



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

Parto domiciliario: un fenómeno creciente con potenciales riesgos

María Dolores Sánchez-Redondo^a, María Cernada^b, Hector Boix^c,
María Gracia Espinosa Fernández^d, Noelia González-Pacheco^e, Ana Martín^f,
Alejandro Pérez-Muñuzuri^g y María L. Couce^{g,*}, en representación del Comité de
Estándares, Sociedad Española de Neonatología

^a Unidad de Neonatología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

^b Servicio de Neonatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Grupo de Investigación en Perinatología, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, España

^c Servicio de Neonatología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^d Unidad de Neonatología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

^e Servicio de Neonatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^f Servicio de Neonatología, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España

^g Servicio de Neonatología, Hospital Clínico Universitario de Santiago, IDIS, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Recibido el 25 de marzo de 2020; aceptado el 2 de abril de 2020

PALABRAS CLAVE

Humanización;
Mortalidad perinatal;
Parto de bajo riesgo;
Recién nacido;
Seguridad

Resumen El parto extrahospitalario es un tema controvertido que genera dudas a obstetras y pediatras sobre su seguridad.

El nacimiento hospitalario fue la pieza clave en la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Esta reducción en la mortalidad ha derivado en considerar el embarazo y el parto como fenómenos seguros, lo que, unido a una mayor conciencia social de la necesidad de humanización de estos procesos, ha conducido a un aumento en la demanda del parto domiciliario. Estudios en países como Australia, Holanda y Reino Unido muestran que el parto en casa puede aportar ventajas para la madre y el recién nacido, pero es necesario que se dote de los suficientes medios materiales, que sea atendido por profesionales formados y acreditados, y que se encuentre perfectamente coordinado con las unidades de obstetricia y neonatología hospitalarias, para poder garantizar su seguridad. En nuestro medio, no hay suficientes datos de seguridad ni evidencia científica que avalen el parto domiciliario en la actualidad.

© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria.luz.couce.pico@sergas.es (M.L. Couce).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.04.005>

1695-4033/© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Sánchez-Redondo MD, et al. Parto domiciliario: un fenómeno creciente con potenciales riesgos. An Pediatr (Barc). 2020. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.04.005>

KEYWORDS

Humanisation;
Perinatal mortality;
Low risk birth
delivery;
Newborn;
Safety

Home births: A growing phenomenon with potential risks

Abstract Home birth is a controversial issue that raises safety concerns for paediatricians and obstetricians.

Hospital birth was the cornerstone to reduce maternal and neonatal mortality. This reduction in mortality has resulted in considering pregnancy and childbirth as a safe procedure, which, together with a greater social awareness of the need for the humanisation of these processes, have led to an increase in the demand for home birth. Studies from countries such as Australia, the Netherlands, and United Kingdom show that home birth can provide advantages to the mother and the newborn. It needs to be provided with sufficient material means, and should be attended by trained and accredited professionals, and needs to be perfectly coordinated with the hospital obstetrics and neonatology units, in order to guarantee its safety. Therefore, in our environment, there are no safety data or sufficient scientific evidence to support home births at present.

© 2020 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Española de Pediatría. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Si retrocedemos en la historia, la mayoría de los nacimientos se producían en el domicilio o en la comunidad¹. El nacimiento hospitalario es un fenómeno relativamente reciente que se produjo en la mayoría de los países desarrollados durante el siglo xx². A finales de 1940, el desarrollo de los antibióticos, las transfusiones sanguíneas y la anestesia segura condujeron a reducir la mortalidad materna. En España, a partir de los años 70, la atención al parto pasó del ámbito domiciliario al hospitalario, universalizando la asistencia sanitaria³. De este modo, a nivel mundial, el nacimiento institucional fue la piedra angular en la reducción de la morbimortalidad materna y neonatal, gracias a la hospitalización de la mujer embarazada durante el parto, que permite la monitorización estricta del bienestar materno y fetal, reduce el riesgo de infección y asegura una intervención médica en caso necesario.

