

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas

www.evidenciasenpediatria.es

Editorial

Parto en domicilio: ¿hay suficientes evidencias como para proponerlo como alternativa al parto en el hospital?

Martínez Escoriza JC

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Universitario de Alicante (España).

Correspondencia: Juan Carlos Martínez Escoriza, martinez_jca@gva.es

Palabras clave en inglés: *home childbirth; delivery rooms; mortality; morbidity; adverse effects.*

Palabras clave en español: *parto domiciliario; parto hospitalario; mortalidad; morbilidad; efectos adversos.*

Fecha de publicación en Internet: 25 de agosto de 2010

Evid Pediatr. 2010;6:46.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Martínez Escoriza JC. Parto en domicilio: ¿hay suficientes evidencias como para proponerlo como alternativa al parto en hospital? Evid Pediatr. 2010;6:46.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín por medio del ETOC en <http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2010;3:46>

©2005-10 • ISSN: 1885-7388

Parto en domicilio: ¿hay suficientes evidencias como para proponerlo como alternativa al parto en el hospital?

Martínez Escoriza JC

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Universitario de Alicante (España).

Correspondencia: Juan Carlos Martínez Escoriza, martinez_jca@gva.es

HOME BIRTH: IS THERE ENOUGH EVIDENCE TO PROMOTE IT AS AN ALTERNATIVE TO THE HOSPITAL?

“Nosotras parimos, nosotras decidimos. La vieja consigna feminista cobra nueva vigencia. Dueñas del poder de concebir, muchas mujeres exigen ahora el derecho a parir como quieran, más allá de la asistencia uniforme, impersonal y medicalizada de los Hospitales”. De esta forma iniciaba un extenso informe sobre la asistencia al parto, un importante periódico digital español (EL PAIS.com, 28-3-2007).

La historia de la asistencia al parto es muy variada en función de quién la cuente, de a qué periodo de tiempo se refiere y en qué ámbito socio-sanitario se analiza, entre otros argumentos. El parto y nacimiento de una criatura es un acontecimiento especial, que lleva asociada una carga emocional como vivencia íntima, única y personal en la biografía de una mujer.

En nuestro entorno, la atención al parto ha seguido un discurrir progresivo tendente a la mejora de los resultados perinatales de modo que, globalmente, se puede afirmar que en el mundo desarrollado se han alcanzado tasas de morbilidad y mortalidad, maternas y fetales, excelentes. En España, a partir de los años 70, la atención al parto pasó del ámbito domiciliario al hospitalario¹, universalizando la asistencia, aportando justicia y equidad a todas las gestantes del país, propiciando así el acceso a los recursos sanitarios a la totalidad de las mujeres, permitiendo que los avances médicos (antibioticoterapia, transfusiones...) y tecnológicos (asepsia, analgesia...) no fuesen patrimonio de unos pocos. En los años 90 la gran presión de las demandas judiciales dio lugar a una mala medicina defensiva y a un excesivo intervencionismo (partos instrumentados y cesáreas), que no incidieron en la mejora de los resultados perinatales. A principios de este siglo las evidencias hicieron reflexionar a todos sobre algunas de las prácticas más arraigadas (como la episiotomía)² e hicieron recapacitar sobre la necesidad de modificar algunas rutinas (rasurado, enema sistemático, postura para el expulsivo, etc), fruto de un empirismo no reflexivo. Finalmente, en estos últimos años, se asiste a una crítica, en ocasiones inusitadamente despiadada, de este proceso evolutivo, en la que se pone más el acento en los aspectos de “deshumanización de la asistencia” (asistencia impersonal, uniforme y medicalizada) que en los logros obviamente conseguidos (descenso espectacular de la morbimortalidad materna y perinatal).

