

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**SEGURIDAD PERINATAL Y MATERNA EN EL PARTO DOMICILIAR EN
COMPARACIÓN CON EL PARTO HOSPITALARIO DE LAS MUJERES QUE
CURSAN UN EMBARAZO SIN COMPLICACIONES.**

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería para optar por el grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal

RICARDO QUESADA CASTRO

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2019

DEDICATORIA

Dedico este logro y esfuerzo a mi padres y hermanos, que con tanto esmero me han dado lo mejor y siempre a pesar de la distancia han estado pendiente de todo el proceso.

A mis amigos y amigas, esa familia que llega a la vida a de uno, para hacerte mejor persona, que siempre me han acompañado y apoyado en todo momento.

Ricardo Quesada Castro

AGRADECIMIENTOS

A todas esas mujeres y familias que hicieron posible este proceso de aprendizaje, al personal de los diferentes hospitales y áreas de salud que me acogieron como parte de ellos.

A los docentes de la Universidad de Costa Rica que con dedicación me transmitieron su conocimiento y confiaron en mí.

A mis compañeras y compañeros de trabajo que tantas veces han depositado la confianza en mi conocimiento y me alentaron a seguir adelante.

Ricardo Quesada Castro

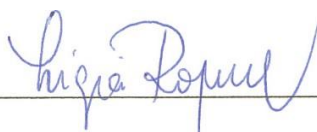
"Este trabajo final de investigación fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado académico y título de Maestría Profesional en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal."



Msc. Yamileth Gutiérrez Obregón
Representante del Decano del Sistema de Estudios de Posgrado

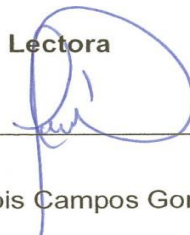


Msc. Laura López Quirós
Profesora Guía



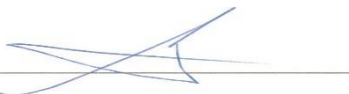
Dra. Ligia Patricia Rojas Valenciano

Lectora



Msc. Ana Ibis Campos González

Lectora



Dra. Sunny González Serrano
Directora Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería



Ricardo Quesada Castro
Sustentante

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
INDICE GENERAL	v
RESUMEN	vii
ABSTRAC	viii
INDICE DE TABLAS.....	ix
INDICE DE FIGURAS	x
INTRODUCCION	1
1.1 ANTECEDENTES	3
1.2 JUSTIFICACIÓN	9
1.2.1 PREGUNTA CLINICA.....	14
1.3 OBJETIVOS	15
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	15
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
MARCO TEORICO.....	16
2.1 TRABAJO DE PARTO	16
2.2 MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO	17
La fuerza.....	17
El pasajero, feto o cuerpo móvil.....	18
El canal o paso	20
2.3 FASES DEL TRABAJO DE PARTO.....	22
Fase 1 del parto.....	22
Fase 2 del parto.....	23
Fase 3 del parto.....	24
Fase 4 del parto.....	25
2.4 PARTO DOMICILIAR Y PARTO HOSPITALARIO	26
2.5 RIESGO OBSTETRICO	30
2.6 SEGURIDAD PERINATAL Y MATERNA	32

2.7 ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIA GOP	41
MARCO METODOLÓGICO	43
3.1 GENERALIDADES DE LA PRACTICA CLINICA BASADA EN LA EVIDENCIA.....	43
3.2 PASOS DE LA PRACTICA CLINICA BASADA EN LA EVIDENCIA	45
INQUIETUD INVESTIGATIVA (SPIRIT OF INQUIRY)	45
PASO 1. FORMULACION DE LA PREGUNTA CLINICA	46
PASO 2. BÚSQUEDA DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA	49
PASO 3. ANÁLISIS CRITICO DE LA EVIDENCIA.....	54
PASO 4. IMPLEMENTACION DE LA EVIDENCIA	57
PASO 5. EVALUACION DE LA IMPLEMENTACION	58
3.3 CONSIDERACION ETICAS	58
ANÁLISIS DE RESULTADOS	60
4.1 Presentación de Resultados	60
4.2 Análisis de resultados	80
RECOMENDACIONES	88
BIBLIOGRAFÍA	89
Anexos	96
Anexo 1	96
Anexo 2.....	101

RESUMEN

A nivel mundial existen normas y protocolos para la atención del parto, así como para el cuidado y seguimiento del proceso de embarazo, las mismas se adecuan a los diferentes sistemas de salud y a las necesidades especiales de las usuarias. De igual forma existen diferentes alternativas para el momento de la finalización del embarazo, hay variedad de opciones que van desde la atención del parto en hospitales, centros de parto, maternidades y a nivel domiciliar.

La Práctica Clínica Basada en la Evidencia permite que, ante la gran variedad de prácticas en la atención, se pueda extraer la mejor evidencia científica disponible y así poder fundamentar las decisiones y acciones que se realizan día con día en la atención de las usuarias, caso en particular resguardando la seguridad materna y perinatal.

El objetivo de la presente investigación es analizar la mejor evidencia científica disponible respecto de la seguridad perinatal y materna en el parto domiciliar comparado con el hospitalario en mujeres que cursan un embarazo sin complicaciones, entre los meses de marzo y octubre de 2018.

La secuencia de etapas para la recolección de información se inició con la aplicación del mapa de búsqueda en bases de datos como MEDLINE, PUBMED y COCHRANE LIBRARY, donde se aplicaron diferentes filtros y criterios de inclusión como lo son artículos publicados entre el 2012 y 2017, población delimitada a mujeres gestantes que cursen un embarazo sin complicaciones y estudios de tipo Ensayos clínicos aleatorizados, Revisiones sistemáticas o Metaanálisis. En las bases de datos se encontraron un total de 6.801 los cuales fueron revisados y en sometidos a la plataforma FLC versión 2.0, del total únicamente dos artículos con un alto nivel de evidencia permitían dan respuesta a la pregunta clínica, evidenciando que el parto domiciliar provee seguridad perinatal y materna, al igual que el parto hospitalario.

