



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



Trabajo Fin de Grado

Título:

***Proyecto educativo sobre la asistencia al
parto en el hogar:
“Hacia la humanización del parto”***

Alumno: Lucía Sancho Sánchez- Paulete

Director: Andrada Cristoltan

Madrid, mayo de 2022

Índice:

Resumen:	3
Abstract	4
1. Presentación.....	5
2. Estado de la cuestión.	6
2.1. Fundamentación, antecedentes y estado de la cuestión.	6
2.1.1. Evolución histórica del parto.	6
2.1.2. El parto. Definición y contextualización.....	9
2.1.3. Parto fisiológico.....	10
2.1.4. Medicalización del parto.....	10
2.1.5. Parto domiciliario.....	12
2.2. Justificación.	17
3. Población y captación.....	18
4. Objetivos.....	20
4.1. Objetivo general.....	20
4.2. Objetivos específicos	20
5. Contenidos.	22
6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales.....	23
7. Evaluación	27
7.1. Evaluación de la estructura y el proceso.....	27
7.2. Evaluación de resultados.....	27
8. Bibliografía.....	28
Anexos	31

Resumen:

Introducción: el parto se ha llevado a cabo en el ámbito domiciliario hasta adentrado el siglo XX, cuando se produjo un mayor avance en la Medicina y en la tecnificación de la obstetricia. El parto hospitalario redujo notablemente la mortalidad materno-fetal y supuso un gran avance en la asistencia a los partos con complicaciones. Como consecuencia, los partos pierden el carácter de ser considerados un proceso natural y fisiológico, y son cada vez menos humanizados. Por ello, gana protagonismo el parto domiciliario, donde las mujeres embarazadas se sienten autónomas, protagonistas, en libertad y en ambiente de confianza. Para llevar a cabo el parto en el hogar es necesario establecer un adecuado plan de intervención con los profesionales sanitarios y el hospital. Además, la mujer debe presentar un embarazo de bajo riesgo y sin enfermedades cardiovasculares, neurológicas, respiratorias, etc.

Objetivos: capacitar a las matronas de atención primaria para desarrollar los partos en el domicilio recuperando así la humanización y la calidad de asistencia al parto en el hogar.

Metodología: se desarrollará un proyecto educativo para las matronas de los centros de Salud de la Dirección Asistencial Sur de la Comunidad de Madrid.

Implicaciones para la práctica enfermera: la formación de las matronas acerca del parto domiciliario para ofrecer este tipo de parto a las mujeres embarazadas de bajo riesgo y mejorar esta calidad de asistencia logrando la mayor humanización del parto.

Palabras clave, términos DeCS consultados: parto, parto domiciliario, historia, parto normal, parto humanizado, dolor de parto.

Abstract:

Introduction: the labour was at home until the 20th century arrived, when there was a great progress of Medicine and the techniques of childbirth assistance. Hospital delivery reduced a lot the death of mother-son and it was a big advance for the births with complications. Consequently, the labours lose the characteristic to be a natural process and it's less humanized. For this reason, home's birth gets more importance because it's where the pregnant woman are independent, protagonist, with freedom and confidence. Home's birth is carried out with a right procedure plan with the health professionals and the hospital. Woman, also, should have a pregnancy with low risk and without cardiovascular, respiratory, neurological diseases, etc.

Objective: Training to midwife of primary healthcare to get home's birth recovering with this the human process of birth. It also improves the quality of birth attention at home.

Methodology: an educational project for midwife of South Management Care of primary healthcare center in the Madrid's community.

Implications for nursing practice: training for midwives about home's births to offer this kind of birth and improve the quality labour assistance for a great humanization birth.

The MESH element are: Parturition, home birth, history, natural childbirth, humanizing delivery, labor pain, history.

1. Presentación

La experiencia del parto para la madre es determinante, pudiendo condicionar la decisión de volver a ser madre, y es por ello, que el parto, fisiológicamente hablando, debe ser tratado con la mayor naturalidad y humanización posible. Un parto podría ser instrumentalizado y medicalizado en el momento en el que aparezca alguna complicación, ya sea por antecedentes médicos que pudiera presentar la madre o bien por las complicaciones que pudieran surgir durante el parto, a fin de prevenir los posibles riesgos. Es en este momento, cuando el personal sanitario aconsejará a la madre y a su entorno familiar sobre la intervención más adecuada, siempre bajo el consentimiento final de la realmente protagonista, la madre.

La elección del tema sobre el que trata este trabajo ha venido motivada por la experiencia en el parto de familiares cercanos. Partos que se han llevado a cabo en su propio domicilio y de forma natural, sin la necesidad de una intervención instrumentalizada ni medicalizada por parte de los profesionales sanitarios que le acompañaban.

Tras la revisión bibliográfica realizada, se descubre que efectivamente existen grandes avances en la medicina a lo largo de la historia que han favorecido la reducción de numerosas complicaciones durante el parto, lo que anteriormente era motivo de fallecimiento tanto para la madre como para los recién nacidos. Y por ese motivo, se ha reducido notablemente la morbimortalidad materna y neonatal.

Como consecuencia de la instrumentalización del parto, la humanización del mismo se ha ido perdiendo progresivamente hasta el punto de que en países, como por ejemplo Brasil, se ha estandarizado casi por completo la asistencia al parto mediante cesárea incluso en casos en los que no sería necesario, vulnerando así los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. Hechos como este, han despertado de nuevo el interés por llevar a cabo el parto en el hogar, en un entorno de confianza, confortabilidad y seguridad aunque siempre en concordancia con un equipo especializado y profesional, para atender todas las necesidades que surjan.

A través de este proyecto educativo sobre el parto domiciliario destinado a las matronas de los centros de salud, me gustaría ofrecer este tipo de asistencia garantizando la mayor seguridad posible y logrando recuperar la humanización de este proceso natural de creación de vida.

Por último, quisiera agradecer el esfuerzo y sacrificio que mis seres queridos han mostrado a lo largo de estos años de estudio, a través de su apoyo, comprensión y cariño incondicional. También a mi tutora de TFG, quien me ha servido de guía y luz para encontrar respuesta a las dificultades encontradas en el desarrollo del trabajo y quien me ha asesorado con las mejores ideas para poder desarrollarlo.

2. Estado de la cuestión.

2.1. Fundamentación, antecedentes y estado de la cuestión.

Este Trabajo Fin de Grado está enfocado al desarrollo de un proyecto educativo orientado hacia las matronas de los centros de salud con el fin de que puedan ofrecer la asistencia al parto en los domicilios.

Este trabajo comienza con un análisis sobre la evolución histórica del parto y cómo ha ido evolucionando gracias a los avances científicos logrados en la obstetricia. Continúa con la definición del parto y la medicalización del mismo. Además, se habla de los requisitos necesarios para poder llevar a cabo un parto en el hogar y algunos de los numerosos estudios que demuestran su garantía y seguridad respecto al parto hospitalario.

La información que contempla este trabajo ha sido recabada en bases de datos como: PubMed, Dialnet, Ministerio de Sanidad, Elsevier, INE, y SciElo; y mediante la utilización de los descriptores MeSH y DeCs junto a los operadores booleanos *and* y *or*.

Descriptores DeCS	Descriptores MeSH
Parto domiciliario	Home Childbirth
Parto	Parturition
Parto normal	Natural Childbirth
Parto humanizado	Humanizing Delivery
Dolor de parto	Labor pain

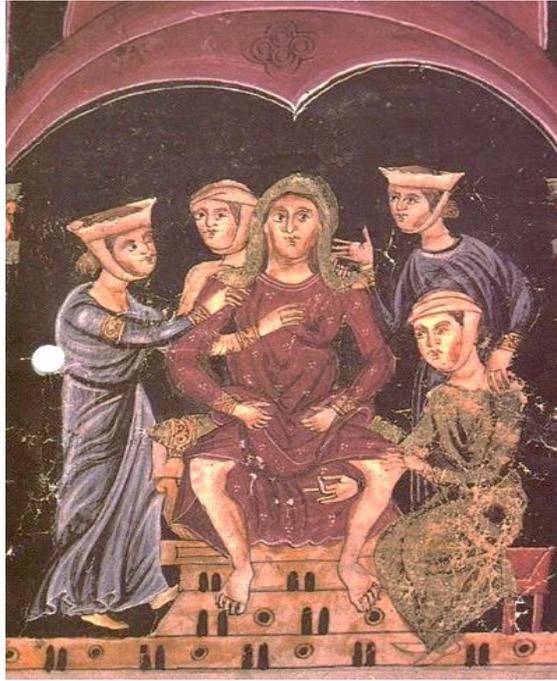
2.1.1. Evolución histórica del parto.

