

Parto medicalizado o en casa, ¿Qué opción es la mas acertada?

Autores: García Martínez, Laura (Grado en Enfermería, Enfermera); Suárez Corral, Borja (Técnico en cuidados auxiliares de enfermería); Pintueles Alvarez, Claudia (Graduada en Enfermería, Enfermera).

Público: Profesional sanitario. **Materia:** Ginecología. **Idioma:** Español.

Título: Parto medicalizado o en casa, ¿Qué opción es la mas acertada?.

Resumen

En la vida de una mujer, la elección del tipo de parto que va a tener cuando le llegue el momento es muy importante. Por eso, en esta revisión bibliográfica vamos a exponer los diferentes tipos de partos que hay, y, basándonos en una búsqueda por diversas bases de datos, vamos a concluir que el parto natural en casa es la mejor decisión tanto anatómica, fisiológica, económica como emocionalmente hablando.

Palabras clave: Casas de parto, Parto medicalizado, Parto en casa, Parto natural, Parto instrumental.

Title: Medical delivery or at home, which option is the most appropriate?.

Abstract

In the life of a normal woman, the choice of the type of delivery she will have when the time comes is very important. Therefore, in this literature review we will expose the different types of deliveries there are, and, based on a search by various databases (pubmed, chrocrane, eventia, index), we will conclude that natural birth at home is the best decision both anatomically, physiologically, economically and emotionally speaking.

Keywords: Houses of childbirth, medical delivery, delivery at home, childbirth, instrumental delivery.

Recibido 2018-09-09; Aceptado 2018-10-04; Publicado 2018-10-25; Código PD: 100034

1. INTRODUCCIÓN

Definiciones:

Parto normal: La FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España) define parto normal como “el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo” (1)

Parto instrumental: Instrumentar un parto es hacer uso de elementos externos para sacar al bebé del canal del parto. Estos elementos tienen una forma y función diferente, según el caso. El más antiguo es el fórceps, pero actualmente también se utilizan las espátulas y la ventosa. (2)

Parto medicalizado: “Anular la biología y sobreponer controles externos mediante intervenciones tales como fármacos y procedimientos quirúrgicos.” (3)

El parto es un acontecimiento totalmente fisiológico que está controlado por nuestro cerebro más instintivo, entonces, ¿Porque tenemos que prepararnos para un acontecimiento natural?

La aparición de las primeras iniciativas educativas coincidió con la instauración del parto hospitalario como opción mayoritaria. Hasta ese momento, la mayoría de las mujeres parían en casa y solo acudían al hospital en caso de complicaciones. Ahora, en casi todas las sociedades se nace en un hospital, lo que provoca que al anterior miedo a un proceso totalmente desconocido ahora se sume el factor de un entorno hostil, en el que la mujer deja de ser sujeto para convertirse en objeto (4)

Actualmente podemos escoger entre varias opciones de parto y no solo el parto medicalizado como primera opción.

Tipos de parto más comunes:

- Parto Hospitalario
- Parto en una casa de nacimientos
- Parto en casa planificado

2. MATERIAL Y METODOS

Para esta revisión, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pudmed, Index Dialnet, Medline, la Biblioteca Chocrane Plus y Evidentia, Federación-matronas.org, utilizando como palabras clave birthplace in England, protocolos atención al parto, parto domiciliario y normalbirth con fechas comprendidas entre 1994 y 2014.

También hemos utilizado varios libros y revisiones de otros autores que tomaban múltiples aspectos relacionados con este tema.

3.RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Revisión de estudios:

- La humanización del parto y técnicas no recomendadas del hospital:

Una de las bases de un buen parto es que la mujer siga sus propios instintos en un entorno conocido y con gente de su confianza. Actualmente, el hospital no reúne ninguno de estos requisitos, pero un 90% de la población española sigue yendo a ellos a parir. La cuestión, es que hay muchos miedos infundados, y temores a ese proceso desconocido unidos ambos a la pregunta de... "¿Y si algo va mal?"

