



Práticas obstétricas en los partos domiciliarios planificados asistidos en Brasil*

Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil

Práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados assistidos no Brasil

Joyce Green Koettker¹, Odaléa Maria Bruggemann², Paulo Fontoura Freitas³, Maria Luiza Gonzalez Riesco⁴, Roberta Costa⁵

Cómo citar este artículo:

Koettker JG, Bruggemann OM, Freitas PF, Riesco MLG, Costa R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03371. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017034003371>

* Extraído de la tesis: “Parto domiciliar planejado assistido por profissional qualificado nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil”, Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

¹ Equipe Hanami, O Florescer da Vida, Parto Domiciliar Planejado, Florianópolis, SC, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário, Serviço de Saúde Pública, Florianópolis, SC, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica, São Paulo, SP, Brasil.

⁵ Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To describe obstetric practices in planned home births, assisted by qualified professionals in Brazil. **Method:** This is a descriptive study, with data collected in an online bank maintained by 49 professionals from December 2014 to November 2015, in which the target population was women and newborns assisted in home births. Data were analyzed through descriptive statistics. **Results:** A total of 667 women and 665 newborns were included. Most of the women gave birth at home (84.4%), in a nonlithotomic position (99.1%); none underwent episiotomy; 32.3% had intact perineum; and 37.8% had first-degree lacerations, some underwent amniotomy (5.4%), oxytocin administration (0.4%), and Kristeller’s maneuver (0.2%); 80.8% of the women with a previous cesarean section had home birth. The rate of transfer of parturients was 15.6%, of puerperal women was 1.9%, and of neonates 1.6%. The rate of cesarean section in the parturients that started labor at home was 9.0%. **Conclusion:** The obstetric practices taken are consistent with the scientific evidence; however, unnecessary interventions are still performed. The rates of cesarean sections and maternal and neonatal transfers are low. Home can be a place of birth option for women seeking a physiological delivery.

DESCRIPTORS

Home Childbirth; Humanizing Delivery; Obstetric Nursing; Observational Study.

Autor correspondiente:

Odaléa Maria Bruggemann
Rua Deputado Antônio Edu Vieira,
1020, apto 204 B, Bairro Pantanal
CEP 88040-001 – Florianópolis, SC, Brasil
odalea.ufsc@gmail.com

Recibido: 21/08/2017
Aprobado: 03/05/2018

INTRODUCCIÓN

Brasil no dispone de datos sobre la atención al parto domiciliario planificado (PDP), ya que el Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC) engloba todos los nacimientos que ocurren fuera del ambiente hospitalario, independientemente de que hayan sido planificados para ocurrir en domicilio y de cual sea el profesional que prestó asistencia.

En los países desarrollados, la prevalencia de partos en el hogar con la presencia de profesionales calificados, de una manera planificada, varía: el 11,3% en Nueva Zelanda⁽¹⁾, 2,8% en Inglaterra⁽²⁾ y menos del 1% en Australia⁽³⁾. Sin embargo en Holanda, el 62,7% de las mujeres planifican el parto en el domicilio⁽⁴⁾.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud (MS) de Brasil, las enfermeras obstetras, parteras (matronas) y médicos son profesionales calificados para la atención al parto normal⁽⁵⁻⁶⁾.

En Brasil, no siempre la asistencia obstétrica realizada en las instituciones de salud está basada en prácticas con evidencias científicas, como muestra la encuesta Nacer en Brasil⁽⁷⁾. A diferencia del contexto hospitalario brasileño, diversos estudios internacionales señalan que la asistencia en el PDP es poco intervencionista^(1,3-4).

Las prácticas asistenciales desarrolladas en el ambiente domiciliario se describen en algunos estudios cuantitativos que analizaron pequeñas muestras (de 70 a 212 mujeres)⁽⁸⁻¹⁰⁾. Los estudios revelaron menores tasas de intervenciones, como la amniotomía y la episiotomía, cuando se compararon con las tasas hospitalarias, y hay mayor adopción de buenas prácticas, como libertad de deambulación, movimiento y alimentación, participación de acompañantes, contacto piel a piel, estímulo a la lactancia, libertad de elección del tipo de posición en el parto y elevada tasa de parto normal después de cesárea.

En la realidad brasileña, diversos profesionales están haciendo el parto en domicilio. Sin embargo, en virtud de la escasez de datos sobre esa modalidad de asistencia y de la necesidad de conocer los procedimientos realizados y las conductas seguidas en ese contexto, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las prácticas obstétricas realizadas en el domicilio, dado el creciente número de mujeres que optan por el parto domiciliario? Los indicadores provenientes de este estudio proporcionarán datos para profundizar la discusión sobre la asistencia al parto y el nacimiento en un ambiente no institucional, prestada por profesionales calificados.

Así, el objetivo de este estudio fue describir las prácticas obstétricas en los partos domiciliarios planificados, asistidos por profesional calificado, en Brasil.