La hospitalización del parto a lo largo de los últimos años ha ido medicalizando el proceso y desnaturalizándolo, lo cual, junto a la sensación de seguridad que se ha establecido en nuestra sociedad, ha generado que resurja como opción el parto domiciliario¹. En diciembre del 2014, se publicó una actualización de la guía inglesa del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre la atención al parto, que generó un amplio debate. En dicha guía se establece que las mujeres multíparas de bajo riesgo pueden dar a luz en su domicilio o en unidades de parto (unidades dirigidas por matronas, independientes o adyacentes al hospital), dado que la tasa de intervenciones es más baja y el pronóstico para el recién nacido (RN) no es significativamente distinto comparado con una unidad obstétrica hospitalaria. Para las mujeres nulíparas de bajo riesgo, establece que parir en una unidad de parto es igualmente adecuado, con el mismo pronóstico para el RN, pero el parto domiciliario en este grupo de mujeres está asociado a un incremento (alrededor del 4%) de eventos adversos en el RN, siendo los más frecuentes la encefalopatía hipóxica isquémica (EHI) y el síndrome de aspiración meconial (SAM). Resalta que

es importante asegurar que todas las mujeres que decidan dar a luz de forma extrahospitalaria, tengan acceso rápido y seguro a una unidad obstétrica hospitalaria en caso de complicaciones médicas^{4,5}.

En España, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) han reivindicado y recomendado un progreso hacia la humanización de la asistencia al parto, para acercarnos al proceso fisiológico del que se trata sin por ello dejar de garantizar la seguridad para la madre y el neonato³. En el año 2010, el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona publicó la *Guía de asistencia para el parto en casa*⁶, que ha sido actualizada en el 2018⁷. Va dirigida a las matronas que asisten el parto en el domicilio con el fin de que puedan proporcionar la asistencia adecuada. En dicha guía se indica que el parto en casa ha demostrado buenos resultados en términos de morbimortalidad materna y neonatal, satisfacción y relación coste-beneficio en países donde se ofrece dentro del sistema público de salud. Estos buenos resultados están directamente relacionados con la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, que permiten un traslado de la gestante y su RN al hospital. En nuestro país no existe ningún circuito consensuado con los distintos niveles asistenciales que facilite el traslado del domicilio al hospital, hecho significativo a tener en cuenta por los futuros padres y profesionales a la hora de optar por un parto domiciliario⁷.

Evidencia científica en la última década sobre el parto domiciliario y hospitalario (tabla 1)

En el metaanálisis de Wax et al. en 2010, se objetivó una tasa de mortalidad neonatal global de casi el doble en los nacimientos planificados en el domicilio frente a los planificados en el hospital. La reducción de las intervenciones médicas se asociaba a un aumento en el riesgo de muerte neonatal. Este metaanálisis, que no indicaba la evaluación de calidad de los estudios incluidos, fue criticado por una metodología subóptima⁸.

Tabla 1 Beneficios y riesgos del parto domiciliario

Parto domiciliario		
Beneficios		Referencia bibliográfica
Maternos	Menor tasa de morbilidad materna en cuanto a hemorragia posparto, infecciones y laceraciones perineales	Rainey et al. ²³ Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona ⁷
	Menor tasa de intervenciones y de parto instrumentalizado	NICE 2014 ⁵ Birthplace in England Collaborative Group ⁹ Rossi y Prefumo ¹³ Rainey et al. ²³
	Mayor tasa de satisfacción relacionada con la consideración del hogar como un entorno con más comodidad y que las madres sienten mayor control de la experiencia	Rainey et al. ²³ Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona ⁷
Neonatales	Mayor tasa de lactancia materna exclusiva en los nacimientos en casa	Zielinski et al. ² Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona ⁷
Riesgos		Referencia bibliográfica
Maternos	Incremento del riesgo materno en mujeres con enfermedad previa o que surge durante la gestación	NICE 2014 ⁵
Neonatales	Puede haber un incremento en la mortalidad neonatal, sobre todo en relación con distrés respiratorio y fallos en la reanimación	Wax et al. ⁸ Grünebaum et al. ¹⁰ Grünebaum et al. ²¹ Grünebaum et al. ²²
	Mayor riesgo de encefalopatía hipóxica isquémica y de aspiración meconial	NICE 2014 ⁵ Grünebaum et al. ¹⁰ Wasden et al. ¹² Grünebaum et al. ²¹ Grünebaum et al. ²²