Sabemos que el parto es un proceso lento (excepto en algunos casos) y que muchas técnicas que se pueden realizar en el hospital podría realizarlas una matrona preparada y con experiencia, y, en el caso de que ocurriese alguna complicación, esta tendría preparado un plan específico de traslado al hospital, en el que tardaríamos de 15 a 20 minutos, y habría llamado ya antes de salir para avisarles. Muy buen dato si nos fijamos en que para bajar a una mujer a quirófano se tardan de media 30 minutos. (3)

Por otro lado, las técnicas protocolizadas del hospital ponen a todas las mujeres de parto bajo una misma condición, cuando cada una es diferente y su parto, por tanto, distinto. Así, una de las técnicas más usadas, como es la administración de oxitocina, es recogida y analizada en el artículo de García Rojas I "En el parto normal debe existir una razón válida para interferir con el proceso natural". Esto quiere decir que, acelerar el parto por medios artificiales, como la oxitocina sintética, sin que exista un motivo justificado y clínico para hacerlo es potencialmente peligroso para la madre y para su bebe, y no implica una adecuada calidad de la asistencia obstétrica.

También recomienda un correcto diagnóstico del inicio y evolución del parto que evitarán la "cascada del intervencionalismo", concepto que se refiere a aumentar de forma significativa el intervencionismo obstétrico, la tasa de cesáreas y la consiguiente morbilidad innecesaria señalando que se debe permitir que cada mujer y cada bebé marquen su propio ritmo en el proceso de nacer. Además, considera que no hay justificación para realizar porcentajes de episiotomía que superen en 30% de los partos, aunque algunos autores prefieren hablar de cifras más bajas (20%) para considerar que hay una adecuada política de episiotomías en la asistencia al parto. (5)

Evidentemente, España está muy por encima de estos valores señalados como óptimos por la OMS y recogidos en artículo de Herrera Cabrerizo, B sobre la episiotomía selectiva. (6)

Otro problema en los partos hospitalarios es la restricción del movimiento a las mujeres durante sus periodos de dilatación y expulsivo. Además, en la actualidad, la posición que se usa en el momento del parto es el decúbito supino, que, aunque para el profesional resulte muy cómoda, está ampliamente demostrado que en ella el útero comprime la vena cava inferior y la aorta, disminuyendo el flujo sanguíneo hacia el útero, placenta y el feto, provocando la hipotensión materna y el sufrimiento fetal. Ocasionando lo que se llama "síndrome de hipotensión supina". Y todo esto justificado por la comodidad del obstetra y para mantener monitorizada a la mujer y al feto.

En la revisión de Gupta JK, Hofmeyr CJ se analizan varios ensayos relativos a la posición durante el periodo expulsivo en el trabajo de parto. De estos se dedujo que el uso de cualquier tipo de posición lateral o vertical, en comparación con las posiciones supina o de litotomía, se asocian con una disminución en la duración del periodo expulsivo del trabajo de parto; un pequeña reducción en los partos asistidos; una reducción en las episiotomías; se redujo el informe de dolor intenso durante el período expulsivo del trabajo de parto y hubo menos patrones de frecuencia cardiaca fetal anormal. Los hallazgos aparentes de esta revisión sugieren numerosos beneficios potenciales para la posición vertical. (7)

Aunque ante todo se debería estimular a las mujeres a que tengan su parto en la posición más cómoda para ellas. Ya que según el estudio de Carreras I dar mayor libertad de movimiento a la madre para que esta adopte la postura que sea más cómoda y con la que sienta menos dolor en vez de la posición obstétrica acorta el segundo periodo del parto, disminuye el dolor y con ello la necesidad de analgesia, además de disminuir el use de vacuo, fórceps, episiotomías y lo asociado con ello trauma perineal, laceraciones y desgarros labiales y vaginales. La única desventaja encontrada en ambos artículos sería el aumento de sangrado vaginal a más de 500 ml que no es comparable a los beneficios a los que se deben añadir la satisfacción materna y los mejores resultados neonatales. (8)