ABSTRAC

Worldwide there are rules and protocols for the care of childbirth, as well as for the care and monitoring of the pregnancy process, they are adapted to the different health systems and to the special needs of the users. Similarly, there are different alternatives for the time of end of pregnancy, there are a variety of options ranging from childbirth care in hospitals, childbirth centers, maternity homes and at home level.

The Evidence-Based Clinical Practice allows that, given the wide variety of practices in care, the best available scientific evidence can be extracted and thus be able to base the decisions and actions that are carried out day by day in the care of the users, case in particular protecting maternal and perinatal safety.

The objective of this research is to analyze the best available scientific evidence regarding perinatal and maternal safety in home delivery compared to hospital birth in women who are pregnant without complications, between the months of March and October 2018.

The sequence of stages for the collection of information began with the application of the search map in databases such as MEDLINE, PUBMED and COCHRANE LIBRARY, where different filters and inclusion criteria were applied, such as articles published between 2012 and 2017, population delimited to pregnant women who have an uncomplicated pregnancy and type studies Randomized clinical trials, Systematic reviews or Meta-analysis. In the databases, a total of 6,801 were found, which were reviewed and submitted to the FLC version 2.0 platform, of the total only two articles with a high level of evidence allowed answering the clinical question, evidencing that home birth provides perinatal and maternal safety, as well as hospital delivery.

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.

INEC. Distribución del total de nacimientos por tipo de asistencia recibida por la madre, 2015.....11

Tabla 2.

Maestría Enfermería GOP: Determinación de descriptores específicos y sinónimo, 2018.....50

Tabla 3.

Maestría Enfermería GOP: Distribución de las relaciones existentes entre descriptores según conceptos planteados, 2018.....51

Tabla 4.

Maestría Enfermería GOP: Traducción de los descriptores en idioma inglés y portugués, 2018.....52

Tabla 5.

Maestría Enfermería GOP: Matriz de inclusión de artículos, 2018.....69

INDICE DE FIGURAS

Figura 1.

Maestría Enfermería GOP: Mapa de búsqueda de relaciones entre descriptores y secuencia de búsqueda, 2018.....54

Figura 2.

Maestría Enfermería GOP: Mapa de búsqueda de relaciones entre descriptores y secuencia de búsqueda, y resultados obtenidos por base de datos 2018.....61

Figura 3.

Maestría Enfermería GOP: Diagrama de Prisma con resultados recopilados y excluidos, 2018.....63



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Ricardo Quesada Castro, con cédula de identidad 113940682, en mi condición de autor del TFG titulado Seguridad Perinatal y Maternal en el parto domiciliar en comparación con el parto hospitalario en mujeres que cursan un embarazo sin complicaciones.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Ricardo Quesada Castro

Número de Carné: B38588 Número de cédula: 113940682

Correo Electrónico: rqc_10@hotmail.com

Fecha: 4 / Noviembre / 2019 Número de teléfono: 71044105

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Laura López Quiros

Ricardo Quesada Castro

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

INTRODUCCION

A nivel mundial existen normas y protocolos para la atención del parto, así como para el cuidado y seguimiento del proceso de embarazo, las mismas se adecuan a los diferentes sistemas de salud y a las necesidades especiales de las usuarias, las cuales pueden variar de entre países, inclusive de región a región, en cuanto al lugar de nacimiento. De igual forma existen diferentes alternativas para el momento de la finalización del embarazo, hay variedad de opciones que van desde la atención del parto en hospitales, centros de parto, maternidades y a nivel domiciliar.

La Práctica Clínica Basada en la Evidencia permite que ante la gran variedad de prácticas en la atención, se pueda extraer la mejor evidencia científica disponible y así poder fundamentar las decisiones y acciones que se realizan día con día en la atención de las usuarias, caso en particular resguardando la seguridad materna y perinatal.

Al momento de llevar a cabo las acciones y el cuidado enfermero en el área Ginecoobstétrica y Perinatal, hay gran cantidad de acciones que se han ido adoptando sin ningún fundamento científico, por lo cual es un reto para el profesional de Enfermería salir de ese paradigma e iniciar la toma de conciencia sobre la importancia de llevar a cabo acciones que estén fundamentadas. Probablemente, uno de los mayores retos sea no solo la búsqueda de las evidencias científicas sino su divulgación entre los demás profesionales y aplicación del conocimiento.

Es por esto que, es necesario iniciar con la investigación y recopilación de la evidencia científica disponible, para su posterior análisis y sistematización, ya que esto permite que los demás colaboradores en salud tengan más fácil acceso a la información y se incentiven en la misma búsqueda.

La presente investigación pretende hacer llegar a las y los profesionales el conocimiento sobre el tema objeto de estudio aplicando la metodología de Práctica Clínica Basada en la Evidencia. El objetivo principal fue analizar la mejor evidencia científica disponible respecto de la seguridad perinatal y materna en el parto domiciliario comparado con el parto hospitalario en mujeres que cursan un embarazo sin complicaciones, entre los meses de marzo y octubre 2018.

El comité asesor estuvo conformado por:

Máster Laura López Quirós, Tutora.

Dra. Ligia Patricia Rojas Valenciano, Lectora.

Máster Ana Ibis Campos, Lectora.

1.1 ANTECEDENTES

El tema de los resultados maternos y fetales, en los partos domiciliarios y hospitalarios, ha sido relevante para los investigadores a nivel mundial. En la literatura se encuentran diferentes análisis y abordajes, así como variados diseños de investigación, con enfoques y resultados comparativos en relación con las posibles repercusiones tanto maternas como fetales, y el porqué del lugar de elección para el nacimiento.

