

ACTUALIZACIÓN DADOS LOS NUEVOS DATOS ENCONTRADOS SOBRE RESULTADOS DE MORTALIDAD PERINATAL EN PARTOS PLANIFICADOS EN CASA

PARTO PLANIFICADO EN CASA

Resumen: En EEUU aproximadamente unos 35.000 partos (un 0.9%) ocurren en casa cada año. Aproximadamente un cuarto de los mismos son partos en casa no planificados o sin asistencia. Aunque el ACOG considera que los hospitales y casas de partos certificados son los lugares más seguros para dar a luz, **cada mujer tiene el derecho a tomar una decisión médicamente informada sobre su parto**. Es importante, que las mujeres sean informadas de los factores críticos necesarios para reducir las cifras de mortalidad perinatal y obtener buenos resultados en un parto en casa. Estos factores incluyen la selección apropiada de qué mujeres pueden parir en casa; una matrona acreditada disponible; en su defecto un médico que practique obstetricia en un sistema sanitario de manera reglada; acceso a seguimiento del embarazo; acceso a un hospital cercano en transporte seguro y a tiempo. Este Comité considera la mal-presentación fetal, gestaciones múltiples o cesárea previa, como contraindicación absoluta para un parto planificado en casa.

Recomendaciones:

- Las mujeres que deseen información sobre parto planificado en casa deberían ser informadas de sus riesgos y beneficios basados en evidencia reciente. Específicamente, deben ser informadas de que aunque el parto en casa se asocia a menores intervenciones que en un parto hospitalario, el riesgo de muerte fetal pasa de un 1/1000 a un 2/1000. Asimismo, un aumento de 0.4/1000 a un 0.6 /1000 en convulsiones o daño neurológico en el recién nacido. Aunque el ACOG considera que los hospitales y Casas de partos acreditados son los lugares más seguros para dar a luz, **cada mujer tiene el derecho a tomar una decisión médicamente informada sobre su parto**
- Las mujeres deben ser informadas de que existen una serie de factores críticos a la hora de reducir los rangos de mortalidad perinatal y obtener buenos resultados en un parto en casa. Estos factores incluyen la selección apropiada de qué mujeres pueden parir en casa; una matrona acreditada disponible; en su defecto un médico que practique obstetricia en un sistema sanitario de manera reglada; acceso a seguimiento del embarazo; y acceso a un hospital cercano en transporte seguro y a tiempo.
- Este Comité considera la mal-presentación fetal, gestaciones múltiples o cesárea previa, como contraindicación absoluta para un parto planificado en casa.

En EEUU aproximadamente unos 35.000 partos (un 0.9%) ocurren al año en casa. Aproximadamente un cuarto de los mismos son partos en casa no

planificados o sin asistencia. Entre las mujeres que planeaban parir en el hospital o aquellas que decidieron parir sin asistencia, el parto en casa se asocia a mayor mortalidad perinatal y neonatal. Sin embargo el objeto de este debate son los partos planificados en casa y sus riesgos vs beneficios.

La evidencia de alta calidad que podría clarificar este debate es limitada. A día de hoy, no ha habido ensayos clínicos aleatorizados adecuados de parto planificado en casa. En países desarrollados donde el parto en casa es más habitual que en EEUU no se han podido llevar a cabo estos ensayos, principalmente porque las embarazadas no desean ser asignadas de manera aleatoria a parto en casa o parto en hospital. Por lo tanto, la mayoría de datos provienen de estudios observacionales. Estos estudios suelen encontrar problemas metodológicos como muestras pequeñas, falta de un grupo control, problemas al distinguir entre parto planificado y no planificado...etc. Sin embargo, algunos estudios recientes consiguen superar estas limitaciones, describiendo partos planificados en casa integrados en el sistema de salud, atendidos por matronas bien formadas, con seguimiento de embarazo y acceso a un traslado en tiempo razonable a un hospital cercano. Estos factores no pueden ser generalizados a muchos escenarios de parto en EEUU donde no existe esta integración en el sistema. Por ese mismo motivo, los cuidados intraparto para mujeres en EEUU basados en estos resultados, que podrían apoyar el parto planificado en casa de embarazos a término de bajo riesgo, pueden nos ser extrapolables. Por otro lado, los estudios no son lo suficientemente grandes para comparar mortalidad materna entre parto planificado en casa vs hospital. Y

pocos lo suficientemente grandes para comparar resultados de mortalidad perinatal y neonatal.

A pesar de estas limitaciones, cuando se ven en conjunto, estudios recientes aportan datos importantes en cuanto a parámetros de resultados maternos y neonatales de partos planificados en casa frente a partos planificados en hospital.