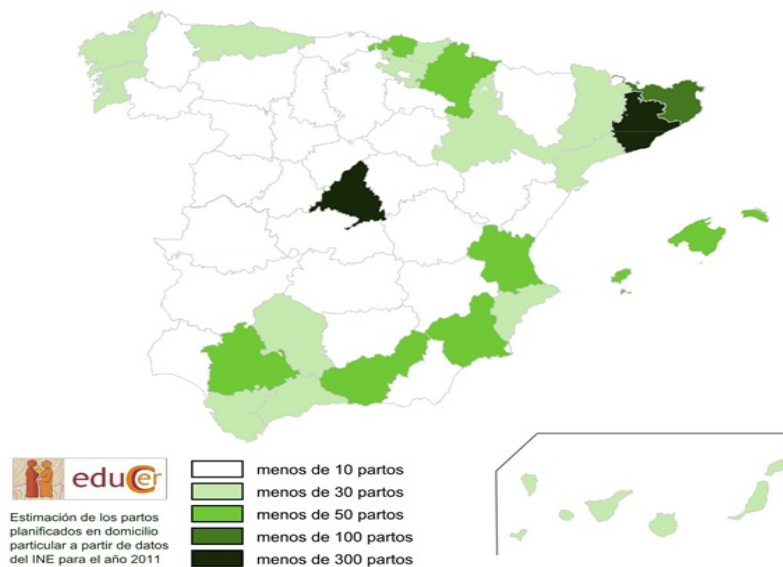
En conclusión, durante el expulsivo la mujer puede adoptar la posición que ella prefiera, evitando preferiblemente estar largos periodos en posición supina. Se le debe animar a experimentar lo que ella sienta como más cómodo y se le debe animar con su elección. Además, debe adiestrarse a los profesionales para atenderlas en las más variadas posiciones ayudando a la comodidad de la mujer y el feto.

Posiciones para el expulsivo		Ventajas	Inconvenientes
Vertical	De pie	Mayores diámetros pélvicos < Partos instrumentales < N.º de episiotomías < Dolor expulsivo < Patrones anormales en el FCF > Libertad de movimientos Ayuda de la gravedad Contracciones de mayor intensidad	> Desgarros perineales Sobrestimación del sangrado
	Cuclillas	Mismas ventajas que de pie	Mismos inconvenientes que de pie En nulíparas: más traumas y mayor incidencia desgarros grado III Resultados perineales más desfavorables para las nulíparas
	Silla de partos	Mismas ventajas que de pie	Mismos inconvenientes que de pie
4 apoyos (cuadrupedia)	Manos-pies	Favorece la rotación fetal en presentaciones posteriores Favorece el descenso fetal Menores traumas perineales	Rechazo cultural de la mujer
	Manos-rodillas		
Decúbito lateral (Sims)		Tasa más alta de periné intactos Mejores resultados perineales Previene el síndrome de compresión de la vena cava Más libertad de movimientos Mayor intensidad y menor frecuencia de las contracciones	
Semisentada		Abre el estrecho pélvico Mejor para el dolor lumbar que la posición de litotomía Adecuada para el uso de epidural	Uso parcial de la gravedad
Litotomía		Adecuado para partos instrumentales Comodidad del profesional Facilidad para la colocación del RCTG	Más episiotomías Menor libertad de movimientos Cierra el estrecho inferior

- ¿Mejor en casa o en el hospital?

