

Revisiones de un Estudio

Revisión Sistemática

El nacimiento domiciliario planificado para mujeres embarazadas seleccionadas no es desaconsejable.

M^a Teresa de la Torre Palomo¹.

¹Matrona. Hospital de Antequera (Málaga, España).

Cómo debe citarse este documento: Torre Palomo MT de la. El nacimiento domiciliario planificado para mujeres embarazadas seleccionadas no es desaconsejable. Evidentia 2006 ene-feb; 3(7). En: <http://www.Index-f.com/evidential/n7/190articulo.php> [ISSN:1697-638X].

Manuscrito aceptado el 10.06.05.

Pregunta:

¿Es seguro el parto domiciliario?

¿Es realmente necesario que todas las mujeres paran en el hospital?

Artículos seleccionados:

Olsen O, Jewell MD. El nacimiento en casa frente al nacimiento en el hospital. (Revisión Cochrane traducida). En : La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.

Patricia A. Janssen, Shoo K. Lee, Elizabeth M. Ryan, Duncan J. Etches et col. Outcomes of planned home births versus planned hospital births alter regulation of midwifery in British Columbia. (Resultados de nacimientos planificados en casa en comparación con nacimientos planificados en el hospital después de la regulación de la obstetricia en Columbia Británica). Canadian Medical Association or its licensors. Feb. 5, 2002; 166 (3).

Artículo 1.

El nacimiento en casa frente al nacimiento en el hospital. (Revisión Cochrane traducida). Olsen O, Jewell MD.

Objetivo: Comparar los efectos sobre las tasas de intervenciones, complicaciones y morbilidad del nacimiento domiciliario planificado y del nacimiento en el hospital.

Trata de probar que en los nacimientos planificados en el hospital, *la tasa de intervención es mayor*, y en consecuencia:

- *Son mayores* las tasas de distocias, dificultades fetales, puntuaciones bajas de Apgar, problemas respiratorios neonatales y el trauma del nacimiento, desgarros maternos e insatisfacción materna.
- *Son menores* las tasas de hemorragias excesivas y de placentas retenidas.

Esta revisión intenta determinar si las hipótesis anteriores, fruto de los resultados del metanálisis de la seguridad del nacimiento domiciliario realizado por Olsen en 1997, son reproducibles en ensayos por asignación al azar.

Fuentes de datos: Registro Especializado de los Ensayos Controlados del Grupo Cochrane de Embarazo y Pato (Pregnancy and Childbirth Group) complementado con una búsqueda de CCTR con el término MeSH "Home Childbirth" (nacimiento domiciliario).

Selección de estudios: Dos revisores seleccionaron todos los intentos de realizar ensayos controlados para comparar el nacimiento domiciliario con el producido en el hospital. Esta revisión adoptó la estrategia de búsqueda desarrollada por el Grupo Cochrane de Embarazo y Parto en su totalidad.

Medidas de resultados: La comparación principal que realizaron fue cualquier tipo de nacimiento domiciliario en mujeres seleccionadas, ayudadas por un profesional experimentado en nacimientos domiciliarios respaldado por un sistema hospitalario moderno (para un eventual traslado) con el parto planificado para que tenga lugar en el hospital.

Se midieron los siguientes resultados: intervenciones médicas y obstétricas (inducción del trabajo de parto), dilatación, episiotomía, nacimiento vaginal operatorio, cesárea, suturas, complicaciones, ambulación durante el trabajo de parto, colocación durante el primer estadio del trabajo de parto, colocación durante el segundo estadio del trabajo de parto, morbilidad materna, morbilidad neonatal, traslado a la unidad de terapia intensiva neonatal, satisfacción materna, lactación materna, mortalidad materna y mortalidad perinatal. Siempre que fue posible, los análisis fueron del tipo "intención de tratar".

Sólo fue incluido el ensayo realizado por Dowswell¹ en 1996, en el que once mujeres multíparas fueron consideradas de bajo riesgo obstétrico por un obstetra de consulta, además tenían probabilidades de contar con apoyo y sus circunstancias domiciliarias eran apropiadas; todas dieron el consentimiento por escrito y se las asignó a "parto en casa" o "parto en hospital". La asignación al azar estaba en una relación 1: 1 en bloques equilibrados de ocho y se organizó al abrir el siguiente sobre de una serie de sobres sellados, opacos y numerados, que contenían la asignación de ensayos. Una mujer asignada al parto domiciliario fue excluida después de la aleatorización porque se encontró que había tenido una hemorragia posparto anterior.

Principales resultados: El estudio reunía muy pocos casos como para sacar conclusiones confiables.