Seguidamente se presentan algunos antecedentes internacionales más recientes, donde se destacan los puntos importantes de las investigaciones, las cuales sirvieron para el desarrollo del estudio realizado, permitiendo generar un panorama de la situación actual. Se destaca la no existencia de estudios a nivel nacional.

Respecto a la planificación de los partos en el hogar, Janssen, Saxell, Page, Klein, Liston y Lee en el 2009¹, realizaron una investigación retrospectiva donde compararon los resultados de partos planificados en casa atendidos por parteras, con los atendidos en un hospital por partera o médico en Britis Columbia, Canadá. Los resultados principales de la investigación indican que la tasa de muerte perinatal por cada 1000 nacimientos fue de 0,35 en el grupo de partos domiciliarios, y de 0,57 en el grupo de partos hospitalarios atendidos por parteras y 0,64 en el atendido por médicos. Además; refieren que en el grupo de partos domiciliarios se presentaron menos intervenciones obstétricas, así como menos reanimaciones neonatales y menor uso de oxígeno complementario en los recién nacidos. Como conclusión

señalaron que los partos en casa planificados y realizados por una partera registrada se asocian con una baja y comparable tasa de muerte perinatal y reducen las tasas de intervenciones obstétricas, en comparación con los partos de hospital atendidos por médico o partera.

En el 2010, González y Buñuel², en España realizaron un metaanálisis, los artículos incluidos eran de países desarrollados occidentales como Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Holanda, Australia, Suecia y Suiza, donde tenían como objetivo comparar las variables de resultado tanto en madres como en sus recién nacidos, en los partos domiciliarios respecto a los partos hospitalarios. Dentro de los resultados principales se destacan las siguientes diferencias significativas: menos intervenciones obstétricas y menor morbilidad materna, en los recién nacidos menos prematuridad y bajo peso, aunque se evidencia similar mortalidad perinatal. Concluyendo que el parto planeado en el domicilio se asocia con menos intervenciones y morbilidad en la madre, pero con un aumento tres veces mayor de mortalidad en el recién nacido.

Por su parte, Colacioppo, Koiffman, González, Schneck y Osava³ en el 2010 desarrollaron un estudio descriptivo, donde el objetivo fue describir el proceso y los resultados maternos y neonatales en partos domiciliarios planeados en Brasil, los cuales fueron atendidos por enfermeras obstétricas. Del total de la muestra de 70 partos planificados en el hogar, el 14,3% terminó en el hospital principalmente por decisión de la parturienta y únicamente dos por estado fetal no tranquilizante, el 34,3% decidió incluir a un pediatra en el proceso y 48,6% a una Doula, del total 3

recién nacidos presentaron calificación Apgar menores a 7 en el primer minuto y el 100% presentó puntaje mayor a siete a los cinco minutos, uno de los recién nacidos fue trasladado al hospital por presentar arritmia cardíaca y dos presentaron distocias de hombros. Los investigadores mencionan a modo de conclusión que el parto domiciliar no debe ser visto como una práctica marginal y que debe ser posibilidad de elección por la mujer.

En el 2012, Koettker, Brüggemann, Düfloth, Monticelli y Knobel⁴ publicaron un estudio de corte transversal realizado en Brasil, donde el objetivo principal fue comparar los resultados obstétricos y neonatales entre primíparas y multíparas asistidas en el domicilio. El total de la población fue de 102, pero únicamente se estudiaron 100, ya que dos no cumplían con los criterios de inclusión, de los 100 únicamente 11 embarazadas fueron llevadas al hospital, para un total de 89 partos en casa, donde 73% eran primíparas y 27% multíparas, nueve de las mujeres tenían cesárea anterior de las cuales cinco tuvieron el parto en casa. Dentro los resultados más relevantes se encuentran que únicamente 4.5 % de los recién nacidos presentaron valoraciones de APGAR menor de siete al minuto de vida, 39 niños presentaron ictericia postparto y destaca que no existieron comparaciones estadísticamente significativas entre primíparas y multíparas en cuanto a complicaciones maternas, concluyeron que los resultados obstétricos y neonatales fueron satisfactorios para ambos grupos analizados en comparación con otras investigaciones.

En el 2013, Grünebaum, McCullough, Sapra, Brent, Levene, Arabin y Chervenak⁵, desarrollaron una investigación en Estados Unidos, donde su objetivo era examinar la ocurrencia a los cinco minutos Apgar con puntuación de cero y las convulsiones o disfunción neurológica grave para cuatro grupos, de acuerdo al lugar donde se dio el parto y persona que lo atendió (médico en hospital, partera en hospital, partera en centro de nacimiento o partera en casa). Encontraron como resultados que los partos en casas y en centros de partos atendidos por parteras tenían un alto riesgo de puntuaciones de cero a los cinco minutos Apgar, más que los partos atendidos en hospitales por médicos o parteras, los partos en casa y en centros de partos atendidos por parteras tenían un riesgo significativo de convulsiones o disfunción neurológica grave más que los nacimientos atendidos en hospitales por médicos o parteras. Como conclusión los autores plantean que se le debe informar a las madres que desean un parto en casa, sobre el riesgo de puntuación cero a los cinco minutos Apgar y su relación con convulsiones y disfunción neurológica severa.

Por otro lado, Flores, Reyes, Rivero y Hernández en el 2014⁶ realizaron un estudio descriptivo en México, en el que tenían como objetivo principal determinar el porcentaje de neonatos por parto fortuito que tienen complicaciones y cuál es su morbilidad neonatal, definiendo fortuito como todo aquel parto que suceda ya sea en un domicilio, vía pública o consultorio privado y no dentro de una unidad especializada. Los resultados principales fueron que el 70 % de los neonatos presentaron algún padecimiento como lo es policitemia, ictericia o asfixia.