Las mujeres que planean un parto en casa pueden hacerlo por numerosos motivos. Muchas veces deseando evitar intervenciones médicas y el ambiente hospitalario. Estos estudios recientes muestran que en partos en casa las mujeres sufren menor intervención, incluida la inducción o estimulación del parto, analgesia epidural, monitorización continua, episiotomía, parto instrumental y cesárea.

Los partos en casa también se relacionan con menos desgarros vaginales o perineales de tercer y cuarto grado, así como menor morbilidad infecciosa materna.

Estas observaciones muestran menor riesgo obstétrico entre las mujeres que planean un parto en casa comparado a aquellas que planean parir en hospital. Las mujeres multíparas comprenden una proporción mayor en esos partos planificados en casa. En comparación a mujeres nulíparas, las multíparas en general sufren menos intervención obstétrica, morbilidad materna y morbilidad y mortalidad neonatal, indiferentemente de dónde den a luz. También tienen menor posibilidad de traslado durante el parto en casa.

Hay que tener en cuenta que en proporción, **más partos en casa son asistidos por matronas que los partos hospitalarios**. Estudios aleatorizados muestran que los cuidados llevados por

matronas **se asocian a menos intervenciones intraparto.**

Es necesario un criterio estricto para saber qué mujeres son candidatas a parir en casa. En EEUU por ejemplo, donde puede que este criterio no se haga de manera estricta, encontramos que en mujeres de bajo riesgo se observa una muerte neonatal intraparto de 1.3/1000 comparado al 0.4/1000 del hospital. Y 0.76/1000 vs 0.17/1000 de muerte neonatal.

En 2 estudios canadienses las mujeres con cesárea anterior se consideraron candidatas a un parto en casa, pero no se aportaron suficientes resultados. En Inglaterra, las mujeres que planificaron un parto en casa después de cesárea mostraron menos factores de riesgo obstétrico, consiguieron más a menudo un parto vaginal y los resultados maternos y perinatales fueron similares a las mujeres que planearon un parto después de cesárea en el hospital. Sin embargo, en EEUU se halló mortalidad fetal intraparto en estos mismos casos de 2.9/1000 en comparación a 0.13/1000 en el hospital. Por este motivo y teniendo en cuenta el riesgo de ruptura uterina y otras complicaciones, la ACOG desaconseja el parto en casa si hay cesárea previa. Las mujeres y sus proveedores de cuidados sanitarios deben considerar detalladamente dónde planificar un PVDC. En esas situaciones, la mejor alternativa sea quizás derivar a estas mujeres a centros donde haya recursos en caso de emergencia.

Otros criterios de exclusión para parto en casa planificado sería que no exista ninguna enfermedad o patología materna.

Criterios de inclusión son embarazos únicos, con un bebé en posición cefálica, edad gestacional mayor de 36-

37 semanas y menor de 41-42 y parto de inicio espontáneo.

Otro factor importante en la seguridad del parto en casa es tener disponible un medio de transporte y un tiempo prudente para realizar traslados si fuese necesario. El riesgo registrado de traslado es de 23-37% en primeros partos y de un 4-9% en mujeres múltiparas. La mayoría de los traslados intraparto son por falta de progresión; dudas acerca del bienestar fetal; necesidad de analgesia; hipertensión, sangrado y mal posición fetal. Los resultados bajos de muerte neonatal que aportan los datos de parto en casa en Ontario, British Columbia y de Holanda, se deben a un sistema sanitario organizado y coordinado con criterios establecidos y previsiones de traslado intraparto de emergencia. En lugares donde no se da esta coordinación, o si el hospital está muy lejos, las cifras se elevan. Sin embargo no hay descritos umbrales de distancia o tiempo específicos. La ACOG considera que es importante la cercanía al hospital y un acuerdo previo con el mismo por si es necesario un traslado a la hora de considerar el parto en casa. Cuando se produce un traslado anteparto, intraparto o postparto de un parto en casa, el sanitario que los recibe en el hospital debe adoptar una actitud de **NO JUICIO** hacia la mujer y aquellas personas que la acompañan.

En los estudios donde los resultados son similares para mortalidad perinatal entre hospital y parto en casa, una característica común fue la prestación de cuidados por una matrona bien formada e integrada en el sistema de salud. En EEUU la certificación de Matronas es muy variable. LA ACOG apoya que los cuidados sean prestados por matronas certificadas.

PARA MÁS INFORMACIÓN

La ACOG ha identificado fuentes adicionales de información sobre temas relacionados con este documento que pueden ser de ayuda para obstetras, otros profesionales sanitarios y las mujeres y sus familias. Pueden ser encontrados aquí www.acog.org/More.Info/PlannedHomeBirth. Son solo para información. Referenciar los mismos no compromete al ACOG.

(BIBLIOGRAFÍA)