Los principales estudios sobre fisiología fetal (Caldeyro-Barcia, Hon, Hammacher, Saling, etc) fueron realizados a partir de

1950, siendo el germen de lo que hoy en día es la Medicina Perinatal que tanto ha aportado, y aporta, al buen término de muchos embarazos. Esas investigaciones, ciertamente, dieron paso a unas tecnologías que aplicadas a eventos fisiológicos, como el parto normal, en ocasiones abusando de ellas, parecen desproporcionadas más aún cuando no todas han tenido un impacto demostrado en los resultados³. Pero de ahí a afirmar de forma categórica, y con carácter universal, que cuanto menos intervencionismo durante el parto mejores resultados perinatales se obtendrán⁴ dista una distancia. No tiene fundamento desacreditar un pasado reciente que ha dado lugar a una situación actual muy idónea y en la que, ahora sí, es posible plantear mejoras como la individualización de la asistencia y la exclusión de rutinas ineficaces. Más que una ruptura con lo anterior se trata de incorporarse a un proceso “evolutivo” donde los pasos que hay que dar tienen sentido en tanto en cuanto suponen un ir avanzando en una mejor asistencia al parto. Es decir, de beneficiarse de los progresos demostrados, descartar las prácticas no fundamentadas en evidencias (no relevantes muchas de ellas en este momento) e incluir prácticas que se abandonaron y que, ciertamente, pueden hacer más fácil y cercana la asistencia al nacimiento y el inicio de la lactancia.

La realidad asistencial no ha detectado, al contrario de lo que se deduce de algunos artículos⁵, que las gestantes pidan cambios drásticos en la asistencia. Sí que mayoritariamente grupos de Matronas y la misma Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.)⁶ han reivindicado y recomendado un progreso en la asistencia al parto, asumiendo que se trata de un proceso fisiológico (evitar el uso sistemático de rasurado, enema, oxitocina, episiotomía, etc...). Pero ¡cuidado!, sin abandonar la responsabilidad que nos compete de garantizar seguridad para la madre y el neonato. La gran limitación de apriorismos por los que se reivindica la asistencia del parto “de bajo riesgo” para grupos profesionales como matronas apelando a su condición de proceso fisiológico es, como dice la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (F.I.G.O.), y ha quedado demostrado por T Nesbitt, J Aktar y AJ Knox, que se encuentran hasta un 10-20 % de complicaciones en partos considerados de “bajo riesgo”⁷. Y eso es mucho.

Claro que todo esto es en los países desarrollados, ya que si el análisis se hace a nivel mundial, la mujer sigue siendo relega-

da durante su embarazo y parto a costumbres tribales y ritos de lo más variado donde la seguridad de ella y su futuro hijo son cuestiones más bien relativas. En los países en vías de desarrollo la mortalidad materna es inadmisibles. La morbilidad (fistulas, desgarros, etc..) es intolerable y la morbilidad y mortalidad neonatal, aunque aceptadas culturalmente, no dejan de ser un drama y una llamada a las conciencias. Según fuentes de la F.I.G.O.⁶, una mujer muere cada minuto en el mundo por complicaciones del embarazo y parto "natural", sin atención especializada. La mayoría de estas muertes podrían haberse evitado si la mujer, en vez de un parto "natural", hubiera tenido acceso a personal y medios adecuados y preparados. En la Comunidad Valenciana, en el último año analizado (2.007), aparecen 2,06 muertes por 100.000 nacidos vivos⁷. No parece plausible argumentar que la atención en nuestra Comunidad sea "deshumanizada", término peyorativo que se convierte en insolidario si se analiza valorando los datos mundiales citados.

Esos contrastes asistenciales a nivel mundial tienen su paradigma en una realidad imposible de ocultar: hay países desarrollados como Holanda donde casi el 40 % de las mujeres dan a luz en su domicilio; en el Reino Unido más del 60 %, entre casas de nacimiento y hospitales, lo hacen mediante un "parto no intervencionista", y la tasa de lactancia materna es muy superior a la de nuestro entorno. Y no se ha comprobado, según M Filloi¹, alteraciones en la morbilidad y mortalidad fetal y materna⁴.