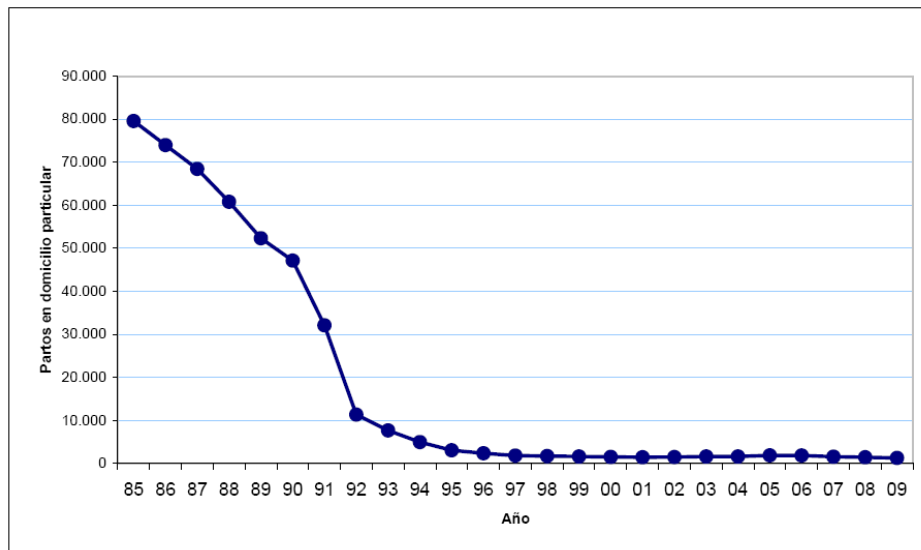
En España: actualmente, los criterios de cálculo estadístico sobre la planificación del parto en casa en España, apuntan a que “en 2011 aproximadamente uno de cada 600 partos ocurridos en España (un 0,18%) fueron partos domiciliarios planificados y seguros. El resto serían partos que ocurrieron de forma accidental en el domicilio sin que fuera esa la intención de la familia.”

Estos datos apenas variaron con respecto al año anterior y se mantienen estables pese a la crisis y a la disminución en el número de nacimientos. (9)



Mapa de incidencia del parto planificado en casa por provincias en el año 2011

Pese a todo, esto no siempre ha sido así, desde el año 1985 y con la aparición de los nuevos protocolos de la SEGO se ha producido un punto de inflexión en el número de partos domiciliarios, como se muestra en la tabla siguiente. El artículo también recoge el hecho de que en España, desde 1995 hasta 2009, no se han dado diferencias de la mortalidad del feto entre el domicilio particular y el hospital. (10)



Evolución del número de partos ocurridos en domicilio particular en España entre 1985 y 2009

Además de esta igualdad de morbilidad en el nacimiento, el parto domiciliario tiene ventajas sobre el parto hospitalario, habiendo un menor riesgo de morbilidad materna, hemorragia postparto y de extracción manual de la placenta en mujeres de bajo riesgo, siendo muy significativas las cifras en mujeres que ya han tenido hijos y concluyendo por tanto que no hay pruebas de que el parto en casa planificado para mujeres de bajo riesgo conduzca a un mayor peligro para estas si se realiza con parteras bien entrenadas y un buen sistema de referencia y transporte. (11)

¿Y que hay de las mujeres primíparas? En el estudio de Colacioppo, en el que se estudiaron también los partos domiciliarios, más de la mitad de las mujeres eran primíparas, algo que se considera un factor de riesgo en partos domiciliarios, sin embargo, los resultados fueron claramente positivos:

Un 92,9% de los partos fue normal, y de ellos el 57,5% tuvieron el perineo intacto o desgarro perineal de primer grado, solo hubo un 5,7% de transferencia hospitalaria por recomendación obstétrica y de todos ellos un solo bebe fue trasladado al hospital por arritmia cardiaca.

El uso de buenas intervenciones obstétricas durante los partos domiciliarios y el seguimiento de las evidencias científicas pueden ayudar a la transformación de nuestro modelo actual de atención al parto. (12)

Actualmente, en los últimos años cada vez más países demuestran estas ventajas, así, tanto en Suecia (13) como en Estados Unidos (14) ya se han unido a probar que, aunque no existan datos significativos sobre la morbilidad en ambos casos, (como citábamos ya antes en otro estudio), normalmente, las mujeres del grupo de parto en casa, experimentaron un parto espontaneo y sin intervención médica, además de ser menos propensas a sufrir lesiones de suelo pélvico.