MÉTODO

Investigación descriptiva, con recolección prospectiva de los datos, en la cual la población objetivo fueron las mujeres y los recién nacidos (RN) atendidos en parto domiciliario, de forma planificada, por profesionales calificados, en las Regiones Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste y Sur de Brasil, independientemente del desenlace del lugar de nacimiento (domicilio o hospital). Se identificaron y se contactaron profesionales en al menos dos estados de cada una de las

regiones. De esta forma, participaron en la investigación, profesionales que asistían a los partos en los siguientes estados: Alagoas, Bahía, Ceará, Pernambuco, Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Río de Janeiro, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul y Santa Catarina, totalizando 12 estados, más el Distrito Federal. La Región Norte fue excluida, ya que en sólo un estado fue localizado profesional calificado que atendía partos en el domicilio.

La identificación de los profesionales fue mediante contacto personal en eventos científicos del área obstétrica, red social de Internet y técnica de muestreo de red *snowball* (bola de nieve). Esta técnica facilita la selección de los participantes, sin embargo con su uso las personas indicadas son aquellas más visibles en la población, lo que genera una limitación y un posible sesgo.

Los criterios de inclusión de los profesionales fueron: poseer formación de nivel superior completo y ser registrado en el consejo profesional y habilitado legalmente para la atención al parto normal, de acuerdo con la legislación del ejercicio profesional. De esta forma, fueron invitados a participar los enfermeros obstetras, parteras y médicos.

Se han contactado 123 profesionales, sin embargo, algunos no eran elegibles o no desearon participar. Así, inicialmente, 94 profesionales (enfermeros obstetras, parteras y médicos) aceptaron participar de la investigación. Para asegurar los procedimientos éticos, se envió por correo el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE) para los profesionales y también para las mujeres que serían atendidas por ellos, junto con una carta de orientaciones, así como sobres previamente estampillados para la devolución de los términos. Se destaca que los profesionales fueron orientados a incluir en el banco de datos a todas las mujeres atendidas durante el período de recolección de datos. Acabada esa etapa, algunos desistieron, quedando 49 profesionales (37 enfermeras obstetras, siete médicos obstetras, tres parteras y dos médicos generalistas), representando 36 equipos de atención de PDP en las regiones Nordeste, Centro-oeste, Sudeste y Sur de Brasil. Cada equipo eligió al profesional responsable del llenado de la información en la base de datos.

El promedio de edad de los profesionales que asistieron a las mujeres fue de 39,1 años (DE = 8,7), la mayoría era del sexo femenino (94,2%), con promedio de tiempo de atención al PDP de 6,7 años (DE = 4,9), 58,9% no atendían parto en instituciones de salud pública o privada. El promedio de tiempo de formados de los enfermeros obstetras y médicos obstetras fue de 12,7 años (DE = 8,0) y de las parteras y médicos generalistas, de 7,1 años (DE = 8,5). La mayoría de los partos fueron atendidos por enfermero obstetra (74,8%), seguida por médico obstetra (20,2%), partera (3,8%) y médico generalista (1,2%), y los profesionales atendían el parto en equipo, de dos a tres (82,1%). La composición de estos equipos era diversa, siendo de forma general formadas por enfermeras obstetras, algunas también contaban con la participación de partera y médico obstetra y ocasionalmente otros profesionales (enfermera generalista, técnica en enfermería, médico generalista, neonatólogo y psicóloga) y doulas. Los equipos en los que la referencia para la atención al parto era el médico obstetra, generalmente contaban con la presencia de una enfermera obstetra, de un médico obstetra y eventualmente de otros profesionales (neonatólogo, técnico en

enfermería y otro médico generalista) y de la doula. Cuando el equipo estaba formado por parteras, eventualmente había la participación de enfermera obstetra, médico obstetra y doula.

Los profesionales fueron orientados en relación a los criterios de inclusión y exclusión, ya que fueron los responsables de la selección de las mujeres elegibles y sus RN. Los criterios de inclusión de las mujeres fueron: haber sido asistida en el domicilio durante el trabajo de parto, durante el parto o en ambos períodos clínicos, de forma planificada, por profesional calificado y habilitado legalmente para la atención al parto normal. Los criterios de inclusión de los RN fueron: haber nacido en el domicilio o en institución de salud, tras la transferencia de la parturienta, siendo excluidos los nacidos con malformación congénita, independientemente del lugar de nacimiento.

Así, la muestra fue compuesta de mujeres asistidas en el domicilio durante el trabajo de parto o parto, de forma planificada, y por sus RN, durante el período de recolección de datos, de diciembre de 2014 a noviembre de 2015, totalizando 667 mujeres y 665 RN (dos fueron excluidos por malformación congénita).