Haciendo un repaso a la historia publicada del parto, se entiende que desde el periodo de la Prehistoria, se llevaba a cabo de manera solitaria y sólo las mujeres podían estar presentes, ya que quedaban expuestas a condiciones de impureza y ello las conducía a su aislamiento (1).

Tradicionalmente los partos eran llevados a cabo en el ámbito familiar hasta bien adentrado el siglo XX. Las parteras/ matronas eran las profesionales que llevaban a cabo esta intervención manteniéndose en la mayoría de los casos como expectantes y sin intervenir (2), aunque desde el siglo XVI-XVII, ya existía el perfil varón del cirujano obstetra, quien ejercía su oficio atendiendo los partos distócicos¹.

En la Antigüedad apareció, El Papiro de Ebers (1550 a.C), en el que ya se recogía información sobre ginecología y sobre los estimulantes del parto. De la mano de egipcios y judíos, hacia 1500 a.C, aparecen las primeras intervenciones obstétricas higiénicas.

¹ Aquel parto que precisa de alguna intervención médica ya que no se desarrolla de forma normal.



Esta foto de Autor desconocido está bajo licencia [CC BY-NC-ND](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Foto 1: Atención al parto en la Edad Media. Fuente: <https://www.investigacionyciencia.es>

Más tarde, en la antigua Roma y Grecia (500 a.C-500 d.D), se produjeron varios avances en la Medicina. Sorano de Éfeso, considerado como padre de la ginecología y la obstetricia, incluyó en su obra “*Sobre las enfermedades de las mujeres*” tratados relacionados con el parto que fueron utilizados durante los siglos siguientes.

Pese a estos avances, al llegar la Edad Media (476-1492 d.C), se produjo un retroceso ya que se abandonó la asistencia al parto y se confiaba más en las condiciones caprichosas al margen de la ciencia, como por ejemplo teniendo en cuenta el calendario y la posición de los astros. Los médicos actuaban solo en casos excepcionales (2).

Gracias a la llegada del Renacimiento (siglo XIV-XVI), resurgieron las artes y las ciencias, y con ello, el interés por la Obstetricia, dando lugar a ciertos avances gracias a la experimentación y revisión de manuscritos antiguos de la India y Grecia.

En el siglo XVII, se desarrollaron instrumentos y mecanismos para la extracción en el parto, tales como los fórceps, los cuales se fueron perfeccionando a lo largo del tiempo. También se lleva a cabo la inducción y la cesárea aunque muchos obstetras niegan su empleo salvo que la madre falleciera. En esta época, en el año 1650, los hombres iniciaron sus prácticas en la obstetricia y los cirujanos participan en la atención al parto (1, 2).

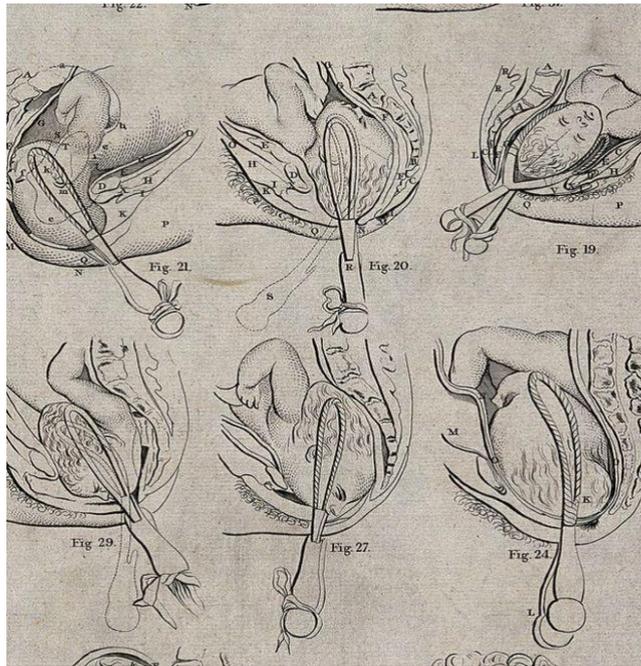


Foto 2: Fórceps en el parto. Fuente: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-39874265>

En el siglo XVIII, en el periodo de la Ilustración, se produjo un gran avance en este arte de la Obstetricia, aunque aún más llegado el siglo XIX, iniciándose la tecnificación de la asistencia al nacimiento. Fue entonces cuando se realizó el primer parto prematuro, se descubrió la auscultación obstétrica, se produjo la separación entre ginecología y obstetricia, apareció la descripción de las contracciones rítmicas (Braxton Hicks) y se introdujo un gran hito con el descubrimiento de la anestesia para el alivio del dolor en el parto de la mano de Young Simpson en 1847, entre otros. A partir de este momento la mayoría de los partos son atendidos en los hospitales y la mujer es atendida como una paciente enferma (2).

Con la llegada del desarrollo económico, a partir de la segunda mitad del siglo XX, se produce un cambio en el proceso del nacimiento ya que este pasa a realizarse en el ámbito hospitalario bajo el pretexto de mayor seguridad y mejor resultado obstétrico (2). Lo cual genera una gran disminución del índice de mortalidad materna e infantil gracias a la especialización de los profesionales y los medios altamente cualificados con los que se cuenta, los cuales solventan complicaciones, que de no contar con ellos, serían impensables resolver. Como consecuencia de este avance, a medida que pasa el tiempo, el parto va perdiendo su concepción de ser considerando como un proceso natural o fisiológico, para convertirse en una práctica médico-quirúrgica (1). De esta manera, el poder sanitario adquiere mayor protagonismo respecto al control de la mujer sobre su propio cuerpo, transformando así la concepción del parto como un modelo biomédico y no como un proceso fisiológico y natural (2).

2.1.2. El parto. Definición y contextualización.

El término parto es definido por la RAE como: “acción de parir” y el concepto parir, es considerado por la misma como: “dicho de una hembra vivípara: expulsar naturalmente el hijo o los hijos que tiene en su vientre” (3).

El parto es considerado como un conjunto de fenómenos fisiológicos que conducen a la salida del feto y los órganos anejos por parte de la mujer. Para que esto se produzca, es necesario que sucedan las siguientes condiciones: la gestación debe ser superior a 22 semanas (considerándolo inmaduro si el parto se produce entre la semana 22-27; y a término, entre la semana 37-42), una dilatación de más de 2 centímetros, la existencia de 2-3 contracciones cada 5 minutos y un borramiento de cuello uterino² superior al 50%.

El parto se divide en varias etapas consecutivas: pródromos, dilatación, expulsivo y alumbramiento.

Los pródromos forman parte del primer periodo del parto y se caracterizan por mostrar los primeros síntomas y signos que advierten a la madre de que se aproxima el momento del parto. Algunas de las peculiaridades que presentan son: el aumento de la frecuencia y la intensidad de las contracciones por lo que va acortando el cuello uterino, el aumento del flujo vaginal y la expulsión del tapón mucoso. Estos tienen como objetivo preparar a la mujer para el trabajo de parto (4).

Llegada la etapa de dilatación, las contracciones cada vez son más frecuentes, más dolorosas y más prolongadas, y las matronas son las encargadas de realizar diferentes técnicas para evaluar el avance del parto (observación del flujo vaginal, palpación abdominal y tacto vaginal para averiguar la posición fetal, el latido fetal, etc.).

A continuación, con la etapa de los expulsivos, aparece una dilatación completa del cuello uterino y finaliza tras el nacimiento del bebé. En este momento, la mujer tiene la necesidad de empujar tras las contracciones, el ano se dilata y la presentación se manifiesta. La mujer adopta la postura que le resulte más cómoda y le acompañan los pujos, en los que se incluye la expulsión de aire al mismo tiempo que empuja. Seguidamente la matrona se prepara para recibir el nacimiento.

Por último, el alumbramiento, considerado como el intervalo entre el nacimiento del bebé así como de la placenta y anejos. Un alumbramiento alargado acarrea consecuencias como la probabilidad de hemorragia postparto (HPP) y para evitar que esto ocurra, se administra Oxitocina³ (5).