Determinaron como conclusión que 2/3 partes tuvieron complicaciones relacionadas por el lugar donde se dio el parto.

En el 2015, Jonge, Geerts, Van der Goes, Mal, Buitendijk y Nijhuis⁷ realizaron un estudio de cohortes, cuyo objetivo era comparar las tasas de resultados adversos perinatales entre los partos planificados en casa y hospital en Holanda. Los principales resultados del estudio señalan que las tasas de mortalidad intraparto y neonatal hasta los 28 días de nacido en nulíparas de acuerdo al estudio fue de 1,02 por 1000 en los partos planificados en casa y de 1,09 por 1000 para los partos planificados en hospital, en el grupo de las multíparas fue de 0,59 por 1000 versus 0,58 por 1000, en cuanto al análisis de la evaluación de la clasificación Apgar menor de 7 puntos y de ingreso a la unidad de cuidados intensivos fue significativamente menor en el grupo de mujeres multíparas en los partos planificados en casa. Los investigadores concluyeron que no encontraron ningún riesgo aumentado de los resultado adversos perinatales para los nacimientos planificados en casa entre mujeres de bajo riesgo, donde no existen diferencias significativas en las tasas de muerte intraparto y neonatal hasta 28 días después del nacimiento entre los nacimientos planificados en el hogar y los planificados en hospital entre mujeres de bajo riesgo, pero realizando la aclaración de que los resultados solo pueden aplicarse a las regiones donde los nacimientos en el hogar están bien integrados en el sistema de atención de la maternidad.

Snowden, Tilden, Snyder, Quigley, Caughey y Cheng⁸ desarrollaron en el 2015 un estudio de cohortes retrospectivo en el estado de Oregon, Estados Unidos,

donde se evaluó la morbilidad y mortalidad tanto perinatal como materna en partos fuera del hospital versus partos hospitalarios, así como los procedimientos obstétricos según el parto previsto. Los partos fuera del hospital se asociaron a una tasa de muerte perinatal más alta que la de los partos que se dieron en el hospital, por otro lado, las probabilidades de convulsiones neonatales fueron más altas, pero se presentó una disminución en la probabilidad de admisión en una unidad de cuidados intensivos. Concluyeron que la mortalidad perinatal era más alta en los partos planificados fuera del hospital, pero el riesgo absoluto de muerte era bajo en ambas situaciones.

Hutton, Cappelletti, Reitsma, Simioni, Horne, McGregor, et al.⁹ en el 2016, realizaron un estudio donde tenían como propósito evaluar la mortalidad y morbilidad neonatal, así como las tasas de intervenciones obstétricas entre los partos planificados en casa y los de hospital, en Ontario Canadá. Dentro de los resultados encontraron que en cuanto a la mortalidad y morbilidad neonatal no había diferencia significativamente según el lugar de nacimiento, con un riesgo absoluto de 0,39% en cada grupo, además menos del 1% de los recién nacidos en ambos grupos de comparación presentaron puntuaciones menores a cuatro a los cinco minutos de clasificación Apgar, 0,2% requirieron ventilación con presión positiva y compresiones torácicas en ambos grupos y por último que las intervenciones durante el parto fueron menores en los partos planificados en casa. Concluyeron que, comparando los nacimientos de hospital con los atendidos por parteras acreditadas en casa, no se presentó una diferencia en los resultados neonatales

graves, pero si se asoció con menos intervenciones intraparto en los que se dieron en casa.

Como se puede evidenciar en los antecedentes mencionados anteriormente, se han realizado diferentes investigaciones para comparar y determinar los resultados tanto maternos como neonatales, en el parto domiciliario y en el hospitalario, por lo cual a continuación se describen las razones principales que se consideran para realizar este trabajo de investigación.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El parto y embarazo son procesos fisiológicos de la mujer, los cuales ocurren comúnmente de forma natural, por lo que se deben desarrollar en un ambiente adecuado y de la mejor forma posible, para así asegurar el bienestar de la madre y su bebé. En los escritos a través de la historia se describen las diferentes intervenciones, acompañamientos y posiciones que se fueron experimentado en el proceso de parto, como por ejemplo en la Prehistoria donde se menciona que la asistencia al parto era limitada y que alrededor del proceso siempre sobresalía el misticismo, como lo menciona Sedano, Sedano y Sedano¹⁰: “Es de hacer notar que en sus orígenes, en la atención del parto sólo las mujeres estaban presentes y según la mitología esta acción también era para las diosas, no para los dioses”.

A lo largo de la evolución del ser humano y el desarrollo de la tecnología, se experimentó que el proceso de parto pasó de ser algo que ocurría naturalmente en las casas, donde el cuidado que se le brindaba a la mujer era por parte de parteras o comadronas que realizaban su trabajo empíricamente, a ser un procedimiento o

intervención más dentro de un centro de salud, con la finalidad de proporcionar una atención de calidad a las embarazadas, bebés y familias, atención que es proporcionada por médicos y enfermeros especialistas en Ginecología y Obstetricia.

Con el paso de los años, y la medicalización del proceso de parto, se evidenció un aumento en las intervenciones obstétricas, mayores tasas de cesáreas y sumado a esto la violencia obstétrica con el deficiente trato del personal de salud a las embarazadas, el cual ellas y sus familias aquejan.