La recolección de datos fue viabilizada por la creación de una base de datos en línea en el sistema *Google Docs*, que fue puesta a disposición de los 49 profesionales, mediante contraseña y número de identificación personal. Al finalizar el seguimiento, el profesional registraba sus datos personales, así como los datos de la mujer y del RN. La inserción de los datos en el banco fue acompañada semanalmente por la investigadora principal, con el propósito de identificar errores de registro o digitación, ausencia de seguimiento y retiro de la participación, y también de quedar a disposición para aclarar las dudas.

Los datos transferidos a la aplicación de *Excel* versión 2008, se agruparon por profesionales y a continuación, se enviaron a cada uno de ellos para comprobar la duplicación o la falta de registro de algún procedimiento.

Las condiciones sociodemográficas y obstétricas fueron recolectadas por medio de las variables: edad; educación; región de la vivienda; número de consultas prenatales; partos anteriores; edad gestacional en la fecha del parto por ecografía. Las prácticas obstétricas relacionadas al trabajo de parto y el parto fueron medidas por medio de las variables: amniotomía; el uso de oxitocina en el trabajo de parto y en el parto; parto instrumental; transferencia de la parturienta o de la puerpera a institución de salud; posición de parto (fuera del agua: sentada/semi-sentada, en cuclillas, cuatro apoyos, arrodillada, de pie, Sims, ginecológica, McRoberts y en la hamaca; en la piscina: sentada/semi-sentada, en cuclillas, cuatro apoyos, arrodillada, de pie, Sims; en la ducha: en cualquier posición); maniobra de Kristeller; episiotomía; grado de laceración perineal (1° grado – lesión de mucosa, 2° grado – lesión de los músculos perineales sin alcanzar el esfínter anal, 3° grado – lesión del perineo envolviendo el complejo del esfínter anal, 4° grado – lesión del perineo envolviendo el complejo del esfínter anal, interno y externo, y el epitelio anal); necesidad de sutura de laceración; transferencia del RN a institución de salud.

Para el control de calidad de los datos, el 10% de las mujeres fueron contactadas por teléfono, y todas confirmaron la participación en la investigación y algunas informaciones sobre el parto y el nacimiento.

Los datos fueron analizados por medio de estadística descriptiva, con frecuencia absoluta y relativa para las variables categóricas y con media y desvío estándar (DE) para las variables continuas.

Todos los aspectos éticos que involucraron la investigación están de acuerdo con la Resolución 466, de 12 de diciembre de 2012. El protocolo de investigación obtuvo aprobación en noviembre de 2014, bajo el dictamen no. 865.451 y CAAE no. 33727314.2.0000.0121.

RESULTADOS

Los resultados sobre las características de las mujeres asistidas en el domicilio, así como de las prácticas obstétricas en el trabajo de parto y el parto, fueron extraídas de las informaciones proporcionadas por los 49 profesionales que participaron del estudio, o sea, son datos recogidos desde la perspectiva y de los registros realizados por ellos.

Del total de 667 mujeres analizadas, la mayoría poseía elevada escolaridad, residía en las Regiones Sudeste y Sur del país, realizó más de seis consultas de prenatal y era primípara, con gestación a término. El promedio de edad alcanzó 30 años (Tabla 1).

Tabla 1 – Características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres asistidas en domicilio – Regiones Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste y Sur, Brasil, 2015.

VARIABLES	n	%
Edad (media, en años)	30,9 (DE = 4,5)	
Escolaridad (n = 660)		
Enseñanza Fundamental	8	1,2
Enseñanza Media	103	15,6
Enseñanza Superior	433	65,6
Postgrado	116	17,6
Región de habitación		
Sudeste	271	40,7
Sur	169	25,3
Nordeste	122	18,3
Centro-Oeste	105	15,7
Consultas de pre-natal		
≤ 6	73	10,9
> 6	594	89,1
Partos anteriores		
Ninguno	372	55,8
≥ 1 parto vaginal*	191	28,6
≥ 1 cesárea	79	11,9
≥ 1 partos vaginal† y cesárea	25	3,7
Edad gestacional (media, en semanas) (n = 653)		
< 37‡	4	0,6
37 – 39	297	45,5
40 – 41	324	49,6
≥ 42	28	4,3

*Ocho partos con fórceps y uno con vacuum. †Tres partos con fórceps.

‡Todas con edad gestacional de 36 semanas y 6 días.

Nota: (n = 667).

De las mujeres que iniciaron el trabajo de parto en casa (N = 667), 563 (84,4%) tuvieron su parto en domicilio, de las cuales ocho (1,4%) dieron a luz antes de la llegada del profesional. Algunas fueron sometidas a amniotomía (5,4%) y a parto vaginal con uso de vacuum extractor (0,5%), solamente 3 recibieron oxitocina en el trabajo de parto o en el parto y una sufrió la maniobra de Kristeller, por desaceleración de los latidos cardíofetales en el período expulsivo. Cerca de un sexto de las parturientas necesitó de transferencia a institución de salud, y la tasa de transferencias de puérperas y de RN quedó por debajo del 2% (Tabla 2).

