ir tomando cada poco tiempo para llevar un buen control.

**Mely:** Al llegar lo primero es ver el estado de la mujer. Si quieren un parto en el agua lo siguiente es montar la piscina que es lo más que tarda. Estamos ahí el tiempo que sea necesario así que normalmente tenemos que llevar algunas cosas para nosotros como comida porque puede ser un proceso largo. En estos casos hay que saber vigilar a la mujer pero también darle su espacio, que se sienta cómoda. Y una vez que llega el momento atendemos el parto y nos quedamos el tiempo necesario para asegurarnos de que todo está bien.

#### **19. ¿Cuánto cuesta un parto en casa?**

**Mely:** El precio del parto en casa es de 2400€. Un parto en casa requiere mucha responsabilidad por parte de la matrona además de todas las horas de guardia que deben hacerse para estar ahí cuando llegue el momento. También existe una tarifa para atender las dilataciones a domicilio en los casos de mujeres o parejas que quieran tener una experiencia más natural pero no están tan convencidos de dar a luz en casa.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Villar Varela MT. El parto: normal, de riesgo y de urgencia. En: Martínez Bueno C, Torrens Sigalés RM. Enfermería de la mujer. Vol. I. 3ª ed. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2017. p. 165-86.
2. Villar Varela MT. El parto: normal, de riesgo y de urgencia. En: Martínez Bueno C, Torrens Sigalés RM. Enfermería de la mujer. Vol. I. 3ª ed. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2017. p. 165-86.
3. Fenómenos demográficos por tipo de fenómeno demográfico. [Internet]. INE. 2021. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=6566>
4. Parto domiciliario: un fenómeno creciente con potenciales riesgos [Internet]. Asociación Española de Pediatría. Anales de pediatría. 2020. Vol 93, nº4. Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-parto-domiciliario-un-fenomeno-creciente-articulo-S169540332030151X>
5. Parto en casa: conoce las ventajas y las desventajas [Internet]. Mayo Clinic. 2020. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/home-birth/art-20046878>
6. Fernández Aranda MI. Impacto económico del parto en casa vs. parto en el hospital. Metas Enferm sep 2017; 20(7): 68-74  
Fernández Aranda MI. Impacto económico del parto en casa vs. parto en el hospital. Metas Enferm sep 2017; 20(7): 68-74
7. Rodríguez Feijóo A. El "peixet": La experiencia de parir en casa [Internet]. Scielo. 2009. Vol. 18, nº1. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000100012](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100012)
8. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Disponible en: <http://iris.paho.org>
9. Guía de asistencia al parto en casa [Internet]. Associació de Llevadores del Part a Casa de Catalunya. 2018. Disponible en: [http://www.llevadores.cat/docs/publicacions/Guia\\_PartCasa\\_2018.pdf](http://www.llevadores.cat/docs/publicacions/Guia_PartCasa_2018.pdf)
10. L.DR. M, M.INT. C, M.DR. R. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014. Vol. 25, nº6, p. 866-873. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706327>



11. Historia del parto: De las comadronas y parteras a los [Internet]. Natalben. Disponible en: <https://www.natalben.com/parto/que-es-parto-natural>
12. El parto: de la soledad del Paleolítico a la medicalización de la actualidad [Internet]. EfeSalud. 2016. Disponible en: <https://www.efesalud.com/un-paseo-por-la-historia-del-parto-de-la-soledad-del-paleolitico-a-la-medicalizacion-de-la-actualidad/>
13. Silió Salas S. Experiencia del padre durante el contacto piel con piel con el recién nacido en el Hospital de Laredo [Internet]. Federación de matronas. 2015. p. 84-88. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/original-experiencia-del-padre-piel-con-piel.pdf>
14. Gómez Papí A, Aguayo Maldonado J, Sánchez Pinuaga M. Mesa Redonda: Tecnología avanzada al cuidado del recién nacido: “Método madre canguro” y Maduración humana preventiva a través del tacto [Internet]. Quenoosseparen.info. Disponible en: <https://www.quenoosseparen.info/articulos/documentacion/documentos/pielpieltermino.pdf>
15. Gascón Navarro E, Torrens Sigalés RM. El parto y las comadronas en la historia. En: Martínez Bueno C, Torrens Sigalés RM. Enfermería de la mujer. Vol. I. 3ª ed. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2017. p. 213-44.
16. Reiriz Palacios J. Sistema reproductor femenino: anatomía [Internet]. Colegio oficial de enfermeras y enfermeros Barcelona. 2021. Disponible en: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/105/Sistema%20reproductor%20femenino.pdf?1358605661>
17. Aparato reproductor femenino. Transformaciones del cuerpo humano según edad y sexo. Atlas el cuerpo humano en su conjunto. [Internet]. Enfermería 21. Disponible en: [https://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?option=com\\_encuentra&task=showContent&q=aparato+reproductor+femenino&search\\_type=2&search\\_entity=&id\\_pub\\_grp=29&id\\_pub\\_cont=15&id\\_articulo=340](https://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?option=com_encuentra&task=showContent&q=aparato+reproductor+femenino&search_type=2&search_entity=&id_pub_grp=29&id_pub_cont=15&id_articulo=340)
18. Normal Ovarian Function [Internet]. Rogel Cancer Center, University of Michigan. Disponible en: <https://www.rogelcancercenter.org/fertility-preservation/for-female-patients/normal-ovarian-function>
19. Ciclo menstrual: fases y todo lo que necesitas saber [Internet]. Aísa Clínica de reproducción asistida. 2020. Disponible en: <https://aisafiv.com/es/ciclo-menstrual-fases/>
20. Fases del ciclo menstrual de la mujer [Internet]. Fertility Madrid. 2020. Disponible en: <https://fertilitymadrid.com/blog-fertilidad/fases-del-ciclo-menstrual-la-mujer/>