² A lo largo de la primera etapa del trabajo de parto, el útero se dilata y contrae (se borra) para facilitar la salida del feto hacia el canal de parto.

³ Hormona producida por el hipotálamo que permite la contracción del músculo liso y en el parto, estimula los receptores de Oxitocina en el útero facilitando la dilatación del cuello uterino.

2.1.3. Parto fisiológico

En España la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), reivindican la humanización del proceso del parto, considerándolo un proceso fisiológico, siempre que garantice la seguridad de la madre y el neonato.

Se presenta un modelo de parto industrializado e institucionalizado, frente a un modelo de parto natural a voluntad de la mujer. La evidencia científica demuestra que mediante buenas prácticas se reduce la morbilidad de madre-hijo así como se mejoran las tasas de lactancia. Mientras que las intervenciones innecesarias (ruptura de membranas, episiotomía, etc.), pueden perjudicar el correcto desarrollo del proceso del parto. El aumento de la medicalización del mismo, tiende a debilitar la capacidad de la mujer para dar a luz resultando ser una experiencia negativa para sí misma. Sin embargo, una experiencia positiva, aquella que supera las creencias y expectativas personales (6), es considerada como un hecho trascendente para las mujeres. Se considera positiva cuando el bebé nace sano desde la perspectiva clínica y psicológica, en un ambiente confortable y seguro que cuenta con un apoyo emocional continuo, en el que la madre se encuentra acompañada en todo momento y le rodean profesionales con competencias técnicas apropiadas (7).

No existe un modelo de parto estandarizado, pues varía entre los distintos entornos, ricos o pobres, ya que el acceso a las intervenciones esenciales no es universal, siendo en muchos casos un acceso deficiente con una atención irrespetuosa y de baja calidad (8). La OMS trabaja por establecer un plan de atención intraparto para garantizar una atención médica de calidad que tiene como objetivo apoyar a la mujer (9).

Añadir finalmente, que conforme se acerca el final del embarazo, surge la duda de cómo se llevará a cabo el proceso del parto, surgen los miedos, el estrés y sentimientos de soledad (6). Es en ese momento cuando más preocupación pueden mostrar las madres. Se ha demostrado que la información que el médico les proporciona, otorga un impacto sustancial en la experiencia del parto, y conocer (6) las posibilidades de cuándo y cómo se desarrolla un parto vaginal o cesárea, le permite formarse una idea más clara y tranquiliza la vivencia del parto.

2.1.4. Medicalización del parto

Fue en el siglo XVII cuando se inició la medicalización en el parto y en el siglo XX cuando se instauró con la llegada de los partos al ámbito hospitalario, siendo esta la práctica más habitual (10).

James Young Simpson, fue pionero y defensor en el interés por el alivio del dolor en las parturientas. Durante el siglo XIX empleó con éxito, la técnica analgésica y más tarde, cloroformo. Medidas que, al menos en España, fueron cuestionadas y rechazadas por las

Academias de Medicina de la época, por su elevada toxicidad, peligrosidad y estrecho margen terapéutico.

Fue en 1998 cuando se aprobó, por el Parlamento Español, la *“universalización de la analgesia epidural gratuita para el parto”*.

A partir del siglo XX, es cuando se introduce el uso de otros analgésicos menos tóxicos para el parto (óxido nitroso, Tricloroetileno), así como nuevas técnicas anestésicas: raquianestesia⁴, epidural caudal, rectal, intravenosa, etc. A todo ello, se suman los programas de preparación previa al parto tanto física como psicológica, que permiten afrontar el parto y empoderar a la mujer y a su pareja para alcanzar el mayor grado de satisfacción, desestimando técnicas innecesarias y haciendo a las madres más participativas del proceso de parto.

No obstante, la epidural para el parto no fue empleada en España hasta 1975, de la mano de Oliveras, Beraudi y Limia en Barcelona, aunque la mayoría de los partos continuaron realizándose sin ninguna analgesia (11).

La analgesia epidural es uno de los métodos más eficaces para el alivio del dolor, pero a su vez conlleva consecuencias, ya que aumenta la probabilidad de sufrir un parto instrumentalizado, que los expulsivos sean más prologados e incluso que se produzca un fracaso en la lactancia materna.

Es importante informar previamente a la futura madre sobre los riesgos potenciales que esta analgesia puede producir, y de la misma manera, informar sobre otras alternativas para el alivio del dolor que resulten más seguras tanto para la madre como para el hijo (7, (12).

Existen otros métodos farmacológicos para aliviar el dolor, tales como, la analgesia inhalatoria o la analgesia mediante opioide, pero se ha demostrado que la analgesia mediante epidural es el recurso más solicitado para el alivio del dolor. La administración de esta analgesia consiste en la inyección de un anestésico en el espacio epidural a través de un catéter.

Pese a todo ello, se ha demostrado que aquellas mujeres que deciden no utilizar medicación tienen mayor probabilidad de satisfacción con el parto respecto de aquellas mujeres que deciden utilizarlos.

Por otro lado, también existen métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, y algunos de los más utilizados son: parto en el agua, técnicas de respiración, movimiento durante el parto, masajes, autohipnosis y acupuntura para producir efecto analgésico y de relajación, entre otros (4).

Finalmente, la experiencia del dolor para cada mujer es única y se ve influenciada por diferentes aspectos psicosociales.

⁴ Anestesia que consiste en la inyección de un anestésico dentro de la duramadre y se inyecta directamente la sustancia. Produce un adormecimiento inmediato.

Para la toma de decisiones a lo largo del parto, debe existir formación e información previa para analizar los beneficios y riesgos potenciales del uso de un método u otro. Para ello, se llevan a cabo los planes de parto⁵ (3).

2.1.5. Parto domiciliario

Si retrocedemos en la historia, el parto siempre se ha llevado a cabo en el domicilio hasta entrado el siglo XX, cuando la atención al parto pasó al ámbito hospitalario como ya se ha referido (13).

Con el paso del tiempo la hospitalización del parto se ha convertido en un proceso medicalizado y cada vez menos humanizado. Sin embargo, a partir del año 1980 se empieza a cuestionar la praxis médica adquirida para el parto, con el fin de recuperar el empoderamiento de la mujer sobre su propio cuerpo. Por ello, se realizó una conferencia en la que diferentes organizaciones (como la Organización Mundial de la Salud o la Organización Panamericana de la Salud, entre otras) reivindicaron la atención médica inadecuada que las mujeres recibían durante el parto, y se desarrollaron una serie de recomendaciones por las que se reconocía la autonomía de la mujer durante el parto, teniendo en cuenta su dignidad, sus valores y sus creencias (2).

El parto en casa proporciona el respeto por los ritmos individuales de cada mujer y la continuidad de los cuidados siguiendo los procedimientos rigurosamente necesarios y consentidos previamente por cada mujer. Además, permite la comodidad, la libertad de movimiento y el ambiente de confianza óptimos para reforzar sus habilidades, ya que las madres son capaces de cuidarse por sí mismas y son las principales cuidadoras del parto. De esta manera, se les brinda autonomía, privacidad e individualidad a lo largo del parto. El hogar se convierte en un ambiente estimulante y libre de ruidos que favorece la secreción de las hormonas necesarias para el desarrollo del mismo (14).

A continuación, se muestran unos gráficos que comparan la cantidad de partos llevados a cabo en el domicilio respecto a los llevados a cabo en el hospital en el ejercicio de 2019.