La mayoría de las mujeres transferidas fueron encaminadas para cesárea (57,7%), siendo que 42,3% tuvieron parto vaginal (6,8% con fórceps o vacuum, 34% con analgesia y 15,9% con analgesia y fórceps o vacuum (datos no mostrados en la tabla).

En relación al trauma perineal, ninguna mujer fue sometida a episiotomía, el 37,8% tuvo laceración de primer grado; 28,5%, de 2º grado; 0,7%, de 3º grado; y una tuvo laceración de 4º grado (0,2%). Sólo el 57,8% de las laceraciones fueron suturadas (datos no presentados en la Tabla).

Tabla 2 – Prácticas obstétricas en el trabajo de parto y el parto de las mujeres asistidas en el domicilio – Regiones Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste y Sur, Brasil, 2015.

Prácticas obstétricas	n	%
Amniotomía	36	5,4
Integridad de bolsa amniótica hasta el período expulsivo	117	17,5
Oxitocina en trabajo de parto	1	0,1
Oxitocina en el parto (n = 563)	2	0,3
Parto vaginal con uso de vacuum* (n = 563)	3	0,5
Maniobra de Kristeller (n = 563)	1	0,2
Perineo íntegro (n = 555)	182	32,8
Transferencia de parturienta	104	15,6
Transferencia de puérpera (n = 563)	11	1,9
Transferencia de RN (n = 561)	9	1,6

*Atendido por médico obstetra.

Nota: (n = 667).

Las posiciones de parto adoptadas por las mujeres se presentan en la Tabla 3. La casi totalidad de las mujeres parió en posiciones verticalizadas, siendo que poco menos de la mitad optó por el parto en el agua.

Tabla 3 – Posiciones de parto adoptadas por las mujeres que parieron en el agua y fuera del agua en el domicilio – Regiones Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste y Sur, Brasil, 2015.

Posición de parto*	n	%
Fuera del agua	292	52,6
Cuclillas en banquito	130	23,42
Cuatro apoyos/genuepectoral	49	8,8
Cuclillas apoyada	33	6,0
Sentada/semisentada	24	4,3
En pie	20	3,6
Arrodillada	17	3,1
Sims	14	2,5
Ginecológica	3	0,5
McRoberts	1	0,2
En hamaca	1	0,2

continua...

...continuación

Posición de parto*	n	%
En el agua (piscina)	233	42,0
Sentada/semisentada	119	21,4
Cuatro apoyos/genuepectoral	52	9,4
Cuclillas	51	9,2
Sims	6	1,1
Arrodillada	3	0,5
En pie	1	0,2
Cuclillas en banquito	1	0,2
En la ducha en cualquier posición	30	5,4

*Ocho posiciones de parto no referidas.

Nota: (n = 563).

Cabe destacar que, de las 79 mujeres con cesárea previa que iniciaron el seguimiento en el domicilio, el 75,9% tuvo parto normal en el domicilio. De las mujeres que tenían cesárea previa, pero también parto vaginal anterior, la casi totalidad tuvo PDP (96,0%) (Tabla 4). Entre las que parieron en el hospital, el 28,6% tuvo parto fórceps y el 85,7% recibieron analgesia (datos no presentados en la Tabla).

Tabla 4 – Acompañamiento domiciliario de mujeres con cesárea previa según el local y tipo de parto actual – Regiones Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste y Sur, Brasil, 2015.

Parto anterior	Parto actual en domicilio	Parto actual en hospital	
		Normal	Cesárea
	n (%)	n (%)	n (%)
Cesárea (n = 79)	60 (75,9)	7 (8,9)	12 (15,2)
Cesárea y parto vaginal (n = 25)	24 (96,0)	-	1 (4,0)

Nota: (n = 104).

DISCUSIÓN

Los resultados apuntan que, en el contexto domiciliario, la práctica obstétrica es congruente con las evidencias científicas. Sin embargo, algunos profesionales todavía realizaron intervenciones no recomendadas. Cabe destacar que la población del estudio posee un perfil específico, diferente de la asistida por el Sistema Único de Salud y, en general, los profesionales que atienden en el domicilio buscaron implementar las buenas prácticas durante el trabajo de parto, parto y nacimiento. El ambiente favoreció la libertad de elección de la posición de parto y la oportunidad de realizar parto normal, incluso después de cesárea previa, y estos resultados difieren de la asistencia hospitalaria brasileña.

Ante la escasa publicación de datos nacionales sobre la asistencia prestada en el domicilio, los hallazgos de este estudio también son discutidos con aquellos de atendimientos realizados en los centros de parto normal (CPN) brasileños y con estudios desarrollados en países donde, en su mayoría, el parto domiciliario forma parte del sistema de salud, realidad diferente de la brasileña.