En una lucha constante por hacer valer sus derechos y con la finalidad de naturalizar el proceso nuevamente, es que se ha venido desarrollando una evolución del parto más humanizado, donde las mujeres y sus familias buscan nuevas alternativas tanto para el desarrollo de su embarazo como para el nacimiento. Según Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹¹: “En la actualidad existen parejas que prefieren el parto en casa, porque sienten que así pueden vivir mayormente y en plena libertad los acontecimientos vinculados al nacimiento”. Es aquí donde nace nuevamente la idea de llevar a cabo los nacimientos en el hogar, en búsqueda de un lugar donde exista mayor privacidad, se dé una evolución espontánea del proceso de parto, se proporcione un trato más humanizado y se evite la realización de intervenciones obstétricas innecesarias que puedan perjudicar a la madre o a su bebé.

En diferentes sistemas de salud alrededor del mundo se les brinda la oportunidad a las embarazadas de que tengan su parto en el ambiente domiciliar, resguardadas por la atención de parteras, matronas o enfermeras obstetras, las

cuales, con una red de apoyo interdisciplinario y transporte, proporcionan los cuidados necesarios para que el proceso de nacimiento se lleve a cabo en los hogares con resultados satisfactorios.

En Costa Rica el sistema de salud y las instituciones rectoras, se apegan a la atención del parto en un hospital o clínica, ya sea privada o pública, bajo las normas de atención ya establecidas y personal calificado, a pesar de eso, se ha evidenciado la realización de partos domiciliarios planificados o no.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC)¹², en Costa Rica durante el 2015 se atendieron un total de 71.819 partos, de los cuales, de acuerdo con los datos, la gran mayoría son por parte del personal de enfermería.

Tabla1. INEC. Distribución del total de nacimientos por tipo de asistencia recibida por la madre, 2015.

Provincia de residencia madre	de la madre	Tipo de asistencia recibida por la madre							
		Total	Médico	Obstétrico	Enfermera	Comadrona	Estudiante	Otra Persona	Ignorado
Costa Rica		71 819	25 602	45 375	86	47	163	473	73
San José		21 598	11 901	9 615	13	2	7	24	36
Alajuela		15 020	3 757	11 155	5	13	40	40	10
Cartago		7 294	2 515	4 591	50	-	14	118	6
Heredia		6 557	2 226	4 303	1	1	13	6	7
Guanacaste		5 869	1 372	4 445	3	8	19	15	7
Puntarenas		7 364	2 021	5 219	6	18	38	58	4
Limón		8 117	1 810	6 047	8	5	32	212	3

Fuente: INEC 2015.

De los datos presentados anteriormente, del total de partos atendidos en el 2015, se reportan 566 en el hogar, 34 fueron realizados por médicos, 34 por obstétrica, 3 por enfermera, 44 por comadrona, 417 por otra persona y 20 se ignora quien asistió el parto; por otro lado, 205 nacimientos del total para ese año se ignoran donde sucedieron.

En el 2016 en el país, el total de nacimientos fue de 70.004, para el 2017 se registran 68.816 nacimientos, y para el primer semestre del 2018 se contabilizan 32.464 nacimientos, según el INEC¹² no existen datos estadísticos sobre el lugar de los nacimientos ocurridos en estos años ni sobre el tipo de asistencia recibida por la madre.

Sobre los datos estadísticos mencionados anteriormente del 2015, se desconoce, cuántos eran planificados en el hogar, se puede rescatar que 85 fueron asistidos por personal de salud. Además, se omiten las condiciones bajo las cuales llevaron a cabo estos nacimientos, así como las posibles complicaciones que pudieron presentar tanto los bebés como en sus madres. Por un lado, es importante mencionar que durante el primer semestre del 2017 se documentó una muerte materna conocida, la cual tuvo su parto a nivel domiciliario.

Ante la implementación de prácticas obstétricas y nuevas alternativas para la atención del parto en el hogar, las cuales se llevan a cabo actualmente en el país, el poco conocimiento de la población y del personal de salud acerca del tema, las pocas estadísticas sobre el estado actual del país en materia de partos domiciliarios planificados o no y así como del desconocimiento de las posibles consecuencias o

complicaciones, surge la interrogante sobre la seguridad perinatal en el proceso de parto domiciliario en comparación con el parto hospitalario.

Dentro de la atención y cuidado que se le brinda a la embarazada y su bebé, por parte del profesional en enfermería obstétrica y perinatal, tanto a lo largo del embarazo como durante el proceso de atención del parto, uno de los principales elementos es resguardar la seguridad materna y perinatal en todo momento, para así evitar posibles complicaciones, como menciona Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹¹ que uno de los principales valores de la obstetricia es “promover, proteger y conservar el estado de salud de la mujer, del niño”.

Para el profesional de enfermería obstétrica es relevante la constante actualización e investigación sobre diferentes temas relacionados al área, así como la implementación de las mejores prácticas basadas en la mejor evidencia científica disponible, con lo cual nos aseguramos de que se proporciona una atención de calidad.

Es por esta razón y conociendo las estadísticas anteriormente expuestas, surge la preocupación en cuanto al tema de seguridad materna y perinatal y el creciente aumento de partos planificados que se realizan a domicilio en Costa Rica.

Lo cual surge el desafío en la y el profesional de enfermería en llevar a cabo sus acciones y tomar decisiones en las intervenciones, sustentado en la práctica basada en la evidencia, la cual se valida científicamente, Ingersoll en el 2000, citado por Rojas¹³ planteó la siguiente definición aplicable para Enfermería Basada en la Evidencia “la utilización consciente, explícita y juiciosa (crítica) de la teoría derivada;

la información basada en investigaciones en la toma de decisiones para el cuidado que se da a individuos o grupos de pacientes en consideración con las necesidades y preferencias individuales”.

La Práctica Clínica basada en Evidencia en la rama de la enfermería le permite al profesional aplicar la mejor evidencia científica a la toma de decisiones, así como guiar su quehacer enfermero sustentando en bases correctas, de igual forma le incentiva a seguir realizando investigaciones y buscar la mejor evidencia.