⁵ Documento en el que la mujer expresa sus necesidades, preferencias, deseos y expectativas respecto al trabajo de parto y el nacimiento. En caso de surgir circunstancias imprevisibles, el personal sanitario llevará a cabo las intervenciones más oportunas siempre bajo la información previa al paciente así como sobre su consentimiento (Ley 41/2002, art.4.1)

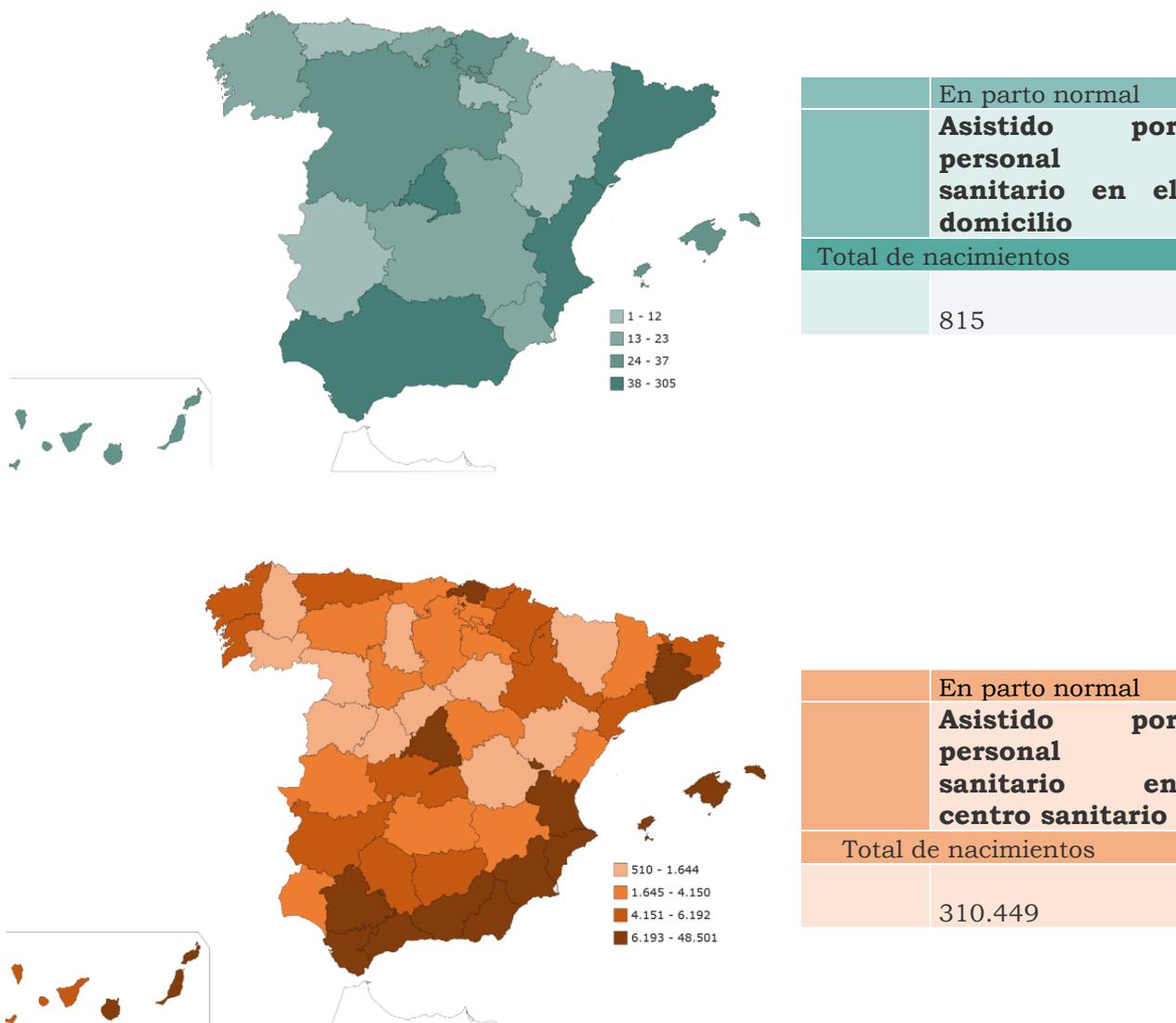


Grafico 2.Fuente: <https://www.ine.es/https://>

Son datos aportados por el INE y demuestran que existe una notable diferencia entre ellos. Siendo notablemente más protagonistas los partos en el hospital respecto a los desarrollados en el domicilio (15). Estas diferencias probablemente se deban a la desinformación, la ignorancia o las dudas y controversias que pueda haber al respecto entre los distintos profesionales. El nacimiento hospitalario produjo un notable descenso de la mortalidad materna y neonatal, pero la continua deshumanización del mismo ha vuelto a despertar el interés por llevarlos a cabo en el hogar. Es importante en este último término, tener en cuenta que debe existir un apropiado plan de intervención, en el que se cuente con los medios necesarios, le acompañen verdaderos profesionales acreditados y que exista una coordinación previa con los servicios de obstetricia y neonatología hospitalaria si hubiera complicaciones médicas (18).

Cabe resaltar que la libre elección del lugar donde dar a luz, es un derecho universal reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Tribunal Europeo de los

Derechos Humanos, y los sistemas son los encargados de proteger la autonomía de las interesadas, otorgando los medios necesarios para que ello sea posible y se realice de forma segura (9).

Actualmente, la Sociedad Española de Neonatología, no puede recomendar el parto en casa en España hasta que no se establezcan las plenas garantías de seguridad, tanto para la madre como para el hijo. Lo consideran una alternativa posible, siempre que los padres estén bien informados sobre los beneficios y riesgos potenciales que otorguen un equilibrio de salud y bienestar materno- fetal (16). Sin embargo, nuestro sistema sanitario debe contar con espacios respetuosos tanto con la gestante como con la familia y una reducción de la medicalización excesiva garantizando la seguridad de todos los integrantes (17).

Revisiones exhaustivas y sistemáticas sobre diferentes estudios, llevadas a cabo entre los años 2018 y 2019, analizando los riesgos de pérdida neonatal y perinatal, demuestran que no existen diferencias notorias entre los partos en el ámbito hospitalario y domiciliario. Aunque es importante resaltar la diferencia de la asistencia integrada en el sistema sanitario respecto a la que no lo está, ya que existe un mayor índice de mortalidad cuando la misma no se encuentra integrada.

El parto domiciliario se encuentra bien integrado en países como Inglaterra, Islandia, Holanda, Nueva Zelanda, EEUU o Canadá. Diferentes estudios realizados en estos países también demuestran que el parto domiciliario puede aportar grandes beneficios tanto para la madre como para el recién nacido (18).

Sin embargo, a pesar de que el sistema sanitario español no pueda recomendar, a día de hoy, el parto domiciliario, se está persiguiendo que la atención al parto recupere la idea de considerarlo como el proceso fisiológico del que se trata. Para ello, es necesario evitar la medicalización excesiva, siempre garantizando la seguridad de todos los integrantes (madre y recién nacido). Como conclusión, el objetivo debe ser potenciar el esfuerzo por mejorar las condiciones de los partos en los hospitales dando protagonismo a la humanización de los mismos (19).

El parto domiciliario requiere tener en cuenta varios factores de los que se encuentra en desventaja respecto al hospital, ya que no cuenta con los mismos recursos y medios tales como, la monitorización fetal y el acceso a los servicios neonatales. Además, para poder llevarse a cabo, las mujeres deben ser embarazadas de bajo riesgo o con ausencia de riesgos, que los medios domésticos sean aceptables, que exista una red de transporte altamente preparada y coordinada con el hospital de referencia para el traslado en caso de urgencia, y que los padres se encuentren debidamente formados e informados de todos los aspectos que conlleva el parto en el hogar (15).

Los beneficios que presenta el parto domiciliario están relacionados con tasas más bajas de morbilidad materna, siempre que se trate de mujeres embarazadas de bajo riesgo como ya

se ha señalado, y tasas de intervenciones quirúrgicas más bajas (episiotomía⁶, cesárea, parto instrumental, etc.). También otro aspecto a tener en cuenta es la reducción de las lesiones perineales cuando se realiza en este ámbito (20). Muchos estudios investigan acerca de este fenómeno, por el que se hace un análisis del impacto que supone la realización del parto en el hogar. Algunos de los resultados encontrados en la revisión bibliográfica de varios estudios, determinan que:

- Un estudio llevado a cabo en Finlandia sobre la mortalidad y morbilidad hasta los siete años en niños nacidos en el hogar en comparación con los nacidos en hospital, demuestra que no aparece un aumento de muertes infantiles tras nacer en el hogar y tampoco un aumento de visitas hospitalarias posteriormente. Sin embargo, surge un mayor número de visitas hospitalarias por alergias o asma en aquellos niños que nacieron en el medio hospitalario (21).
- Otro estudio llevado a cabo en Cataluña sostiene que, de una muestra de 750 mujeres con embarazo de bajo riesgo, que planificaron el parto en casa, se obtuvieron los siguientes datos: 85.6% tuvieron un parto vaginal espontáneo, el 92,7% no precisó instrumentos, el 4% fueron mediante cesárea, el 27% lo hizo dentro del agua y solo del 1,5% al 2,6% tuvieron algún incidente materno (hemorragia postparto 1,1%) (22).
- Un estudio llevado a cabo en Australia sobre los resultados de los nacimientos entre los años 2002-2012 y teniendo en cuenta el lugar de nacimiento planificado, refiere que para mujeres embarazadas de bajo riesgo existen resultados maternos positivos, una mayor probabilidad de parto vaginal y no muestra diferencia sobre la mortalidad perinatal según el lugar de nacimiento (23).