Las mujeres que optaron por el PDP tienen escolaridad elevada, resultado similar a otras encuestas brasileñas⁽⁸⁻¹²⁾. Sin embargo, son más jóvenes en comparación con los de los estudios internacionales^(1-3,13-14). La alta escolaridad de las mujeres muestra que se trata de un público con características singulares, que tiene acceso a la información, cuestiona el modelo hegemónico actual y busca un lugar para el parto que atienda a sus

expectativas, de la misma forma que las mujeres atendidas en CPN, ya que la asistencia es menos intervencionista que en el hospital⁽⁷⁾. Sin embargo, la clientela de los CPN, en su mayoría, posee baja escolaridad⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Las mujeres asistidas en el domicilio presentan alta adhesión al prenatal, lo que también fue constatado en un estudio realizado en CPN⁽¹⁵⁾ y en el domicilio⁽¹⁰⁾.

El hecho de que las mujeres sean más jóvenes puede ser explicado por la población estudiada, compuesta mayoritariamente por primíparas, siendo similar a otras investigaciones realizadas en Brasil⁽⁸⁻¹²⁾. Se destaca que este es prácticamente el único dato que difiere de la mayoría de los estudios internacionales, ya que las múltiparas son las que más optan por el PDP^(1-4,13-14,18). La elección por el PDP por las mujeres brasileñas ya en la primera gestación, puede ser derivada del deseo de libertad y autonomía para participar de su proceso de parto y nacimiento del hijo y de la búsqueda de una asistencia menos intervencionista, en un ambiente acogedor, además de evitar someterse a una cesárea innecesaria^(12,19-20). Se destaca que las mujeres con cesárea previa también optaron por el PDP, como ya señalado en otros estudios realizados en Brasil⁽⁸⁻⁹⁾, lo que puede demostrar el descontento con la realización de aquel procedimiento. Este hallazgo es similar al señalado en otros países^(13,21), y estos porcentajes pueden ser derivados de protocolos que desaconsejen que esas mujeres sean atendidas en el domicilio^(1,4,14).

Con respecto a las prácticas adoptadas durante el trabajo de parto, la mayoría de las mujeres tuvieron rotura espontánea de las membranas o permanecieron con bolsa íntegra hasta el período expulsivo, a diferencia de los altos porcentajes de amniotomía realizada en los hospitales (40,7%)⁽⁷⁾ y en algunos CPN (variando de 53,3% a 71,3%)⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ para acelerar la evolución del trabajo de parto⁽⁷⁾.

La utilización de oxitocina antes del nacimiento debe ocurrir solamente en un ambiente hospitalario, teniendo en cuenta que no se pueden controlar los efectos de esta droga, la cual incluso puede acarrear necesidad de cesárea de emergencia⁽²²⁾. Sin embargo, algunas mujeres asistidas en el domicilio fueron sometidas al uso de oxitocina en el trabajo de parto y el parto. A pesar de ser inadecuado, su uso todavía entra en contraste con la elevada tasa de oxitocina en mujeres de riesgo obstétrico habitual en hospitales (38,2%)⁽⁷⁾ y CPN (variando de 23,6% a 31%)⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. A pesar de estar contraindicada incluso por las recomendaciones de la OMS⁽²²⁾ desde 1996, la maniobra de Kristeller se realizó en una mujer asistida en el domicilio. En Brasil, esta maniobra se realiza en más de un tercio de las mujeres asistidas en los hospitales (37,3%)⁽⁷⁾. La mayoría de los estudios realizados en CPN no traen datos sobre esta maniobra, por lo que no es posible estar seguros sobre si esta práctica ha sido abolida o si aún se continua realizando⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

En este estudio, ninguna mujer atendida en el domicilio fue sometida a la episiotomía, hallazgo totalmente discrepante de la tasa de realización de esa intervención en las mujeres brasileñas que son asistidas en el hospital (56,1%), la cual es aún mayor entre las primíparas (74,7%)⁽⁷⁾. En los CPN, esta tasa varía de 7,2% a 25,7% de las mujeres⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Las pocas mujeres sometidas al uso de vacuum extractor fueron asistidas por médicos obstetras. Cabe destacar que, en Brasil, ese procedimiento sólo puede ser realizado por estos profesionales, que tienen amparo legal.

Las mujeres que paren en el domicilio y en CPN escogen posiciones verticalizadas, pudiendo asumir una gama de modalidades, como señalado en otros estudios brasileños^(8,15), además de la posibilidad del parto vertical en el agua⁽⁹⁻¹⁰⁾. Esta libertad de posición difiere mucho de la realidad brasileña hospitalaria, en la que prácticamente todas las mujeres de riesgo obstétrico habitual paren en posición de litotomía⁽⁷⁾. La elección de las mujeres en parir en el domicilio y en CPN puede ser motivada por más autonomía.