En 2011, en un gran estudio de cohortes prospectivo realizado en Reino Unido, se comprobó que las mujeres de bajo riesgo que parían en domicilio o en unidades de parto tenían, con mayor probabilidad, un parto vaginal con menor tasa de intervenciones comparadas con las que parían en una unidad obstétrica. Para los escenarios no obstétricos (domicilio, unidad de parto), la tasa de traslado al hospital era superior para las mujeres nulíparas (36-45%) que para las multíparas (9-13%). La incidencia de eventos perinatales adversos (RN fallecido intraparto, EHI, SAM, lesión de plexo braquial, fractura de húmero y clavícula) en

mujeres sanas con embarazos de bajo riesgo era baja en todos los entornos de nacimiento. Sin embargo, el riesgo era más alto en los nacimientos domiciliarios frente a los hospitalarios (odds ratio [OR] 1,59, IC del 95%: 1,01-2,52). Cuando se realizó el análisis de subgrupo por paridad, en las mujeres sanas multíparas con embarazos de bajo riesgo no se encontraron diferencias en los resultados perinatales adversos. No obstante, en las nulíparas de bajo riesgo los eventos perinatales fueron mayores para los nacimientos planeados en el domicilio que para los planeados en unidades obstétricas hospitalarias (OR 2,8 [IC del 95%: 1,59-4,92]⁹).

Grünebaum et al. publicaron, en 2014, un estudio que evaluaba la mortalidad neonatal precoz y total entre los nacimientos a término, con presentación cefálica, feto único, sin malformaciones congénitas, atendidos por matronas y médicos en hospitales, en comparación con los nacidos de forma extrahospitalaria atendidos por matronas y en alguna ocasión profesionales no sanitarios en situaciones muy urgentes, en Estados Unidos, en el período 2006-2009. Los partos domiciliarios tuvieron un riesgo casi 4 veces superior de mortalidad neonatal total (1,26‰ nacimientos vs. 0,32‰; $p < 0,001$) y un riesgo casi 7 veces mayor de mortalidad neonatal precoz (0,93‰ vs. 0,14‰; $p < 0,001$) cuando se comparó con los partos atendidos en el hospital. En el caso de mujeres nulíparas, el riesgo de mortalidad neonatal total fue de casi 7 veces superior (2,19‰ vs. 0,33‰; $p < 0,001$) y de mortalidad neonatal precoz de casi 14 veces superior (1,82‰ vs. 0,13‰; $p < 0,001$). En resumen, este estudio mostró un incremento significativo en la mortalidad neonatal total y precoz para los partos domiciliarios. Los partos domiciliarios también se asociaron con aumento de otros riesgos neonatales, tales como Apgar de 0 a los 5 min, crisis convulsivas y mayor riesgo de EHI. Los autores señalan que la comparación con estudios sobre partos domiciliarios fuera de EE. UU., como Australia, Holanda y Reino Unido, es limitada, ya que en estos países esta opción de nacimiento está integrada dentro del sistema sanitario, hecho que no ocurre en EE. UU. Y, por tanto, consideran que los obstetras estadounidenses deberían contraindicar los partos domiciliarios¹⁰.

En 2015 un estudio holandés realiza una comparativa entre partos domiciliarios programados y partos hospitalarios. No hallan un mayor riesgo de resultados perinatales adversos para los partos en casa planificados entre las mujeres de bajo riesgo. Refieren que estos resultados solo pueden aplicarse a regiones donde los partos en el hogar están bien integrados en el sistema sanitario¹¹.