Conclusiones: Los autores concluyen que no hay evidencia sólida para proponer el nacimiento en el hogar o en hospital para mujeres embarazadas de bajo riesgo.

Comentarios: Según los autores el pequeño ensayo de Dowswell (1996) no se organizó para obtener una conclusión definitiva. El objeto era más bien manifestarse en contra de lo que se ha estado sosteniendo como posible: conseguir un consentimiento fundamentado de las mujeres embarazadas para ser asignadas al azar a un parto planificado en el hogar o en el hospital. Demostró que es posible asignar al azar a mujeres para parto en el hogar o en el hospital, al contrario de lo que muchos habían pensado.

Las pruebas más débiles de los estudios de observación sugieren que el nacimiento domiciliario planificado puede reducir complicaciones, intervenciones y problemas neonatales, pero no hay evidencia sólida como para favorecer el parto programado en el hospital o el parto programado en el hogar para las mujeres con embarazos de bajo riesgo.

(1).- Dowswell T, Thornton JG, Hewison J, Lilford RJL. Should there be a trial of home versus hospital delivery in the United Kingdom?- Measuring outcomes other than safety is feasible. BMJ 1996; 312: 753. 1996180747

Artículo 2.

Outcomes of planned home births versus planned hospital births alter regulation of midwifery in British Columbia. (Resultados de nacimientos planificados en casa en comparación con nacimientos planificados en el hospital después de la regulación de la obstetricia en Columbia Británica). Patricia A. Janssen, Shoo K. Lee, Elizabeth M. Ryan, Duncan J. Etches et col.

Objetivo: Evaluar la seguridad de los nacimientos domiciliarios, por medio de la comparación de los resultados perinatales entre los nacimientos planificados en domicilio y los nacimientos planificados para ser atendidos en el hospital.

Diseño: Estudio prospectivo de cohortes pareadas.

Lugar: Columbia Británica.

Participantes: 2177 mujeres, con similares niveles de riesgo obstétrico, que parieron entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 1999. De ellas:

- 863 fueron atendidas por matronas en domicilio.
- 1314 se atendieron en el hospital: 571 por matronas y 743 por médicos.

Selección y principales medidas de resultados: Las mujeres propuestas para el parto en domicilio estaban incluidas en un proyecto para el parto domiciliario por sus matronas y para ello, debían tener una edad gestacional mayor de 36 semanas, cumplir una serie de requisitos y dar su consentimiento informado. Las matronas que atendieron los partos domiciliarios cumplimentaron unos formularios que recogían datos sobre la historia prenatal, resumen del parto y del neonato. De aquellas que fueron trasladadas al hospital por algún motivo, los datos se obtuvieron del hospital.

De los partos atendidos en el hospital, por médicos o por matronas, se excluyeron a aquellas pacientes que tenían algún factor que hacían no elegible el parto domiciliario: nacimiento múltiple, enfermedad cardíaca, enfermedad renal crónica hipertensiva, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo con proteinuria diagnosticada en el embarazo, diabetes insulino-dependiente (preexistente o gestacional), hemorragia después de la semana 20 de gestación, herpes genital activo, presentación fetal anómala, más de una cesárea anterior, madres transferidas al hospital por otras alteraciones.

Los datos de la renta, se obtuvieron de la estadística de Canadá, a partir del censo de 1996.

En el análisis de los datos se tuvieron en cuenta las características sociodemográficas y del embarazo (edad, paridad y madre soltera) que pueden influir en los resultados obstétricos, también se consideró el área geográfica, el clima, el transporte (urbano vs rural) y los recursos del hospital.

Principales resultados:

- En el grupo de los nacimientos domiciliarios fueron menores las intervenciones intraparto: uso de analgesia epidural, monitorizaciones electrónicas fetales, estimulaciones o inducciones de parto y episiotomías. En este grupo también fue menor la tasa de cesáreas. Estos resultados se mantienen tanto si el parto en el hospital es atendido por una matrona, como si lo es por un médico.
- En el grupo de nacimientos domiciliarios hubo mayor nº de mujeres con periné intactos.
- No hubo diferencias significativas en la mortalidad perinatal, en la puntuación de Apgar a los 5 minutos, en el síndrome de aspiración meconial, en los requerimientos de traslado a un hospital para cuidados especializados del recién nacido, mortalidad materna, problemas hemorrágicos tras el parto y en los desgarros de tercer o cuarto grado.

Conclusiones: No hay un aumento del riesgo asociado con el parto domiciliario planificado y atendido por una matrona que cumpla con las regulaciones. Los índices de algunos resultados adversos son demasiado bajos, como para poder realizar una comparación estadística, y por tanto, el nacimiento domiciliario es autorizado.