Muchas mujeres del presente estudio tuvieron la oportunidad de parir en el agua, resultado similar a otros estudios realizados en Brasil⁽⁹⁻¹⁰⁾ y mayor que en el estudio conducido en Australia (52%)⁽¹⁸⁾ y en Islandia (39,1%)⁽²³⁾. En Brasil, la prevalencia de los partos vaginales en el agua es poco conocida, sólo un estudio apunta la prevalencia del 13,7%, en maternidad del sector suplementario⁽²⁴⁾.

La preservación de la integridad perineal, la tasa de laceración de 2 grados y la de sutura de laceraciones fueron similares a las de los estudios nacionales⁽⁸⁻¹⁰⁾. Además, gran parte de las laceraciones no fueron suturadas, siguiendo una tendencia a la adopción de la cicatrización natural, que parece contribuir a la reducción del dolor⁽²⁵⁾. Sin embargo, son necesarias más evidencias para apoyar esta práctica⁽²⁶⁾. La tasa de laceraciones de 3º y 4º grado fue equivalente a la de otros estudios nacionales⁽⁸⁻¹⁰⁾ y por debajo de la tasa de otros países^(3,10,27).

La tasa de transferencia se asemejó a la de dos estudios brasileños⁽⁸⁻⁹⁾ y fue más alta que una más reciente⁽¹⁰⁾, sin embargo, se mantiene dentro de la variación apuntada en los estudios internacionales^(2-3,13,28). En los países donde existe un sistema de referencia, esta tasa es más elevada⁽²⁹⁾, a diferencia de Brasil, que no dispone de un flujo formalizado de referencia. Las tasas de transferencia de puérperas y de RN también fueron reducidas, así como ocurre en otros estudios brasileños⁽⁸⁻⁹⁾ e internacionales^(13,18). En la asistencia domiciliar se respeta la fisiología del proceso y se utilizan pocas intervenciones, manejos que pueden haber contribuido a la baja tasa de transferencia neonatal en este estudio.

Otro hallazgo que merece destaque es la tasa de cesárea del total de las mujeres que inició el trabajo de parto en el domicilio (9%), muy por debajo de la realidad brasileña⁽⁶⁻⁷⁾, lo que muestra que la posibilidad de tener un parto normal en este ambiente es mayor. En otros países, la tasa de cesárea en las mujeres que optan por el ambiente domiciliar es aún menor que la del estudio actual^(1-3,13,18).

Además, el 80,8% de las mujeres con cesárea previa parió en el domicilio, porcentaje mayor que de otro estudio brasileño⁽⁹⁾, pero semejante a tasas internacionales^(13,21). Sin embargo, muy diferente de la tasa hospitalaria brasileña, del 14,8% de parto normal en mujeres con cesárea previa⁽³⁰⁾. En Brasil, no existe un protocolo para la atención en el domicilio, así, los equipos deciden incluir o no mujeres con cesárea previa en su protocolo de atención y cuál es el intervalo inter-partos.

La mayor limitación del presente estudio es el hecho de no haber sido posible calcular una muestra que posibilite la generalización de los resultados, ya que en Brasil el SINASC no distingue si los partos que ocurren en el ambiente domiciliario fueron o no planificados. De este modo, el estudio no tiene poder muestral para discurrir sobre los resultados maternos y neonatales del PDP, sino que solamente permite describir cómo ocurren las prácticas obstétricas en ese lugar de parto.

Además, puede haber un sesgo de recolección de datos, pues la participación de los profesionales fue realizada de forma voluntaria, con el uso de la técnica de bola de nieve, generando la inclusión de profesionales de una misma red social.

Por último, tampoco se puede tener absoluta certeza de que todas las atenciones realizadas por los profesionales registrados en el período estudiado fueron incluidos en el banco de datos, y si todas las intervenciones fueron registradas, ocasionando un sesgo de información. Sin embargo, cabe destacar que este es el primer estudio descriptivo con recolección prospectiva de los datos de atención al parto realizados en el domicilio de forma planificada, en las Regiones Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste y Sur de Brasil.

CONCLUSIÓN

En el domicilio, las mujeres experimentaron altas tasas de parto normal, con libertad de elección de posición de parto, incluyendo la posibilidad del parto en el agua, sufrieron pocas intervenciones durante el trabajo de parto y el parto, y hubo reducida tasa de transferencia antes y después del parto. A pesar de ello, la realización de algunas intervenciones,

como la maniobra de Kristeller y la utilización de oxitocina, contraría a las evidencias científicas y puede poner en riesgo la salud materna y neonatal. Se destaca la baja tasa de cesárea en la muestra estudiada, así como el elevado número de mujeres con cesárea previa que tuvo parto normal.

Esta investigación revela que los profesionales calificados, de diferentes formaciones, que asisten en el domicilio, actúan de forma autónoma, principalmente en equipos, desarrollando buenas prácticas en la asistencia al parto, y que pueden actuar como multiplicadores de esa experiencia en la asistencia y en la enseñanza. Sin embargo, es imprescindible que se realicen otras investigaciones para evaluar la seguridad materna y neonatal en el PDP.