La presente investigación se realiza a partir de la metodología de la Práctica Clínica basada en la Evidencia, como una investigación secundaria, la cual comprende una serie de pasos para realizar una búsqueda y análisis de la mejor evidencia científica basados en una interrogante, para el caso en particular relacionado con la seguridad perinatal y materna del parto domiciliario en comparación el parto hospitalario.

A continuación, se describe la pregunta clínica de investigación, así como los objetivos generales y específicos, bajo los cuales se llevó a cabo la investigación.

1.2.1 PREGUNTA CLINICA

¿Cuál es la seguridad perinatal y materna en el parto domiciliario comparado con el parto hospitalario, en mujeres que cursan un embarazo sin complicaciones?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la mejor evidencia científica disponible respecto de la seguridad perinatal y materna en el parto domiciliario comparado con el parto hospitalario en mujeres que cursan un embarazo sin complicaciones, entre los meses de marzo y octubre 2018.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Indagar la mejor evidencia científica disponible que respalda la seguridad perinatal y materna en el parto domiciliario.
2. Indagar en la mejor evidencia científica disponible que respalda la seguridad perinatal y materna en el parto hospitalario.
3. Comparar los resultados obtenidos de la mejor evidencia científica disponible de la seguridad perinatal y materna en el parto domiciliario en comparación con el parto hospitalario.

MARCO TEORICO

Con la finalidad de comprender mejor el tema en cuestión, a continuación, se presentan una serie de temas, los cuales van desde el proceso de trabajo de parto, la seguridad perinatal, las complicaciones tanto maternas como fetales y la Práctica Clínica Basada en la Evidencia, con el objetivo de interrelacionar los mismos mediante la descripción de cada uno.

2.1 TRABAJO DE PARTO

La duración del embarazo en humanos en promedio es de 280 días, aproximadamente 40 semanas, desde el primer día del último periodo menstrual, un embarazo a término es aquel que sobrepasa la semana 37 a la 42 y por el contrario un trabajo de parto prematuro es aquel que sucede antes de la semana 36 de gestación.

Al momento de describir el trabajo de parto es de suma importancia recalcar que existen mecanismos tanto maternos como fetales, que favorecen que se lleve a cabo el proceso, según Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹¹ “la evolución de los fenómenos mecánicos, dinámicos y plásticos que llevan a la expulsión del feto”, estos fenómenos y su relacionan entre sí permiten que mediante la contractilidad del útero se produzca en nacimiento.

De acuerdo con Gabbe, Niebyl y Simpson¹⁴ el trabajo de parto es un diagnóstico clínico el cual incluye la presencia de contracciones uterinas regulares y dolorosas, el borramiento y dilatación progresivos del cuello, y la secreción sanguinolenta, es importante saber identificar adecuadamente estos procesos y

mecanismos, para así dar un seguimiento adecuado tanto a la mujer como al bebé, durante el proceso de parto y nacimiento.

2.2 MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto y el parto son procesos que necesitan de la interrelación de diferentes factores. Existen tres factores o mecanismos del trabajo de parto los cuales son según diferentes autores la fuerza, el pasajero o cuerpo móvil (feto), y el canal o paso, para que se lleve a cabo el parto debe ocurrir un proceso de adaptación de la cabeza del feto a los diferentes diámetros de la pelvis, al mismo tiempo que las contracciones ejercen presión y empujar el feto.

La fuerza

Es considera como la actividad generada por la musculatura uterina, son las conocidas contracciones, de acuerdo a Gabbe, Niebyl y Simpson¹⁴: “la actividad uterina se caracteriza por la frecuencia, amplitud (intensidad) y duración de las contracciones”, por otro lado la actividad uterina adecuada se ha definido como de 3 a 5 contracciones en 10 minutos, pero aún no se define exactamente y se puede relacionar con otros factores, en algunos protocolos de trabajo de parto efectivo se menciona que son 7 contracciones en 15 minutos.

La frecuencia habla de la cantidad de contracciones que se producen en 10 minutos, la amplitud o intensidad corresponde a la medición de la presión máxima en el acmé de la contracción y la duración es cuántos segundos dura cada contracción.

La contracción uterina cuenta con tres fases, incremento, acmé y decremento, en la primera la contracción incrementa desde el cuello uterino hasta el fondo del mismo, la segunda hace referencia al punto más alto de la contracción uterina, y por último la contracción disminuye en decremento, cabe recalcar que el tono base de la presión durante la pausa entre una contracción y otra es de 10 mmHg.

De acuerdo con Gabbe, Niebyl y Simpson¹⁴: se han definido varias unidades para medir con objetividad la actividad uterina, los más comunes son las unidades Montevideo, que es una medición de la frecuencia media y de la amplitud sobre el tono basal, de 200 a 250 unidades Montevideo definen un trabajo de parto adecuada.

Al momento de iniciada la labor de parto se realiza un control de las contracciones, donde se toma en cuenta las características de la actividad uterina, la frecuencia, intensidad y duración, que en conjunto con la dilatación y borramiento permiten llevar un seguimiento adecuado de la evolución del proceso de parto.

El pasajero, feto o cuerpo móvil

Representa al cuerpo que pasa por el canal vaginal empujado por las fuerzas anteriormente descritas, en si el pasajero es el feto, el cual tiene mucha influencia en el trabajo de parto, el feto se conforma por tres partes voluminosas, las cuales son la cabeza, el tronco, el polo podálico y además las partes pequeñas que serían las extremidades.

Una característica muy importante es la maleabilidad de la cabeza del producto, como lo menciona Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹⁴: “Los huesos del cráneo, a diferencia del adulto, están separados por espacios fibrosos llamados suturas y fontanelas que confieren a la cabeza del feto cierto grado de elasticidad”, al momento de la exploración vaginal se deben identificar la ubicación de las suturas y fontanelas, lo cual permite realizar un diagnóstico de la posición en la cual va a salir el feto.