Estos son algunos ejemplos de estudios llevados a cabo para comparar los beneficios y riesgos que conlleva el parto en el hogar, aunque es importante tener en cuenta que los estudios no cuentan con una muestra lo suficientemente representativa como para determinar una tendencia y por ello, los resultados deben ser interpretados con cautela.

Según la “*Guía de asistencia al parto en casa*” desarrollada por el Colegio Oficial de Enfermería de Cataluña (2018), existe una serie de criterios para recomendar un parto en el hogar (24):

- Presentación cefálica.
- Historia clínica sin complicaciones.
- Inicio de parto espontáneo entre las 37-42 semanas.
- Ausencia de signos ni síntomas de complicaciones durante el embarazo (preeclampsia, crecimiento intrauterino retardado, etc).

⁶ Incisión quirúrgica realizada en el periné con la finalidad de ampliar el canal de parto y acelerar la salida del feto.

- Hemoglobina >10g/dl e IMC <30kg/m² tras el embarazo.
- Embarazo no múltiple.

De la misma manera existen antecedentes por los que no se recomienda el parto en el hogar y están relacionados con enfermedades cardiovasculares, renales, neurológicas, endocrinas, respiratorias, inmunológicas, etc.

Otro aspecto a tener en cuenta es el ámbito social y emocional de aquella familia que decide vivir el parto en el domicilio. Normalmente el papel del padre en toda esta cuestión es fundamental para llevar a cabo el parto en el hogar. En la mayoría de los casos, es la mujer quien lo propone, pero no se efectúa sin el consenso de los dos y el apoyo incondicional que el padre ofrece para ello. La figura del padre se caracteriza por acompañar de forma incondicional, ser respetuoso con la decisión tomada y mostrar todo su apoyo (25). Es conveniente conocer a los acompañantes que estarán presentes en el momento del parto para informarles sobre los signos y síntomas que indican el inicio del parto así como aquellos de alarma; y, además, darles el apoyo que precisen (21).

Los motivos por los que se elige este medio pueden ser muy diversos, aunque pueden estar relacionados con malas experiencias anteriormente vividas en el hospital, sentirse seguras y cómodas en su propio hogar, mostrar su negativa ante las intervenciones quirúrgicas innecesarias, así como por el uso de diferentes fármacos. Otras de las razones pueden estar encaminadas sobre la búsqueda de sensaciones emocionales y ambientales, sobre el respeto hacia la toma de decisiones y por sentirse totalmente protagonistas y bajo el control de su parto natural. Estos aspectos fueron resultado de un estudio llevado a cabo en EE. UU tras una revisión bibliográfica exhaustiva (26).

Es importante, valorar en este escenario, el estado emocional de la madre tras el parto, saber si cuenta con el apoyo familiar y social apropiado, reconocer los cambios emocionales generados, cambios de humor, emociones o comportamientos y animarlas a cuidar su estado mental mediante descansos, siendo escuchada y comprendida.

2.2. Justificación.

El parto domiciliario es un acto poco practicado en el territorio español respecto al parto hospitalario, pues no existen los suficientes datos científicos que garanticen su seguridad (18). Sin embargo, Cataluña es considerada la comunidad autónoma que más partos desarrolla en casa, siendo un referente en el tema. Entre los años 2016 y 2018 han dado a luz en el hogar un total de 750 mujeres (21).

Esta modalidad de parto es viable siempre que las condiciones, tanto de la madre como del entorno y el bienestar fetal, sean favorables partiendo de un embarazo de bajo riesgo.

El parto es considerado como un acto fisiológico y natural que la mujer lleva a cabo desde la existencia de la especie humana, un acto que desde sus inicios se ha desarrollado en el ámbito del hogar y que con el paso del tiempo se ha ido perfeccionando gracias a los avances científicos que han reducido notoriamente la morbimortalidad del mismo. Estos avances han generado un aumento de la instrumentalización y la medicalización de los mismos, convirtiéndose a su vez, en un proceso poco humanizado y cada vez más desnaturalizado pese a ser esta la esencia que caracteriza a este acto.

Esta situación ha despertado el interés por recuperar esa humanización perdida actualmente debido a la asistencia al parto como si de un acto quirúrgico se tratara.

En líneas generales, los partos domiciliarios se relacionan con mejores experiencias para las madres, una mayor participación de las mismas sobre la toma de decisiones, un aumento de partos eutócicos y una reducción de cesáreas, traumatismos perineales y hemorragias postparto (24).

Por todo esto, se propone desarrollar un proyecto educativo destinado a las matronas de los Centro de Salud de la zona sur de la Comunidad de Madrid, para dar a conocer el trabajo de una matrona de atención domiciliaria, cómo poder desarrollar un parto en casa y que a su vez, sirva como herramienta para mejorar la calidad de atención a los partos en casa prestando una atención multidisciplinar integrada a las mujeres embarazadas, ya que estas necesitan sentir cercanía, apoyo, acompañamiento, respeto, protección y amabilidad para favorecer el estado de bienestar necesario para enfrentar la situación de vulnerabilidad que implica el parto. Dando, a su vez prioridad a la salud mental, considerada como una prioridad de salud global según la OMS, y no solo a la salud física durante el proceso traumático que puede suponer el nacimiento (6). Por tanto, es necesario aunar la sabiduría de las matronas con el desarrollo científico y técnico actual para recobrar la humanización del parto.

3. Población y captación

La **población diana** a la que va dirigida este proyecto educativo la constituyen las matronas de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. (Ver anexo 1) (27)

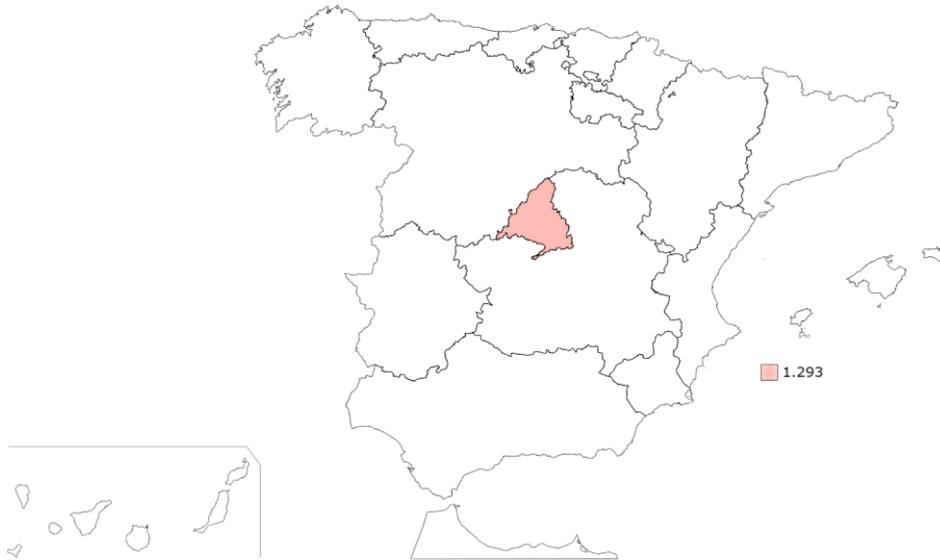


Grafico 3: Nº de enfermeros con especialidad de matrona en la Comunidad de Madrid en 2021. Fuente: <https://www.ine.es>

La **población accesible**, está formada por las matronas que ejercen su labor profesional en los centros de salud de la Dirección Asistencial Sur (DASur). Ella abarca los municipios de: Aranjuez, Ciempozuelos, Colmenar de oreja, Getafe, Griñón, Leganés, Parla, San Martín de la Vega y Valdemoro. Esta zona, cuenta con un total de 31 centros de salud en los que ejercen las tareas de obstetricia y ginecología, un total de 31 matronas (28).

La **población elegible** serán aquellas matronas de los distintos centros de salud ubicados en la DASur, que voluntariamente decidieran inscribirse a la formación ofertada.

La **muestra final** será determinada una vez finalizada la acción formativa, por el total de profesionales que hayan participado en el mismo.