En el 2017 otro estudio caso-control realizado en la ciudad de Nueva York evaluó la asociación del parto domiciliario con la EHI. Los niños con EHI que precisaron tratamiento con hipotermia tuvieron 16,9 veces más probabilidad de haber nacido fuera del hospital (fuese planeado o no) que los niños sin EHI (IC del 95%: 1,9-153,8). Los niños con EHI tenían 21 veces más probabilidad de haber nacido mediante parto domiciliario programado que los RN sin EHI (IC del 95%: 1,7-256,4). Por tanto, el nacimiento extrahospitalario, planificado o no, era más común entre los RN tratados mediante hipotermia por EHI. Una de las limitaciones de este estudio es el pequeño número de casos, que implica un amplio intervalo de confianza¹².

En 2018, Rossi y Prefumo, en una revisión sistemática con metaanálisis, no encontraron diferencias en el riesgo de

mortalidad perinatal entre los partos planificados en casa vs. partos planificados en el hospital. El traslado desde el domicilio al hospital se producía en el 10% de los casos, siendo intraparto en el 82,2% y posparto en el 17,7%. El 43% de los casos fueron trasladados por indicación materna, mientras el 57% por indicación fetal. Los artículos incluidos en el metaanálisis no compararon resultados maternos y neonatales tras las cesáreas después de que las mujeres fueran trasladadas al hospital vs. cesáreas realizadas en mujeres que ya estaban en el hospital. Varias complicaciones impredecibles, tales como distrés fetal, distocia, abruptio placentae, etc., pueden ocurrir con independencia de dónde elige parir una madre, en embarazos tanto de bajo como alto riesgo, y requieren un manejo muy rápido, siendo el entorno hospitalario mucho más seguro que el hogar cuando surgen estas complicaciones. Concluyen que la escasez de datos sobre la morbilidad materna y neonatal tras los nacimientos en domicilio, junto con las limitaciones de la literatura actual, ponen más en duda la seguridad del parto domiciliario¹³.

Otra revisión sistemática y metaanálisis del 2018 concluyó que, entre estudios cuidadosamente seleccionados en mujeres con embarazos de bajo riesgo en países desarrollados, el lugar planeado de nacimiento parece tener poco impacto significativo en los resultados perinatales adversos. La mayoría de los estudios incluidos tuvieron poder estadístico limitado para detectar diferencias en resultados poco frecuentes, ya que las bajas tasas de mortalidad perinatal en los países desarrollados precisan la combinación de estudios que proporcionen cohortes suficientemente grandes de nacimientos domiciliarios para mostrar resultados significativos¹⁴.

En el 2019, Hutton et al. publicaron una revisión sistemática con metaanálisis muy exhaustiva. Analizaron si el riesgo de pérdida perinatal y neonatal difiere entre mujeres de bajo riesgo con intención de parto domiciliario, comparado con mujeres, también de bajo riesgo, con intención de parir en el hospital. Entre mujeres nulíparas con partos domiciliarios en entornos donde las matronas están bien integradas en el sistema sanitario, la OR de mortalidad perinatal o neonatal, comparada con mujeres que pretendían un parto hospitalario, era de 1,07 (IC del 95%: 0,7-1,65) y en entornos

menos integrados de 3,17 (IC del 95%: 0,73-13,76). Concluyeron que entre mujeres de bajo riesgo con parto planeado en domicilio no existe un aumento en la mortalidad perinatal y neonatal o morbilidad comparado con mujeres similares de bajo riesgo con parto planeado en el hospital. Hay que señalar que la mayoría de los estudios de mayor calidad procedían de entornos donde las matronas que asistían el parto domiciliario estaban bien integradas en el sistema sanitario. Los autores reconocen un sesgo por excluir estudios de entornos menos integrados, que son los que probablemente habrían tenido resultados adversos. Señalan que, aunque no encuentran diferencias para los nacimientos planeados en el domicilio vs. hospital, en los entornos menos integrados había una tendencia que favorecía el nacimiento hospitalario¹⁵.