Relacionado con el parto domiciliario, es inminente la publicación en *Am J Obstet Gynecol*⁸ de un metanálisis que pone cierto orden en lo que a evidencias sobre esta cuestión se refiere. Recoge 12 artículos publicados desde 1945 en países desarrollados, de habla inglesa, reclutando dos cohortes que se comparan: una de 342.056 partos realizados en domicilio y otra de 207.551 en el medio hospitalario, pretendiendo responder a si existen o no diferencias en intervencionismo, morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. La principal conclusión es que existe un aumento de mortalidad neonatal (triple) en los nacimientos en domicilio frente a la de la cohorte que nacieron en el hospital. Ésta debe ser tenida en consideración por quienes argumentaban hasta ahora¹⁴, con cierta ligereza, que no hay diferencias en resultados perinatales. Más aún, dicha conclusión obliga éticamente a introducir de inmediato mejoras sustanciales en el modelo actual de asistencia en parto domiciliario, allí donde se esté propiciando.

En el metanálisis se concluye también que hay significativamente menos intervencionismo (epiotomías, epidural, etc) y morbilidad (infecciones, etc) en los partos domiciliarios que en los hospitalarios; además se demuestran diferencias significativas en el menor número de partos pretérmino y bajos peso, con más postérmino, en el parto domiciliario que en el hospitalario, encontrándose similar mortalidad perinatal pero, como se ha dicho, con el triple de mortalidad neonatal en el grupo de parto en domicilio frente al parto en hospital. Cuando los autores eliminan los artículos donde la cualificación del personal sanitario era dudosa, la mortalidad neonatal se equipara entre ambos grupos. A la vista de estos resultados, tal y como

se analiza en este mismo número de Evidencias en Pediatría⁹, no parece que existan suficientes datos de seguridad y suficiente peso bibliográfico como para apoyar, en nuestro ámbito, y en este tiempo, el parto domiciliario.

No obstante, se trata de una realidad insoslayable y como ginecólogos y pediatras tenemos la obligación de definir siquiera los límites en que dicha actividad pudiera tener cabida. Por ejemplo, al amparo de este metanálisis se puede afirmar que es preciso mejorar la atención que actualmente se está dando al parto domiciliario e informar a los padres que lo solicitan de todos los datos disponibles, incluido el que demoledoramente argumentan los autores^{8,9}. Además, es preciso que los profesionales que asuman esta asistencia dispongan de suficientes conocimientos y experiencia no sólo para la atención misma sino también para el asesoramiento en la selección de gestaciones que puedan acceder a él, así como en la detección de signos de alarma que obliguen a otras alternativas.

El resto de conclusiones de este metanálisis no se pueden generalizar y esgrimir como argumento, ya que el menor intervencionismo y la menor morbilidad observados, tienen sesgos por (como expone el artículo) una autoselección de las mismas gestantes, una actitud proactiva para el parto domiciliario que, seguramente, minimiza los problemas habidos y resalta los logros conseguidos. Y, por supuesto, el menor número de pretérminos y bajos peso junto el mayor de postérminos (¡cuidado con este peligroso momento de la gestación!) no son sino el resultado del sesgo inicial a la hora de elegir domicilio u hospital.

En el análisis crítico que aparece en esta revista⁹ se nombra un aspecto que se da por aceptado (pero no demostrado) y es que los costes del parto domiciliario son menores. Esto es dudoso puesto que, para ser rigurosos, el coste de desplazamiento de profesionales (se ha acordado que cualificados) a los domicilios, junto a la disponibilidad de una red móvil de apoyo que acuda ante una vicisitud no es, desde luego, desdeñable y son precisos estudios estrictos de bio-economía (que no existen) que demuestren la eficiencia del modelo.

Se entiende que el parto domiciliario, en nuestro entorno, como poco, implica:

- Selección de casos basada en una ausencia de criterios de riesgo durante el embarazo (hipertensión, placenta previa, fetos con crecimiento intrauterino retrasado, patologías médicas como diabetes, cardiopatía, etc.).
- Una concienciación muy seria y personal de los futuros padres, debidamente informados, de lo que supone el embarazo primero y un parto en domicilio después.
- La disponibilidad, con seguridad, de unos medios domésticos aceptables (alimentación, habitaciones, duchas, limpieza...) además de un apoyo por parte del entorno familiar más cercano (pareja, padres, etc.).
- La existencia de una red asistencial de profesionales altamente cualificados apoyados por otra capaz de acudir en cuanto surge un problema.