La captación se llevará a cabo en los propios Centros de Salud. Y para ello, se realizará, previamente, una reunión con la dirección asistencial de la DASur, ubicada en el Centro de Salud: Juan de la Cierva (Getafe), con el fin de lograr la aprobación del proyecto por parte de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria. A continuación, serán los supervisores de enfermería de cada uno de los Centros de Salud mencionados anteriormente, encargados de la Educación para la Salud e intervención comunitaria, los que se pondrán en contacto vía e-mail con las matronas, para poder ofertar el proyecto y así poder coordinar las sesiones teniendo en cuenta los horarios y cuadrantes de estas profesionales. En este correo se

adjuntará mi contacto para que las matronas interesadas, que decidan estar informadas y que quieran proponer este tipo de partos a las gestantes, acepten la participación en el proyecto y puedan recibir posteriormente, un correo en el que se adjuntará un folleto informativo (ver anexo 2) con la información sobre la fecha, lugar, metodología y breve descripción de los contenidos y objetivos a desarrollar sobre el proyecto.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Capacitar a las matronas de atención primaria para desarrollar los partos en el domicilio recuperando así la humanización y la calidad de asistencia al parto domiciliario.

4.2. Objetivos específicos

Objetivos de conocimiento:

- Conocer ventajas y desventajas de realizar el parto en el hogar tanto para la madre como para el recién nacido.
- Enumerar los criterios necesarios para poder recomendar un parto en el hogar.
- Identificar las complicaciones que pueden suceder durante el momento del parto y por las que es necesario acudir al hospital de forma urgente.
- Relacionar la sabiduría de las matronas junto al desarrollo científico y técnico del momento presente, para recuperar la humanización del parto.
- Explicar recursos y condiciones para el desarrollo del parto domiciliario.
- Conocer las diferentes técnicas para el alivio del dolor.
- Diseñar protocolos de actuación para el traslado y la acogida de los profesionales especialistas en el hospital.
- Saber identificar los factores de riesgo presentes en el hogar de la mujer embarazada.
- Valorar las posibles complicaciones que la madre puede presentar, dadas las posibles patologías previas que pueden ser incompatibles para el parto en el hogar.

Objetivos de habilidad:

- Realizar talleres informativos para las mujeres embarazadas sobre la posibilidad de realizar este tipo de prácticas garantizando la seguridad de todos los que están involucrados en ellas.
- Efectuar una adecuada red de transporte con el hospital más cercano favoreciendo la accesibilidad inmediata en caso de urgencia.
- Realizar un plan de parto acorde a las necesidades de la futura madre.
- Establecer prácticas asistenciales seguras y con base científica que garantice la seguridad del parto en casa.

Objetivos de actitud:

- Afirmar como protagonistas a las madres respecto a su cuerpo y su parto.
- Expresar la confianza en la relación profesional sanitario-embarazada para garantizar la seguridad y el bienestar que cubra las necesidades tanto de la madre como del hijo durante el parto, parto y postparto.
- Compartir el estado emocional y los deseos de la mujer embarazada así como sus preocupaciones.
- Mejorar la cobertura, los servicios y la atención integral de asistencia al parto.
- Asumir autonomía y la competencia de la matrona sobre la toma de decisiones.

5. Contenidos.

- **Tema 1:** Presentación del proyecto y plan de acogida.
- **Tema 2:** Parto hospitalario vs parto domiciliario. Ventajas e inconvenientes
- **Tema 3:** Técnicas para el alivio del dolor (medicalización vs desmedicalización)
- **Tema 4:** Material necesario para realizar el parto domiciliario. Normativa.
- **Tema 5:** Establecimiento de red de transporte con el centro de salud. Concordancia con el centro más cercano en caso de complicación.
- **Tema 6:** Formulario de consentimiento informado y descripción del plan de parto individualizado.
- **Tema 7:** Diseño del plan de acogida a las madres interesadas en el parto domiciliario.

6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales.

El proyecto se realizará en cuatro sesiones celebradas los martes del mes de octubre en el horario de 16h a 20h.

Las sesiones serán impartidas con grupos formados por un total de seis personas. Si hubiese más personas interesadas se plantearía repetir el taller más adelante para un nuevo grupo. Además, se llevará a cabo en las propias instalaciones del centro de salud en un aula equipada por sillas, mesas, pizarra y videoprojector.

A continuación, el cronograma detallado:

- Sesión 1:

Contenidos
Tema 1: Presentación del proyecto y plan de acogida.
Objetivos
-Presentar a los integrantes del grupo. -Explicar el desarrollo del proyecto. -Exponer los objetivos.
Técnicas
Técnica del ovillo ⁷
Material
Ovillo de lana que los participantes se irán lanzando para poder presentarse.
Tiempo
15 minutos
Evaluación
Control de asistencia

⁷ Técnica de presentación colaborativa que consiste en que los integrantes del grupo se sientan en círculo y uno de ellos comienza lanzando el ovillo de lana a otro sin soltar la punta. Y así sucesivamente con todos los integrantes. En el momento en el que reciben el ovillo deben hacer una breve presentación individual. Finalmente, el ovillo quedará hecho una telaraña.

Contenidos
Tema 2: Parto hospitalario vs parto domiciliario. Ventajas e inconvenientes
Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar los recursos de cada institución. - Reconocer las ventajas e inconvenientes del lugar de parto tanto para la madre como para el recién nacido. - Enumerar los criterios necesarios para poder recomendar un parto en el hogar. - Explicar recursos y condiciones para el desarrollo del parto domiciliario. - Informar sobre el parto en casa.
Técnicas
<ul style="list-style-type: none"> -Técnica expositiva mediante presentación Power Point. -Técnica de análisis de estudios recientes, acerca de los beneficios e inconvenientes de los partos en el hogar y mediante experiencias personales vividas por mujeres que han dado a luz en el hospital y en su hogar. -Lluvia de ideas: para compartir las experiencias vividas a lo largo de los años como profesionales matronas.
Material
Proyector, papel y bolígrafo
Tiempo
3:30h con tres descansos de 10 minutos cada uno de ellos
Evaluación
<p>Cuestionario pre sesión/ post sesión.</p> <p>Observación sistemática al grupo.</p>

- **Sesión 2:**

Contenidos
Tema 3: Técnicas para el alivio del dolor (medicalización vs desmedicalización)
Tema 4: Material necesario para realizar el parto domiciliario. Normativa.
Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> -Saber identificar los factores de riesgo presentes en el hogar de la mujer embarazada. - Identificar las complicaciones que pueden suceder durante el momento del parto y por las que es necesario acudir al hospital de forma urgente. - Compartir el estado emocional y los deseos de la mujer embarazada así como sus preocupaciones. Respetando sus decisiones en la medida de lo posible. - Conocer las diferentes técnicas para el alivio del dolor. - Establecer prácticas asistenciales seguras y con base científica que garantice la seguridad del parto en casa.
Técnicas
Técnica expositiva mediante presentación Power Point
Material
Proyector
Tiempo
3:30h con tres descansos de 10 minutos cada uno de ellos
Evaluación
<p>Se realizará observación de los participantes.</p> <p>Control de asistencia</p>

- **Sesión 3:**

Contenidos
Tema 5: Establecimiento de red de transporte con el centro de salud. Concordancia con el centro más cercano en caso de complicación. Tema 6: Formulario de consentimiento informado y descripción del plan de parto individualizado.
Objetivos
<ul style="list-style-type: none">- Realizar un plan de parto acorde a las necesidades de la futura madre.- Efectuar una adecuada red de transporte con el hospital más cercano favoreciendo la accesibilidad inmediata en caso de urgencia.- Diseñar protocolos de actuación para el traslado y la acogida de los profesionales especialistas en el hospital.- Valorar las posibles complicaciones que la madre puede presentar, dadas las posibles patologías previas que pueden ser incompatibles para el parto en el hogar.- Mejorar la cobertura, los servicios y la atención integral de asistencia al parto.
Técnicas
Técnica expositiva mediante presentación Power Point sobre la revisión bibliográfica de artículos relacionados con el tema.
Material
Proyector
Tiempo
3:30h con tres descansos de 10 minutos cada uno de ellos
Evaluación
Se realizará observación de los participantes. Control de asistencia

- **Sesión 4:**

Contenidos
Tema 7: Diseño del plan de acogida a las madres interesadas en el parto domiciliario.
Objetivos
<ul style="list-style-type: none">- Relacionar la sabiduría de las matronas junto al desarrollo científico y técnico del momento presente, para recuperar la humanización del parto.- Realizar talleres informativos para las mujeres embarazadas sobre la posibilidad de realizar este tipo de prácticas garantizando la seguridad de todos los que están involucrados en ellas.- Afirmar como protagonistas a las madres respecto a su cuerpo y su parto.- Expresar la confianza en la relación profesional sanitario-embarazada para garantizar la seguridad y el bienestar que cubra las necesidades tanto de la madre como del hijo durante el parto, parto y postparto.- Asumir autonomía y la competencia de la matrona sobre la toma de decisiones.
Técnicas
Técnica role-playing
Material
Guion con los puntos a seguir, papel y bolígrafo
Tiempo
3:30h con tres descansos de 10 minutos cada uno de ellos
Evaluación
Questionario pre y post test. Control de asistencia.