Situación actual del parto domiciliario en los distintos países

El parto domiciliario está bien integrado en el sistema de atención médica en algunos países, como Canadá, Inglaterra, Islandia, Holanda, Nueva Zelanda, y el Estado de Washington (EE. UU.)¹⁶.

Actualmente, las tasas de parto domiciliario en países occidentales varían desde el 0,1% en Suecia hasta el 20% en Holanda¹⁷ (tabla 2). En España, durante 2017, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, un total de 1.273 nacimientos tuvieron lugar en el domicilio. Estas cifras representan un 0,32% de todos los partos¹⁸.

En Inglaterra

En Inglaterra, la atención al parto extrahospitalario es casi siempre proporcionada por matronas expertas y pertenecientes a su sistema sanitario, que tienen vías de referencia establecidas para el traslado a unidades obstétricas si ocurren complicaciones. Por tanto, sus hallazgos no pueden ser generalizados a países con diferencias en los cuidados proporcionados en el parto domiciliario⁹.

En Holanda

En Holanda, las gestantes de bajo riesgo con 37 o más semanas de gestación pueden elegir parir en domicilio, en centros de nacimiento dirigidos por matronas o en el hospital. La mayoría de las matronas holandesas trabajan en grupo. Cuando ocurre una complicación, la mujer es trasladada al hospital. Disponen de una guía multidisciplinaria, acordada por todos los profesionales implicados en los cuidados perinatales, sobre las indicaciones de traslado¹⁹.

En Australia

En Australia, relativamente pocas mujeres paren en domicilio (en 2013 el 0,3% de todos los partos). Los partos domiciliarios financiados con fondos públicos han surgido como un modelo de atención a la maternidad en Australia. Las mujeres también pueden acceder al parto en casa a través de matronas que practican de forma privada²⁰.

Tabla 2 Comparación de las tasas de parto domiciliario por países

País	Año/s	Tasa (%)
Inglaterra ^a	2012	2,3
Suecia ^a	1992-2001	0,1
EE. UU. ^a	2012	0,89
Japón ^a	2010	1,1
Finlandia ^a	2012	0,6
Holanda ^a	2013	20
Canadá ^a	2008	1,2
Australia ^a	2011	0,4
Nueva Zelanda ^a	2011	3,3
Noruega ^a	1990-2007	0,8
España ^b	2017	0,32

^a Fuente: modificado de Zielinski et al.².

^b Fuente: Instituto Nacional de Estadística¹⁸.

En EE. UU.

La posibilidad del parto extrahospitalario no está muy integrada en el sistema sanitario. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (CAOG) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) señalan que los nacimientos hospitalarios son más seguros que los planeados en el domicilio, dado el riesgo aumentado de eventos perinatales adversos identificados en estudios basados en la población. Ambas organizaciones profesionales publicaron su declaración sobre el parto programado en el domicilio, con recomendaciones sobre cuándo considerarlo, y enumeran unos criterios estrictos de selección de las candidatas apropiadas²¹, que se han relacionado con tasas de mortalidad perinatal más bajas. Estos criterios incluyen:

- Ausencia de cualquier enfermedad materna preexistente.
- Ausencia de enfermedad significativa de inicio gestacional.
- Feto único.
- Presentación cefálica.
- Edad gestacional mayor de 36 y menor de 41 semanas.
- Trabajo de parto espontáneo o inducido.
- Mujer que no es trasladada desde otro hospital.

En estos casos, con el fin de reducir las tasas de mortalidad perinatal y alcanzar resultados favorables en los partos domiciliarios, es fundamental contar con una matrona certificada en reanimación neonatal, con actividad asistencial dentro de un sistema sanitario regulado e integrado, así como, en el caso de ser necesario, un equipo de transporte sanitario seguro para la madre y el RN a un hospital cercano en un tiempo óptimo.