21. Álvarez de la Campa G, Valdés Gómez W, Espinosa Reyes T. Menarquia y factores asociados [Internet]. Scielo. 2013. Vol.24, nº1 . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532013000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532013000100004)
22. Periods and fertility in the menstrual cycle [Internet]. National Health Service (NHS). 2019. Disponible en: <https://www.nhs.uk/conditions/periods/fertility-in-the-menstrual-cycle/>
23. Rafael Comino Delgado y Guillermo López García. Obstetricia y ginecología. Editorial: Ariel. 2004.
24. Etapas del embarazo [Internet]. Oficina para la salud de la mujer (OWH). 2019. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/pregnancy/youre-pregnant-now-what/stages-pregnancy>
25. Poves Plumed AB, Nieto Corella P. El comienzo del recorrido vital. En: Plumed Moreno C. Psicología general. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2012. p. 277-313.
26. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. Birth. 1997. Disponible en: [https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)
27. Drey N, Macfarlane A. 'Normal birth' Definitions and differences between countries [Internet]. Europeristat. Disponible en: [https://www.europeristat.com/images/Paris\\_2016\\_meeting/Analyses/Normal\\_birth.pdf](https://www.europeristat.com/images/Paris_2016_meeting/Analyses/Normal_birth.pdf)
28. Matute Albo J. Recomendaciones de la OMS para el parto: conflicto de intereses en la práctica. Medicina naturista. [Internet]. 2006. nº10, p. 55-59 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1985581>
29. Muévete, elige tu postura [Internet]. El parto es nuestro. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/muevete-elige-tu-postura>
30. Fernández Aranda MI. Impacto económico del parto en casa vs. parto en el hospital. Metas Enferm sep 2017; 20(7): 68-74.
31. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. Birth. 1997. Disponible en: [https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)

32. EDUCER. Mapa del parto en casa. Datos de 2013. Colección Observatorio del parto en casa en España nº VI año 2014. [citado 19 jul 2017]. Disponible en: [www.educer.es/partocasa/06Mapa2013.pdf](http://www.educer.es/partocasa/06Mapa2013.pdf)
33. Birth characteristics in England and Wales [Internet]. Office for National Statistics. 2019. Disponible en: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/bulletins/birthcharacteristicsinenglandandwales/2019>
34. Ross-Davie M. Scottish Government Review of Maternity and Neonatal Services. The evidence relating to place of maternity care, including place of birth. [Internet]. Scottish Government. 2019. Disponible en: <https://blogs.gov.scot/child-maternal-health/wp-content/uploads/sites/14/2019/03/Place-of-birth-evidence.pdf>
35. Vital Statistics Annual Report 2016. Births [Internet]. Central Statistics Office. 2016. Disponible en: <https://www.cso.ie/en/releasesandpublications/ep/p-vsar/vitalstatisticsannualreport2016/births2016/>
36. Home birth [Internet]. BabyCentre UK. Disponible en: <https://www.babycentre.co.uk/a536331/home-birth>
37. Escuriet R, Pueyo M, Biescas H, Espiga I, Colls C, Sanders M et al. La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) [Internet]. Matronas profesión. 2014. Disponible en: ([https://www.upf.edu/documents/3223410/3287206/AtencionPartoOCDE\\_Matronas2014.pdf/e684100f-2b8e-4d67-b167-020dda4cb402](https://www.upf.edu/documents/3223410/3287206/AtencionPartoOCDE_Matronas2014.pdf/e684100f-2b8e-4d67-b167-020dda4cb402))
38. Unceta-Barrenechea A, Bilbao Markaid M, Fraca Padilla M, García Valverde R, Gurrutxaga Arriola M, Gutiérrez de Terán Moreno G et al. Atención al parto de bajo riesgo en el medio hospitalario [Internet]. Departamento de Salud del gobierno vasco. 2018. Disponible en: [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud\\_embarazo\\_parto\\_posparto/es\\_def/adjuntos/protocolos/Atencion-parto-bajo-riesgo-medio-hospitalario.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_embarazo_parto_posparto/es_def/adjuntos/protocolos/Atencion-parto-bajo-riesgo-medio-hospitalario.pdf)
39. Nacimientos según estados civiles e islas de Canarias de residencia de las madres por años. [Internet]. ISTAC: Estadísticas de la Comunidad Autónoma de Canarias. 2019. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do>