7. Evaluación

7.1. Evaluación de la estructura y el proceso.

La evaluación de este proyecto permitirá conocer cuáles son sus fortalezas y debilidades, y gracias a ello, se podrán conocer cuáles son los aspectos a mejorar.

Además, nos servirá para conocer si se han logrado transmitir los objetivos planteados y si ha sido útil la información compartida con las matronas de Atención Primaria.

En primer lugar, se entregará un cuestionario de satisfacción (ver anexo 3) para conocer los puntos fuertes y débiles del proyecto con el fin de mejorar aquellos puntos que precisen perfeccionamiento. También servirá para conocer si los participantes se han sentido motivados con la metodología y contenidos propuestos, si las explicaciones se han realizado con claridad y si recomiendan este tipo de formación a otras compañeras de profesión.

Por otro lado, existirá la figura del observador, quien acudirá a todas las sesiones y observará la conducta de los participantes, así como del ponente y los recursos utilizados. Para ello se adjunta un guion (ver anexo 4) que el observador completará en cada una de las sesiones. Además, llevará a cabo un control de asistencia (ver anexo 5) para saber cuántas matronas han completado la formación.

7.2. Evaluación de resultados.

Se realizará un cuestionario al inicio y al final del proyecto. El de inicio servirá para conocer qué conocimientos tienen las matronas sobre el parto en domicilio y cuál es su percepción sobre ello.

El cuestionario post sesión, llevado a cabo en la última sesión del proyecto, evaluará los conocimientos adquiridos y si la percepción sobre el parto domiciliario ha cambiado respecto a lo que expresaban al inicio.

Estos cuestionarios abarcarán preguntas relacionadas con la planificación del parto domiciliario, los materiales necesarios para ello, las condiciones y los riesgos a tener en cuenta para su desarrollo y la puesta a punto de todos los recursos imprescindibles para llevar a cabo el parto en casa (ver anexo 6). Serán preguntas diseñadas a partir de los contenidos compartidos en cada una de las sesiones.

8. Bibliografía.

- (1) Manuel Sedano L, Cecilia Sedano M, Rodrigo Sedano M. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Rev Med Clin Condes 2014 /11/01;25(6):866-873. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-resena-historica-e-hitos-obstetricia-S0716864014706327>
- (2) Biurrum A, Goberna J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. 2013;14(2):62-66. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/49091/1/631224.pdf>
- (3) Rae.es. [citado el 11 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/parto>
- (4) Rodríguez CM, Serrano, Miguel Ángel del Fresno, Serrano EdF. Pródromos de parto, ¿Cuándo acudir al hospital? Revista Sanitaria de Investigación 2021;2(2):62. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7813186>
- (5) Guías de enfermería obstétrica y materno-infantil. Parto. 2nd ed.: Elsevier; 2018
- (6) Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro D, Quirós-García JM, Martínez-Galiano JM, Gómez-Salgado J. Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. Int J Environ Res Public Health 2019 -5;16(9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6539242/>
- (7) Ayres LFA, Henriques BD, Amorim WMd. The cultural representation of "natural childbirth": the outlook on the pregnant body in the mid-twentieth century. Ciência & saúde coletiva 2018 Nov;23(11):3525-3534. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vzyCnXicGvpySDMVqVCfXG/?lang=pt>
- (8) The Lancet. Childbirth settings in the US. The Lancet (British edition) 2020 Feb 22;395(10224):538. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30381-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30381-0/fulltext)
- (9) Oladapo OT, Tunçalp Ö, Bonet M, Lawrie TA, Portela A, Downe S, et al. WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. BJOG 2018 -7;125(8):918-922. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6033015/>
- (10) Althaus J, Wax J. Analgesia and anesthesia in labor. Obstet Gynecol Clin North Am 2005 -06;32(2):231-244. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15899357/>
- (11) Apiñaniz, Javier González de Zárate, Rodrigo BF, Herreras JIG. Historia del alivio del dolor del parto en España. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid 2015(52):71-84. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5530819>

- (12) Ministerio de Sanidad y Consumo, Observatorio de Salud de las mujeres. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. 2012. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
- (13) Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Plan de parto y nacimiento. 2011. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
- (14) F. Rodríguez. parto domiciliario planificado: una mirada desde la desmedicalización y la resistencia. Universidad de la República (Uruguay); 2021. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/30479/1/TS_Rodr%3adguezLarrarFabiana.pdf
- (15) INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. [cited 2021 Nov 11]. (INE). Disponible en: <https://www.ine.es/>
- (16) Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud e Investigación Reproductiva. WHO recommendations for Induction of labour. 2018:36. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44531/9789241501156_eng.pdf;jsessionid=E26986D0760C9D60263BED393846CF44?sequence=1
- (17) García M. Historia del arte de los partos en el ámbito familiar. 2008. Disponible en: https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/16576/file_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (18) Blázquez Gamero D. El parto domiciliario a debate. An Pediatr (Barc) 2015 /08/01;83(2):144-145. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-el-parto-domiciliario-debate-articulo-S1695403315001034>
- (19) Zielinski R, Ackerson K, Kane Low L. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. International journal of women's health 2015;7:361-377. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4399594/>
- (20) Sánchez Redondo MD, Cernadas M, Couce ML. El parto domiciliario en España. Anales de Pediatría 2021 May 1;94(5):346. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320305002>
- (21) Ovaskainen K, Ojala R, Gissler M, Luukkaala T, Tammela O. Is birth out-of-hospital associated with mortality and morbidity by seven years of age? PLOS ONE 2021 21 abr.;16(4):e0250163. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0250163>
- (22) Sánchez-Redondo MD, Cernada M, Boix H, Espinosa Fernández MG, González-Pacheco N, Martín A, et al. Parto domiciliario: un fenómeno creciente con potenciales

- riesgos. Anales de Pediatría 2020 October 1,;93(4):266.e1-266.e6. disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S169540332030151X>
- (23) Edqvist M, Blix E, Hegaard HK, Ólafsdóttir OÁ, Hildingsson I, Ingversen K, et al. Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. BMC Pregnancy Childbirth 2016 -07-29;16(1):196. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0990-0>
- (24) Alcaraz-Vidal L, Subirana-Campos L. El parto en casa. ¿Hacia dónde queremos ir? Anales de Pediatría 2021 May 1,;94(5):345. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320304331>
- (25) Alcaraz, L et al. Guía de asistencial al parto en casa. 2018. Disponible en: http://llevadorespartacasa.org/wp-content/uploads/2018/06/Guia_PartCasa_2018.pdf
- (26) Homero C, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth in Australia 2000 - 2012: a linked population data study. 2019. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/10/e029192>
- (27) Martínez-Mollá T, Ruiz CS, González JS, Sánchez-Peralvo M, Méndez-Pérez G. The father's decision making in home birth. Investigación y Educación en Enfermería 2015 /09/29;33(3). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/24467>
- (28) Alcaraz-Vidal L, Escuriet R, Sàrries Zgonc I, Robleda G. Planned homebirth in Catalonia (Spain): A descriptive study. Midwifery 2021 July 1,;98:102977. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613821000565?via%3Dihub>
- (29) Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones laborales. Categorías profesionales. Servicio Madrileño de Salud 2021 31 de Diciembre de 2021. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/rrhh/rrhh-portal_estadistico_mes_en_curso_01.pdf
- (30) Dirección Asistencial Sur. 2017; disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/direccion-asistencial-sur> .