Como contraindicaciones absolutas se incluyen: cesárea anterior, presentación fetal anómala o gestación múltiple. En estos casos, tanto los médicos como las matronas tienen la responsabilidad profesional de recomendar con fuerza el parto hospitalario y denegar la solicitud de atender un parto domiciliario en tales circunstancias²¹.

A estas contraindicaciones se unen las derivadas de un estudio recientemente publicado por Grünebaum et al., que refieren un mayor riesgo de muerte neonatal en partos con presentación de nalgas, gestantes nulíparas y con edades gestacionales por encima de las 41 semanas. Este riesgo parece aumentar cuando estos factores se combinan con la edad materna por encima de 35 años²².

Recomendaciones sugeridas en España en el momento actual

Los requisitos mínimos del parto a domicilio son una atención capacitada y una atención inmediata si hubiera complicaciones. La seguridad del parto domiciliario depende de muchos factores, puesto que la provisión de recursos en el parto domiciliario es muy diferente dependiendo de la localización, incluso dentro de un mismo país.

Existen varios determinantes importantes de mal resultado perinatal en los partos domiciliarios, que incluyen: la calidad de la monitorización fetal intraparto, la experiencia de los profesionales que lo atienden, el acceso a los servicios neonatales y, principalmente, cómo se responde a

los acontecimientos adversos que acontecen en dichos partos, siendo el retraso, tanto en la decisión de buscar ayuda como en la llegada a un centro sanitario con una adecuada atención perinatal, los factores que más contribuyen a este aumento de riesgo¹.

Es preciso que los profesionales que asuman la asistencia en el parto domiciliario dispongan de suficientes conocimientos y experiencia no solo para la atención misma, sino también para el asesoramiento en la selección de gestantes que puedan acceder a él, así como en la detección de signos precoces de estado fetal no tranquilizador^{3,22}. En estos casos, debería poder ser garantizado un traslado adecuado y precoz de estas gestantes, ya que eventos agudos y súbitos tales como prolapsos de cordón, desprendimiento de placenta y distocia de hombros pueden no ser trasladados a tiempo si no se anticipan, resultando en un aumento de incidencia de EHI, así como de otros resultados perinatales adversos¹.

El establecimiento de unas guías uniformes que indiquen los criterios de selección de los pacientes y establezcan los factores de riesgo del nacimiento en el domicilio es un componente esencial para la seguridad de este tipo de partos². Mientras la evidencia con respecto a los resultados neonatales en los partos domiciliarios es poco concluyente²³, parece claro que cuando las guías y los sistemas de traslado están establecidos no existe incremento del riesgo asociado con el nacimiento en casa para mujeres de bajo riesgo².

El parto domiciliario, en nuestro entorno, implicaría la concurrencia de todas estas premisas³:

- Una selección de casos basada en una ausencia de criterios de riesgo durante el embarazo.
- Concienciación seria de los futuros padres, debidamente informados, de lo que supone un parto en domicilio.
- Disponibilidad de medios domésticos aceptables, además de apoyo por parte del entorno familiar más cercano.
- Existencia de red asistencial de profesionales altamente cualificados para la asistencia al parto apoyados por otra red de transporte que permita el traslado urgente a un centro hospitalario.