Por último, se puede afirmar que las mujeres asistidas en ese lugar por profesionales calificados, según preconiza la OMS, están recibiendo una asistencia que es congruente con las evidencias científicas y con los principales hallazgos de los estudios de base poblacional publicados internacionalmente, producidos en países donde la práctica domiciliaria está ampliamente respaldada por las políticas públicas.

RESUMEN

Objetivo: Describir las prácticas obstétricas en los partos domiciliarios planificados, asistidos por profesional calificado, en Brasil. **Método:** Estudio descriptivo, con datos recogidos en banco en línea, alimentado por 49 profesionales de septiembre de 2014 a noviembre de 2015, en el que la población blanco fue de mujeres y recién nacidos atendidos en parto domiciliario. Los datos fueron analizados por estadística descriptiva. **Resultados:** Fueron incluidas 667 mujeres y 665 neonatos. La mayoría de las mujeres parió en casa (84,4%), en posición no litotómica (99,1%), ninguna se sometió a la episiotomía, el 32,3% mantuvieron el periné íntegro y el 37,8% tuvieron laceración de 1^{er} grado, algunas fueron sometidas a la amniotomía (5,4%), ocitocina (0,4%) y maniobra de Kristeller (0,2%), el 80,8% de las mujeres con cesárea previa tuvieron parto domiciliario. El índice de transferencia de parturientes fue del 15,6%, de púerperas fue del 1,9% y de neonatos fue del 1,6%. El índice de cesárea en las parturientes que iniciaron el acompañamiento domiciliario fue del 9,0%. **Conclusión:** Las prácticas obstétricas adoptadas están en consonancia con las evidencias científicas, no obstante todavía se llevan a cabo intervenciones innecesarias. Los índices de cesárea y de transferencia materna y neonatal son bajos. El domicilio puede ser una opción de sitio de parto para mujeres que buscan un parto fisiológico.

DESCRIPTORES

Parto Domiciliario; Parto Humanizado; Enfermería Obstétrica; Estudio Observacional.

RESUMO

Objetivo: Descrever as práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados, assistidos por profissional qualificado, no Brasil. **Método:** Estudo descritivo, com dados coletados em banco *on-line*, alimentado por 49 profissionais de dezembro de 2014 a novembro de 2015, no qual a população-alvo foi as mulheres e os recém-nascidos atendidos no parto domiciliar. Os dados foram analisados por estatística descritiva. **Resultados:** Foram incluídas 667 mulheres e 665 neonatos. A maioria das mulheres pariu em casa (84,4%), em posição não litotômica (99,1%), nenhuma foi submetida à episiotomia, 32,3% tiveram períneo íntegro e 37,8% tiveram laceração de 1^o grau, algumas foram submetidas à amniotomia (5,4%), ocitocina (0,4%) e manobra de Kristeller (0,2%), 80,8% das mulheres com cesárea prévia tiveram parto domiciliar. A taxa de transferência de parturientes foi de 15,6%, de púerperas foi de 1,9%, e de neonatos foi de 1,6%. A taxa de cesárea nas parturientes que iniciaram o acompanhamento domiciliar foi de 9,0%. **Conclusão:** As práticas obstétricas adotadas estão em consonância com as evidências científicas, no entanto, ainda são realizadas intervenções desnecessárias. As taxas de cesárea e de transferência materna e neonatal são baixas. O domicílio pode ser uma opção de local de parto para mulheres que buscam um parto fisiológico.

DESCRITORES

Parto Domiciliar; Parto Humanizado; Enfermagem Obstétrica; Estudo Observacional.

REFERENCIAS

1. Davis D, Baddock S, Tchng D, Pairman S, Hunter M, Benn C, et al. Planned place of birth in New Zealand: does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women? *Birth*. 2011;38(2):111-9. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2010.00458.x.
2. 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. DOI: 10.1136/bmj.d7400.
3. Homer CS, Thornton C, Scarf VL, Ellwood DA, Oats JN, Foureur MJ, et al. Birthplace in New South Wales, Australia: an analysis of perinatal outcomes using routinely collected data. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14:206. DOI: 10.1186/1471-2393-14-206.
4. De Jonge, Geerts CC, Van Der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743,070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG*. 2014;122(5):720-8. DOI: 10.1111/1471-0528.13084