A continuación, se describen algunas de las variables o características del feto a tomar en cuenta según Gabbe, Niebyl y Simpson¹⁴.

- El tamaño fetal: el cual puede ser estimado mediante la palpación o ecografía, recordando que la macrosomía fetal (peso mayor a 4.500 kg) puede asociarse a fallo del proceso de parto.
- La situación: se refiere al eje longitudinal del feto en relación con el eje longitudinal del útero, la misma puede ser longitudinal, transversa u oblicua.
- La presentación: es la parte fetal que directamente se sitúa sobre la entrada de la pelvis, la presentación normal es la cefálica, pero puede presentarse podálica o de hombros.
- La actitud: es la posición de la cabeza con respecto a la columna fetal, la flexión de la cabeza es importante para facilitar la adaptación de esta en la pelvis materna.
- La posición del feto: es la relación de un punto designado de la presentación con otro de la pelvis interna, se valora mediante la exploración vaginal, en las

presentaciones cefálicas el punto de referencia es el occipucio y en la de nalgas el sacro.

- El plano: es la medición de descenso de la presentación a través del canal de parto, en la relación entre la presentación del feto y el plano de las espinas isquiáticas.
- Embarazos multifetales: ya sea gemelares, trillizos o más, lo cual aumenta la probabilidad de una situación anormal y malas presentaciones en el parto vaginal.

Según refiere Gabbe, Niebyl y Simpson¹⁴: “Las anomalías en cualquiera de las variables fetales antes señaladas puede influir en la decisión de proceder o no al parto vaginal y pueden afectar el curso del trabajo de parto”, por lo cual es de suma relevancia realizar una adecuada valoración y exploración vaginal, para así poder identificar posibles complicaciones y disminuir los riesgos al máximo.

El canal o paso

Está constituido por los huesos de la pelvis y tejidos blandos, es un canal óseo, con paredes de distintas longitudes. De acuerdo con Gabbe, Niebyl y Simpson¹⁴: “La pelvis ósea está dividida en pelvis falsa (mayor) y verdadera (menor) por el anillo pélvico, que viene demarcado por el promontorio del sacro, el ala anterior del sacro, la línea arcuata de los iliacos, la línea pectínea del pubis y la cresta púbica que culmina en la sínfisis”, la pelvis menor es conocida como excavación.

Al momento del parto el feto debe atravesar este canal para salir, existen 4 tipos de pelvis, la ginecoide, antropide, androide y platipeloide, esta clasificación es basada en estudios radiológicos, en la literatura se menciona que las dos pelvis más favorables para un parto vaginal son la ginecoide y antropoide.

En la pelvis menor se pueden tomar en cuenta tres planos que deben irse atravesando progresivamente, el estrecho superior, el estrecho medio y el estrecho inferior, Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹⁴ los describen de la siguiente forma:

- Estrecho superior: sus diámetros anteroposteriores tienen importancia clínica, dado que representan el reparo más importante para el diagnóstico de variedad de posición de la presentación.
- Estrecho medio: es la sección más estrecha de la excavación pélvica.
- Estrecho inferior: constituye la puerta de salida del conducto pélvico y está formado posteriormente por el apéndice del coxis, lateralmente por tuberosidades isquiáticas y por las ramas isquiopúbicas y anteriormente por el ápice de la arcada subpúbica.

A continuación, se describen las fases del trabajo de parto, así como sus etapas o estadios, el embarazo es un proceso continuo que culmina con el trabajo de parto, el cual se divide por razones de estudio y para el manejo clínico.

2.3 FASES DEL TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto se divide en cuatro fases, las cuales corresponden a las principales transiciones del miometrio y cuello uterino durante el embarazo. Además, se encuentran las etapas clínicas del trabajo de parto, las cuales corresponden a la tercera fase del parto.

Fase 1 del parto: quiescencia uterina y ablandamiento del cuello uterino.

La quiescencia uterina ocurre durante la mayoría del embarazo, generando una estabilidad del musculo liso uterino y manteniendo la integridad estructural del cuello uterino. Como lo menciona Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse y Spong¹⁴: “La propensión inherente del miometrio a contraerse se mantiene suspendida, y el músculo uterino pierde su capacidad de respuesta a los estímulos naturales”, esta capacidad del miometrio continua hasta casi el final del embarazo.

Si bien es cierto las contracciones se presentan a lo largo del embarazo, principalmente en la última parte de este, las cuales son normales y no ocasionan ni borramiento ni dilatación del cuello uterino, estas son denominadas contracciones de practica o Braxton Hicks, son de un trabajo de parto falso.

El cuello uterino en su estado normal se encuentra cerrado y firme con una adecuada consistencia, al final del embarazo se puede distender con facilidad. Las principales funciones del cuello uterino durante el embarazo son las de actuar como barrera, dar soporte y preparación para el parto, como lo menciona Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse and Spong¹⁵: “(1) mantenimiento de la función de

barrera para proteger el sistema reproductor contra infecciones, (2) mantenimiento de la competencia cervicouterina a pesar de las fuerzas gravitacionales crecientes impuestas por el útero en crecimiento y (3) orquestación de los cambios en la matriz extracelular que permiten aumentos progresivos en la distensibilidad hística en preparación para el parto.”

El ablandamiento del cuello uterino es la primera etapa que sucede con el inicio de la labor de parto, donde el cuello cambia sus condiciones para dar inicio al borramiento y dilatación, este ablandamiento se debe a un aumento de la vascularidad, hipertrofia estromal, hipertrofia glandular y cambios en la composición o estructura de la matriz extracelular.