Conclusiones

Con la actual estructura sanitaria en nuestro país, no se puede recomendar el parto domiciliario en España. 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 se acerquen más al proceso fisiológico del que se trata. Nuestro sistema sanitario precisa de espacios respetuosos con la mujer gestante y el proceso del parto, que eviten la medicalización excesiva del mismo, pero que a su vez ofrezcan garantías de plena seguridad para la madre y el niño. Los datos de otros países como Australia, Holanda e Inglaterra demuestran que el parto extrahospitalario puede aportar importantes ventajas para la madre y el RN, y en un futuro podría ser una alternativa en nuestro entorno, especialmente para las mujeres multiparas. Pero para ello es necesario que se dote de los suficientes medios materiales, que el parto sea atendido por profesionales formados y acreditados, y que se encuentre perfectamente coordinado con las unidades de obstetricia y neonatología hospitalarias.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Walker J. Planned homebirth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017;43:76–86.
2. Zielinski R, Ackerson K, Low LK. Planned home birth: Benefits, risks, and opportunities. *Int J Womens Health.* 2015;7:361–77.
3. Martínez Escoriza JC. Parto en domicilio: ¿hay suficientes evidencias como para proponerlo como alternativa al parto en el hospital? *Evid Pediatr.* 2010;6:46.
4. Blázquez Gamero D. Home births under debate. *An Pediatr.* 2015;83:144–5.
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies. 2014 [consultado 6 Dic 2019]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190>.
6. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Guía de asistencia al parto en casa. Barcelona 2010 [consultado 21 Feb 2020]. Disponible en: <https://www.elpartoestuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partoencasa/GUIA%20PART%20CAST.pdf>.
7. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Guía de asistencia al parto en casa. Barcelona 2018 [consultado 6 Dic 2019]. Disponible en: <http://www.llevadores.cat/docs/publicacions/Guia.PartoCasa.2018.pdf>.
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:e1–8.
9. Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt Ch, et al., 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. *BMJ.* 2011;343:d7400.
10. Grünebaum A, McCullough LB, Sapra KJ, Brent RL, Levene MI, Arabin B, et al. Early and total neonatal mortality in relation to birth setting in the United States, 2006–2009. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;211:390, e1–7.
11. De Jonge A, Geerts CC, van der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743070 low-risk planned home and hospital births: A cohort study based on three merged National Perinatal Databases. *BJOG.* 2015;122:720–8.
12. Wasden SW, Chasen ST, Perlman JM, Illuzzi JL, Chervenak FA, Grunebaum A, et al. Planned home birth and the association with neonatal hypoxic ischemic encephalopathy. *J Perinat Med.* 2017;45:1055–60.
13. Rossi AC, Prefumo F. Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018;222:102–8.
14. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery.* 2018;62:240–55.
15. Hutton EK, Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *Eclinical Medicine.* 2019;14:59–70.
16. Comeau A, Hutton EK, Simioni J, Anvari E, Bowen M, Kruegar S, et al. Affiliations expandHome Birth integration into the Health Care Systems of eleven international jurisdictions. *Birth.* 2018;45:311–21.
17. Ahmad N, Syed Nor SF, Daud F. Understanding myths in pregnancy and childbirth and the potential adverse consequences: A systematic review. *Malays J Med Sci.* 2019;26:17–27.
18. Instituto Nacional de Estadística [consultado 6 Dic 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e301/nacim/a2017/10/&file=02010.px>.
19. Hermus MAA, Hitzert M, Boesveld IC, van den Akker-van Marle ME, van Dommelen P, Franx A, et al. Differences in optimality index between planned place of birth in a birth centre and alternative planned places of birth, a nationwide prospective cohort study in The Netherlands: Results of the Dutch Birth Centre Study. *BMJ Open.* 2017;7:e016958.
20. Fox D, Sheehan A, Homer CS. Birthplace in Australia: Antenatal preparation for the possibility of transfer from planned home birth. *Midwifery.* 2018;66:134–40.
21. Grünebaum A, McCullough LB, Brent RL, Arabin B, Levene MI, Chervenak FA. Perinatal risks of planned home births in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212:350, e1–6.
22. Grünebaum A, McCullough LB, Sapra KJ, Arabin B, Frank A, Chervenak FA. Planned home births: The need for additional contraindications. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216:401, e1–8.
23. Rainey E, Simonsen S, Stanford J, Shoaf K, Baayd J. Utah obstetricians' opinions of planned home birth and conflicting NICE/ACOG guidelines: A qualitative study. *Birth.* 2017;44:137–44.