Unos resultados sorprendentes, con una tasa de población de menos de 1 muerte perineal por cada 1000 recién nacidos. (15)

Debemos comentar también que gracias a las casas de parto (unidades obstétricas de parto dirigidas por matronas) se ha logrado aumentar las posibilidades de tener un parto vaginal, y de disminuir las necesidades de epidural y de intervenciones médicas (16)

Por último, analizaremos el punto de vista económico con el artículo de Schroeder E, este consiste en un diseño de una evaluación económica, para determinar que rentabilidad tienen los lugares alternativos de nacimientos.

Se centrará en partos en casa, partos en unidades independientes, partos en unidades asociadas al hospital y partos en unidades de obstetricia. Siendo al final los costes económicos de 1196 euros en una unidad obstétrica, 1071 euros en unidades asociadas al hospital, 1052 en unidades independientes, y 782,520 euros para los partos en casa.

Como resultado podemos observar que “para las mujeres multíparas con bajo riesgo de complicaciones, el parto planeado en casa era la opción más rentable. Lo mismo que para las mujeres de bajo riesgo nulíparas, cuyo nacimiento planificado en el hogar sigue siendo la opción más rentable, aunque se asocia con un aumento en los resultados perinatales adversos.” (17)

Las mujeres deberían poder poseer la información adecuada sobre los diferentes modelos de atención y poder realizar una toma de decisión informada sobre el lugar de nacimiento que quieren, es decir tener la opción de una libre configuración de nacimiento (18). Y eso lo expone Charlotte Overgaard en su estudio, en el cual nos demuestra que, si les diésemos a conocer a todas las mujeres, (con estudios o sin ellos), todas las opciones posibles de parto y sus consecuencias, la mayoría de ellas escogerían las unidades obstétricas independientes o el parto domiciliario, en vez de aventurarse a un parto hospitalario, cada vez más alejado de las evidencias científicas. (19)

4.CONCLUSIÓN

“La evidencia disponible apoya el parto en casa” (20), y, por norma general, todos los estudios que hemos expuesto y encontrado lo fomentan. Poco a poco, y según vayan saliendo nuevos estudios, esperamos que el parto en casa se vaya aceptando mas por la sociedad y sea más común verlo, hasta el punto en el que sea la opción predominante frente al hospital. Las mujeres se sienten más cómodas y protegidas en casa que en el hospital, un entorno mas frio y medicalizado en el que se puede llegar a sentir que no tienes casi voluntad o derecho para escoger la postura en la que estas mas cómoda o que quieres hacer. También hemos evidenciado que económicamente es mucho mejor el parto en casa frente al medicalizado. Por todo esto, concluimos que la mejor opción a escoger según las evidencias es el parto en casa.