Comentarios: Los autores encuentran en otros estudios resultados muy similares a los suyos, referentes a requerimientos de traslado a un hospital para los partos domiciliarios, tasas de intervención intraparto para los nacimientos en hospitales y necesidades de transfusión sanguíneas maternas.

Un 0,9 % de los nacidos en domicilio presentaron puntuaciones en el test de Apgar a los 5 minutos menores de 7; esto lo contrastan con el estudio de Québec que encuentra tasas mayores para este grupo, un 4,1 %

En cuanto al riesgo de mortalidad perinatal para los nacimientos en domicilio, recomiendan que para obtener resultados más fiables, dada la variabilidad entre distintos estudios encontrados, realizar uno más prolongado en el tiempo, sugiriendo como apropiado un periodo de 7-8 años.

Comentario:

A la luz de estos artículos, el parto en domicilio puede considerarse una opción segura, pero que debe ser considerada con cautela, ya que en ambos estudios, los resultados desfavorables graves para la madre o el recién nacido son escasos y por lo tanto, no obtienen diferencias significativas.

La revisión realizada por Olsen y Jewell incluye una serie de artículos publicados hasta 1998, pero sólo uno y con pocos casos cumplía los criterios de inclusión. El segundo artículo, publicado en el 2000, comunica los resultados obtenidos de la asistencia hospitalaria y domiciliaria realizada durante los dos años anteriores a un mayor número de nacimientos. En ambos, las mujeres incluidas cumplían una serie de requisitos. En los estudios en los que las mujeres no son seleccionadas previamente, los resultados perinatales y maternos no son favorables.

En España, no llega al 1 % el número de mujeres que paren en sus domicilios, por lo que no encontramos estudios de resultados; sin embargo, en Holanda hasta un 40% de las mujeres optan por este tipo de nacimiento.

No obstante, parece que un amplio grupo de mujeres pueden beneficiarse de las ventajas de un parto en domicilio. Así, aquellas mujeres *que lo deseen y que no tengan factores de riesgo*, podrían ser *preparadas* para parir en domicilio, con la *asistencia de una matrona especialmente entrenada* en este tipo de asistencia, teniendo la precaución de asegurar las *condiciones del domicilio y la posibilidad de un traslado a un hospital* cercano en un tiempo inferior a los 10 minutos, si fuese preciso.

Siendo esto así, sería necesaria la formación de las matronas en este tipo de asistencia y la concienciación de buena parte de la población, que apuesta por la tecnología sanitaria en todos los casos. Quizá así, logremos reducir la tasa de cesáreas, que se sitúa actualmente entre el 20 y el 30 % para la mayoría de los hospitales españoles. En última instancia, lo que más nos importa como profesionales es la posibilidad de que la oferta de servicios en la asistencia al parto sea tan amplia como para hacer viable para la mujer que lo desee una asistencia segura en el domicilio. Actualmente tenemos evidencias de que es seguro, por tanto, que hay más partos que los hospitalarios. Ahora bien, de lo que carecemos es de un sistema de salud que lo incluya en la cartera de servicios y de uno profesionales, normalmente matronas, capacitados para esta práctica.

Bibliografía:

Bastian H, Keirse MJNC, Lancaster Pal. Perinatal death associated with planned home birth in Australia: population based study. *British Medical Journal* 1998;317:384-38.

Howe KA. Home births in south-west Australia. *The Medical Journal of Australia* 1988;149(6):296-7, 300,302.

Duran AM. The safety of home birth: the farm study. *American Journal of Public Health* 1992;82(3):450-453.

Ackermann-Lieblich U, Voegeli T, Gunter-Witt K, Kunz I, Zuling M, Schindler C, Maurer M. Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. *British Medical Journal* 1996;313(7068):1276-1277.

Mehl LE, Peterson GH, Whitt M, Hawes WE. Outcomes of elective home births: a series of 1.1146 cases. *The Journal of Reproductive Medicine* 1997;19(5):281-290.

Nota del editor:

Nivel de calidad de la Evidencia: II.

Grado de recomendación: B.

El parto domiciliario es seguro en los países avanzados siempre que se cumplan unos adecuados requisitos en la selección de las gestantes. En caso contrario, los resultados perinatales son peores y no está aconsejada la incorporación de esta recomendación.

En España, se puede afirmar que no se realizan partos a domicilio. Tenemos poca información sobre los programas regionales o locales de implementación de la asistencia domiciliaria.

Se recomienda la incorporación progresiva del parto domiciliario como derecho básico en la asistencia obstétrica: el derecho de elección.