Es preciso ser sinceros y reconocer que, incluso en nuestras mismas ciudades del mundo desarrollado, hay un alto porcentaje de mujeres y casos donde estas exigencias no se dan.

Tal y como concluyen los autores del análisis crítico⁹ no se puede, dada la variabilidad existente y las limitaciones de las evidencias disponibles, dogmatizar sobre la idoneidad de un modelo u otro. Huyendo del igualitarismo, se debe disponer de flexibilidad mental y organizativa como para que quien desee un parto domiciliario lo tenga, pero francamente mejorado respecto a lo actual. Sólo sería aceptable si reúne los requisitos considerados y con información previa de los beneficios e inconvenientes^{8,9}. Al contrario, quien prefiera o no disponga de otra posibilidad, deberá recibir atención en el hospital con todos los criterios de respeto, humanización y prácticas basadas en la evidencia, como no puede ser de otra forma. Y este planteamiento dual es, hay que reconocerlo, sumamente caro. Finalmente, para llegar a esa ecuación no es necesario, ni justo, ni veraz, denostar lo conseguido hasta ahora con el esfuerzo de profesionales y sistemas sanitarios.

En definitiva, en el contexto de la evolución que la asistencia sanitaria debe recorrer, la atención al parto está en un momento óptimo para dar pasos que le acerquen más al proceso fisiológico de que se trata. Sin embargo, dichos pasos deben darse sin revisionismo de lo conseguido hasta ahora en los países desarrollados aunque sí descartando todo lo que empíricamente se había “grabado a fuego” en la práctica y buscando modos de asistencia que reflejen el sentir mismo de la mujer y no el de diferentes grupos de profesionales.

La mujer, debidamente informada, elegirá su forma de parto y seguramente lo hará buscando la mayor de las garantías en seguridad para ella y su neonato. Dentro de estas opciones, el parto domiciliario aparece como el paradigma de dicha asistencia cuando resulta que, para poder aceptarse, exige de unos requerimientos que sólo le están concedidos a unos pocos de, incluso, nuestro mismo entorno. Los resultados del metanálisis analizado⁸ demuestran la necesidad de una mejora en la práctica de esta modalidad en entornos de países desarrollados donde ahora se practica y ponen de manifiesto alguna fisu-

ra (autoselección, variables de distinta interpretación, demoleadores resultados en cuanto a mortalidad neonatal, eficiencia no demostrada...) que obligan a la necesidad de nuevos estudios correctamente diseñados que pongan de manifiesto, si es posible, si la opción del parto en domicilio puede ser tenida como una opción aceptable.

Conflicto de intereses de los autores: no existen

BIBLIOGRAFÍA

1. Fillol M. El parto “no intervencionista” y la prevención del suelo pélvico. *Suelo Pélvico*. 2007;3:1-2.
2. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, SaKala C. Apoyo continuo a las mujeres durante el parto. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 1. Oxford: Update Software LTD. Disponible en <http://www.update.software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2007, Sigue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
3. Lailla JM. Asistencia obstétrica al parto. *Gin Obstet Clin*. 2007;8:203-4.
4. Guia d'assistencia del part a casa. Barcelona 2010. Col.legi Oficial Infermeria de Barcelona. [consultado: 12-VIII-2010]. Disponible en: http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/GUIA%20PART%20CASA_LLARGA.PDF
5. FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007.
6. Bajo Arenas, J. Parto no intervenido. MG 2008; ed ICM, 3 [en línea] [consultado: 20-VIII-2010]. Disponible en: http://www.sego.es/Content/mi-ginecologo/mg_marzo_2008.pdf
7. Estrategia para la atención del parto normal en la Comunidad Valenciana, 2009. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2009.
8. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203:1e1-8.
9. González de Dios J, Buñuel Álvarez JC. El parto domiciliario triplica la mortalidad neonatal respecto al parto hospitalario. *Evid Pediatr* 2010;6:59.