Bibliografía

1. FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007 [acceso 2 junio 2014]
- 2.
3. Ascension Gomez, El parto instrumental, El parto es nuestro, Disponible en: <http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/el-parto-instrumental> [Acceso 15 junio de 2014]
4. M.Wagner: El cuidado maternal en España en 2006: La necesidad de humanizar el parto. Medicina naturista nº18 Disponible en : [dialnet.unirioja.es/ descarga/articulo/1986342.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1986342.pdf) [acceso 2 junio 2014]
5. Ana Mateos Cachorro, Maternidad y parto: nuestras ancestras y nosotras, 1ª Edición, Ed: Junta de Castilla y León, Año 2010. [Consultado 25 junio 2014]
6. García Rojas I. ¿Está justificada la administración de oxitocina de forma rutinaria a todas las mujeres en trabajo de parto? Evidentia 2006 ene-feb; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/183articulo.php> [Consultado el 24/04/2012]
7. Herrera Cabrerizo B. El uso sistemático de oxitocina no está justificado en la fase activa del parto espontáneo de bajo riesgo. Evidentia 2006 ene-feb; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/184articulo.php> [Consultado el 21/04/2012]
8. Gupta JK, Hofmeyr GJ Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. [acceso 27 de mayo de 2014] Disponible en: <http://www.update-software.com>.
9. Carreras I. Posición materna durante el segundo periodo del parto: revisión de evidencias. Evidentia 2005 sept-dic; 2(6). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n6/139articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. [Consultado el 21/04/2012]
10. EDUCER "Mapa del parto en casa. Datos de 2011". Colección Observatorio del parto en casa en España nº IV año 2013. Publicación on-line www.educer.es/partocasa/04Mapa2011.pdf [acceso 2 junio 2014]
11. Ruiz-Callado, Raúl; Romero-Salord, Fidel; Fontanillo-Garrote, Alicia. Mortalidad perinatal en los partos únicos asistidos a término en España entre 1995 y 2009 según ocurrieran en domicilio particular o en centro sanitario. Enfermería Comunitaria (rev. digital) 2012, 8(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/v8n1/ec7773.php>> [Consultado el 15/06/2014]
12. Ank de Jonge, Jeanette A. J. M. Mesman, Judith Mannien, Joost J Zwart, Jeroen van Dillen, Jos van Roosmalen, Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study, BMJ 2013;346:f3263 [acceso 1 junio 2014] (Published 13 June 2013)[Acceso 4 junio de 2014] Disponible en : <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f3263>
13. C. Colacioppo PM; Duarte Koiffman M. Parto domiciliario planejado: resultados maternos e neonatais.2010 [revista internet]; revista enfermeragem referencia [Consultado en 23 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.indexf.com/referencia/2010pdf/32-081.pdf>
14. Lindgren HE1, Rådestad IJ, Christensson K, Hildingsson IM, Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87(7):751-9. [acceso 3 junio 2014] Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18607818>
15. Joseph R. Wax, Michael G. Pinette, Outcomes of Care for 16,925 Planned Home Births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009, Journal of Midwifery & Women's Health, 2014, 59, 3 [acceso 3 junio 2014]. Disponible en : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12172/abstract>
16. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. [Internet]. Inglaterra: NCBI; 2010 [acceso 15 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22117057>.
17. López G, Jiménez M. Las casas de parto dentro del sistema hospitalario. Matronas Prof. 2009; 10(2): 12-15 [acceso 27 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/602/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/f4a/filename/vol10n2pag12-15.pdf>
18. Schroeder E, Petrou S, Patel N, Hollowell J, Puddicombe D, Redshaw M, Brocklehurst P. Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. [Internet]. Oxford (UK): NCBI; 2012 [acceso 27 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22517916>
19. Janssen PA1, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK, Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. CMAJ. 2009 Sep 15;181(6-7):377-83 [acceso 3 junio 2014] Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2742137/>

20. Charlotte Overgaard, Morten Fenger-Grøn, Jane Sandall, Freestanding midwifery units versus obstetric units: does the effect of place of birth differ with level of social disadvantage?, BMC Public Health. 2012; 12: 478. [acceso 29 mayo de 2014]
Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3434070/>
21. Helen McLachlan, Della Forster, The safety of home birth: Is the evidence good enough?, CMAJ. Sep 2009; 181(6-7): 359–360, [Acceso 4 junio de 2014] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2742151/>
22. Gloria Seguranyes Guillot. Enfermería Maternal. Volumen 1. Primera Edición. Editorial Masson S.A. Año 2000
23. Sally B. Olds, Marcia L. London, Patricia A. Ladewing. Enfermería Materno Infantil. Tercer tomo Enfermería profesional. 2ª Edición. Editorial Interamericana-Macgraw Hill; 1993
24. Lowdermilk D, Perry S, Bobak I, Enfermería mosby 2000 Materno infantil, Ed: Harcourt brace Año 1998.