5. World Health Organization. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: WHO; 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretriz Nacional de assistência ao parto normal [Internet]. Brasília; MS; 2017 [citado 2017 ago. 12]. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/08/Diretrizes-Parto-Normal-resumida-FINAL.pdf>
7. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:S17-47. DOI: 10.1590/0102-311X00151513.
8. Colacioppo PM, Koiffman MD, Riesco MLG, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. Referência [Internet]. 2010 [citado 2013 set. 21];serIII(2):81-90. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIII2/serIII2a09.pdf>
9. Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM, Knobel R, Monticelli M. Outcomes of planned home birth assisted by nurses, from 2005 to 2009, in Florianópolis, Southern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):747-50. DOI: 10.1590/S0034-89102012005000051
10. Koettker JG, Brüggemann OM, Knobel R. Maternal results from planned home births assisted by nurses from the Hanami team in the South of Brazil, 2002-2012. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(1):e3110015. DOI: 10.1590/0104-07072017003110015.
11. Feyer ISS, Monticelli M, Knobel R. Profile of couples who opt for home birth assisted by obstetric nurses. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2013;17(2):298-305. DOI: 10.1590/S1414-81452013000200014
12. Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP. Information for the option of planned home birth: women's right to choose. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(3):665-72. DOI: 10.1590/0104-07072014000930013
13. Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, Vedam S. Outcomes of care for 16,924 planned home births in United States: the Midwives Alliance of North America statistic project, 2004 to 2009. *J Midwifery Womens Health*. 2014;59(1):17-27. DOI: 10.1111/jmwh.12172
14. Hiraizumi Y, Suzuki S. Perinatal outcomes of low-risk planned home and hospital births under midwife-led care in Japan. *J Obst Gynaecol*. 2013;39(11):1500-4. DOI: 10.1111/jog.12094
15. Silva FMB, Paixão TCR, Oliveira SMJV, Leite JS, Riesco MLG, Osava RH. Care in a birth center according to the recommendations of the World Health Organization. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(5):1031-8. DOI: 10.1590/S0080-623420130000500004
16. Vogt SE, Diniz SG, Tavares CM, Santos NCP, Schneck CA, Zorzam B, et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(9):1787-800. DOI: 10.1590/S0102-311X2011000900012
17. Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJV. Maternal and neonatal outcomes at an alongside birth center and at a hospital. *Rev Saúde Pública [Internet]*. 2012 [cited 2017 Aug 15];46(1):77-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=en
18. Catling-Paul C, Coddington RL, Foureur MJ, Homer CS. Publicly funded homebirth in Austrália: a review of maternal and neonatal outcomes over 6 years. *Med J Aust*. 2013;198(11):616-20.
19. Frank TC, Pelloso SM. The perception of professionals regarding planned home birth. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):22-9. DOI: 10.1590/S1983-14472013000100003
20. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Home childbirth: progress or retrocession? *Rev Gaúcha Enferm*. 2014;35(1):157-60. DOI: 10.1590/1983-1447.2014.01.41356
21. Rowe R, Li Y, Knight M, Brocklehurst P, Hollowell J. Maternal and perinatal outcomes in women planning vaginal birth after caesarean (VBAC) at home in England: secondary analysis of the birthplace national prospective cohort study. *BJOG*. 2016;123(7):1123-32. DOI: 10.1111/1471-0528.13546
22. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.
23. Halfdansson B, Smarason AK, Olafsdottir OA, Hildingsson I, Sveinsdottir H. Outcome of planned home and hospital births among low-risk women in Iceland in 2005-2009: a retrospective cohort study. *Birth*. 2015;42(1):16-26. DOI: 10.1111/birt.12150
24. Scheidt TR, Brüggemann OM. Water birth in a maternity hospital of the supplementary health sector in Santa Catarina, Brazil: a cross-sectional study. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(2):1-9. DOI: 10.1590/0104-07072016002180015.
25. Seijmonsbergen-Schermer AE, Sahami S, Lucas C, Jonge AD. Nonsuturing or skin adhesives versus suturing of the perineal skin after childbirth: a systematic review. *Birth*. 2015;42(2):100-15. DOI: 10.1111/birth.12166
26. Elharmeel SAM, Chaudhary Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A, Van Driel ML. Surgical repair versus non-surgical management of spontaneous perineal tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(8):CD008534.
27. de Jonge A, Peters L, Geerts CC, van Roosmalen JJM, Twisk JWR, Brocklehurst P, et al. Mode of birth and medical interventions among women at low risk of complications: a cross-national comparison of birth settings in England and the Netherlands. *PLoS One*. 2017;12(7):e0180846. DOI: doi.org/10.1371/journal.pone.0180846(7)
28. Blix E, Kumle MH, Ingversen K, Huitfeldt AS, Hegaard HK, Ólafsdóttir ÓÁ, et al. Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries: a prospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016;95(4):420-8. DOI: 10.1111/aogs.12858
29. Blix E, Kumle M, Kjaergaard H, Oian P, Lindgren HE. Transfer to hospital in planned home births: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:179. DOI: 10.1186/1471-2393-14-179
30. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:S101-16. DOI: 10.1590/0102-311X00105113.



Este es un artículo de acceso abierto, distribuído bajo los términos de la Licencia Creative Commons.