Anexos

Anexo 1: Categorías de profesionales sanitarios en la Comunidad de Madrid. Fuente:

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/direccion-asistencial-sur>



Dirección General de Recursos Humanos
y Relaciones Laborales

CATEGORÍAS PROFESIONALES / VINCULACIÓN

TIPO	CATEGORÍA	DIRECTIVO	FUJO	INTERINO	EVENTUAL	TOTAL
PERSONAL DIRECTIVO	DIRECTIVO	253				253
TOTAL PERSONAL DIRECTIVO		253				253
PERSONAL SANITARIO FORMACIÓN UNIVERSITARIA	FACULTATIVO		9.687	5.960	2.030	17.677
	ENFERMERO/A		10.735	8.966	5.145	24.846
	MATRONA		459	235	46	740
	FISIOTERAPEUTA		431	415	236	1.082
	OTRO PERSONAL SANITARIO		68	157	33	258
TOTAL PERSONAL SANITARIO DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA			21.380	15.733	7.490	44.603
PERSONAL SANITARIO FORMACIÓN PROFESIONAL	TECNICO SUP. ESPECIALISTA		2.023	1.182	607	3.812
	T.C.A.E		5.120	6.679	3.622	15.421
	OTRO PERSONAL SANITARIO		64	695	220	979
TOTAL PERSONAL SANITARIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL			7.207	8.556	4.449	20.212
PERSONAL DE GESTION Y SERVICIOS	GRUPO TECNICO F.A. Y RESTO GRUPO A1		202	258	82	542
	GRUPO GESTION F.A. Y RESTO GRUPO A2		412	349	33	794
	GRUPO ADMINISTRATIVO		605	145	24	774
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO		3.437	2.924	611	6.972
	CELADOR		2.043	2.513	647	5.203
	PINCHE DE COCINA		245	819	80	1.144
	RESTO DE PERSONAL DE GESTION		1.249	1.427	306	2.982
TOTAL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS			8.193	8.435	1.783	18.411
TOTAL		253	36.780	32.724	13.722	83.479

DATOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2021

Anexo 2: Folleto informativo sobre el Proyecto educativo. Elaboración propia.

Contenidos

1. PRESENTACION DEL PROYECTO.
2. PARTO HOSPITALARIO VS DOMICILIARIO. VENTAJAS Y DESVENTAJAS.
3. TÉCNICAS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR.
4. MATERIAL NECESARIO PARA REALIZAR EL PARTO DOMICILIARIO. NORMATIVA.
5. ESTABLECIMIENTO DE RED DE TRANSPORTE CON EL CENTRO HOSPITALARIO.
6. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE PARTO.
7. DISEÑO DEL PLAN DE ACOGIDA A LAS MADRES INTERESADAS EN EL PARTO DOMICILIARIO.

Objetivos

CAPACITAR A LAS MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA PARA DESARROLLAR LOS PARTOS EN EL DOMICILIO RECUPERANDO ASI LA HUMANIZACION Y CALIDAD DE ASISTENCIA AL PARTO DOMICILIARIO.

HOME CHILD BIRTH

CRONOGRAMA

4 sesiones
16 a 20h

1ª sesión: 16 mayo
2ª sesión: 18 mayo
3ª sesión: 23 mayo
4ª sesión: 25 mayo

LOCALIZACION

PLAZA DAVID MARTÍN, 0, S N, 28320 PINTO, MADRID

SALA DE ACTOS DEL CENTRO DE SALUD

LLUGAR: CENTRO DE SALUD PARQUE EUROPA (PINTO.28320 MADRID)

CONTACTO: HOMECHILD BIRTH@GMAIL.COM

Anexo 3: Guion del observador. Elaboración propia.



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



Nombre del taller:

Centro:

Fecha:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RECURSOS ESTRUCTURALES										
Preparación de la sala										
Iluminación										
Ventilación										
Visibilidad										
RECURSOS MATERIALES										
Pizarra										
Video										
Documentos de apoyo										
Folios										
Otros										
ROL DEL EDUCADOR										
Objetivos adecuados al nivel del grupo										
Objetivos comprensibles y de interés										
Tiempo adecuado										
Técnicas relacionadas con los objetivos										
Técnicas fomentan la participación										
Técnicas difíciles para el grupo										
DINÁMICA GRUPAL										
Nivel de participación										
El grupo quiere profundizar										
Se facilita la participación										
El clima es tolerante										
El clima es participativo										
El clima es creativo										
Hay comunicación y escucha oral										

OBSERVACIONES

Anexo 5: Cuestionario pre-post intervención. Elaboración propia.

1. ¿Cuál de estos criterios, según la “Guía de asistencia al parto en casa” no influye sobre el desarrollo del parto en el hogar?

- a. Presentación de nalgas.
- b. Ausencia de complicaciones durante el embarazo.
- c. Embarazo no múltiple.
- d. Presentación cefálica.

2. Entre las siguientes enumeraciones señale la verdadera:

- a. Los beneficios que presenta el parto domiciliario están relacionados con un mejor resultado en la lactancia materna en todos los casos.
- b. El proceso de nacimiento se llevará a cabo cuando ocurra entre la semana 37-42 de gestación.
- c. La gestante podrá elegir dónde dar a luz sin tener en cuenta sus antecedentes médicos.
- d. El parto podrá realizarse sin tener en cuenta la presentación del bebé.

3. Enumera al menos 5 materiales, con los que debe contar en el hogar para poder llevar a cabo el parto:

-
-
-
-
-

4. En cuanto a la relación con la parturienta y sus familiares:

- a. La presentación de los profesionales que llevarán a cabo el parto se hará el mismo día del nacimiento.
- b. Se establecerá una relación de confianza previa con los profesionales para que la mujer se sienta segura y apoyada por el entorno que le rodea, favoreciendo su bienestar en todo momento.
- c. Se ofrecerá a toda la familia la información necesaria, además de apoyo emocional.
- d. B y C son verdaderas.

5. A la hora de establecer la red de transporte. Señale la falsa:

- a. El traslado se podrá realizar en el propio vehículo sin necesidad de esperar a la ambulancia.
- b. El profesional deberá llamar previamente al hospital más cercano para avisar de la próxima llegada y el motivo del traslado.
- c. La elección del centro hospitalario dependerá del momento en el que se encuentre el parto y no será necesario configurarlo previamente.
- d. El centro hospitalario de elección será el más cercano al domicilio.

6. Para el alivio del dolor, se podrá utilizar: (señale la falsa)

- a. Actuaciones no farmacológicas: baños de agua caliente, masajes, calor.
- b. Técnicas de relajación y respiración.
- c. Ofrecer apoyo emocional y protagonismo a la madre.
- d. Todas son ciertas.

7. Para desarrollar el parto en el hogar no es necesario:

- a. Contar con una casa lo suficientemente equipada y grande para atender todas las necesidades de la madre y de los profesionales sanitarios teniendo en cuenta que los espacios sean muy amplios.
- b. Establecer un plan de parto previo y configurar el consentimiento informado.
- c. Conocer a las personas que la embarazada quiere que estén presentes en el momento del parto.
- d. Comprobar que el historial clínico y todos los documentos necesarios están preparados y localizados en caso de que fuese necesario salir de urgencia al hospital.

Anexo 6: Cuestionario de satisfacción. Elaboración propia.



CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

Valora de 0 a 10, siendo 10 muy satisfecho y 0 nada satisfecho



CONOCIMIENTOS

La teoría utilizada es actualizada y ha sido útil para mi desarrollo profesional



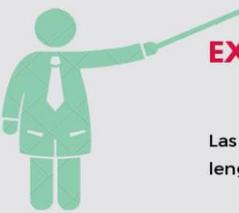
DINAMICAS DE GRUPO UTILIZADAS

Los materiales utilizados se adaptan a las dinámicas de grupo realizadas. Estas dinámicas están relacionadas con el contenido compartido.



DURACIÓN DE LAS SESIONES

El tiempo utilizado es proporcional a la cantidad de contenido compartido



EXPLICACIONES CLARAS

Las explicaciones aportadas tiene un lenguaje comprensible, claro y adaptado



UTILIDAD DEL CURSO

Consideras útil y realista la propuesta del proyecto .



RECOMENDACION

Grado en el que recomendarías la asistencia a este proyecto

- ASPECTOS POSITIVOS:

- ASPECTOS A MEJORAR:

CREACIÓN PROPIA



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA
DE COMILLAS