Para que el embarazo llegue al final sin presentar una dilatación anticipada o una incompetencia estructural, es importante que el cuello uterino conserve su integridad anatómica y estructural.

Fase 2 del parto: preparación para el trabajo de parto.

Esta fase ocurre durante las últimas seis u ochos semanas de embarazo, es cuando se altera la estabilidad miometrial de la fase 1, según Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse and Spong¹⁵: “La mayor parte de los cambios del miometrio durante la fase 2 lo preparan para las contracciones del trabajo de parto. Es probable que este cambio se deba a alteraciones en la expresión de proteínas clave que controlan la contractibilidad.”

Las proteínas relacionadas con la contracción mencionadas anteriormente, incluyen el receptor para oxitocina, receptor F para prostaglandinas y conexina 43, es por lo cual los receptores miometriales para oxitocina aumentan mucho, junto con el número y superficie que ocupan las proteínas de las uniones intercelulares comunicantes, como lo es la conexina 43, y en conjunto aumentan la irritabilidad uterina y la capacidad de respuestas a las uterotoninas, sustancias que provocan las contracciones.

Según Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse and Spong¹⁵: “Otro cambio determinante es la formación del segmento uterino inferior a partir del istmo. Con este desarrollo, la cabeza fetal a menudo desciende hasta o incluso por la entrada pélvica, el llamado descenso.” Lo que hace creer que el segmento inferior del miometrio sea diferente al que se encuentra en el segmento superior.

Por otro lado la maduración del cuello uterino, durante la segunda fase se dan cambios en el tejido conjuntivo, lo que se conoce como maduración cervical, este cambio que se da inicia semanas o días antes del inicio de las contracciones, lo que sucede es que cambia la cantidad total y la composición de los glucosaminoglucanos y proteoglucanos de la matriz; el cuello uterino está formado por solo de 10 a 15% de musculo liso y el resto es sobre todo tejido conjuntivo extracelular.

Fase 3 del parto: trabajo de parto

Para términos clínicos se utiliza dividir la fase 3 en las tres etapas o estadios del trabajo de parto, esta fase se conoce como trabajo de parto activo. Según

Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse and Spong¹⁵ “Las etapas clínicas del trabajo de parto podrían resumirse de la siguiente manera:

1. La primera etapa comienza cuando se producen contracciones uterinas muy espaciadas con la frecuencia, intensidad y duración suficientes para producir adelgazamiento del cuello uterino, llamado borramiento. Esta etapa del trabajo de parto termina cuando el cuello uterino se dilata por completo, unos 10 cm, para permitir el paso de la cabeza fetal. Por lo tanto, la primera etapa del trabajo de parto es la etapa de borramiento y dilatación del cuello uterino.
2. La segunda etapa comienza cuando la dilatación cervical está completa y termina con el nacimiento. Por eso, la segunda etapa del trabajo de parto es la etapa de expulsión fetal.
3. La tercera etapa comienza justo después del nacimiento del feto y termina con el alumbramiento de la placenta. Por lo tanto, la tercera etapa del trabajo de parto es la etapa de separación y expulsión de la placenta.

Fase 4 del parto: el puerperio

El inicio de esta fase se da justamente después del nacimiento, donde durante aproximadamente una hora el miometrio permanece en estado de contracción rígida y persistente, lo cual comprime de forma directa los grandes vasos uterinos y permite la trombosis de su luz, así evitando una hemorragia post parto. Posteriormente continúa la involución uterina y reparación del cuello uterino, lo cual permite la remodelación que regresa estos órganos a un estado no gestante.

Por otro lado, como lo menciona Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse and Spong¹⁵ “Al mismo tiempo durante el comienzo del puerperio se desarrolla un patrón de conducta maternal y comienza el vínculo maternoneonatal.” Es importante recalcar que, en ambos procesos, tanto en la conducta maternal y la compresión de los vasos uterinos, la oxitocina es el actor principal.

En general la duración en cada fase o etapa va a variar de acuerdo con cada mujer, así como si es primigesta o múltipara, cabe mencionar que lo que se citó anteriormente es lo que ocurren en un proceso de parto normal o sin complicaciones.

2.4 PARTO DOMICILIAR Y PARTO HOSPITALARIO

A continuación, se expone el panorama del proceso de parto a nivel tanto hospitalario como domiciliario, según a lo que sucede en el escenario actual del país y de acuerdo con la referencia bibliográfica sobre el parto domiciliario.

La atención de los partos en hospitales se intensificó en los años 60's, con lo que se pretendía disminuir la cantidad de muertes maternas y neonatales, lo cual fue un éxito ya que se logró el objetivo principal, pero por otra parte se dejó de lado las necesidades personales de cada mujer y su familia gestante, de igual forma, se les mutiló la privacidad al estar internadas en centros de salud que les limitaban el acceso a sus familiares, así como se les sometía dentro de un sistema que únicamente se enfocaba en lo médico.

Como lo menciona Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹¹: “Desde el decenio de 1960, la elección del lugar de realización del parto recayó en 99% en la estructura hospitalaria; el resto se dividió entre casa de parto y parto domiciliario, con una reducción constante de esta última opción.”, creyendo que muchas mujeres y familias se sentían más seguras dentro de estructuras hospitalarias, por temor a las diferentes complicaciones y muertes maternas.

Actualmente nos encontramos con un sistema de salud que dentro de sus alcances y acciones, recomienda la atención de los partos en los centros médicos que cuenten al menos con las condiciones necesarias para brindar una atención de salud básica y que posean el personal calificado para la misma, ya sea un médico ginecobstetra, residente o general, igualmente por una enfermera obstetra o general, lo anterior con la finalidad de disminuir el número de complicaciones tanto maternas como fetales al momento del nacimiento.

La gran mayoría de partos que se dan en Costa Rica se desarrollan en los diferentes hospitales tanto públicos como privados, clínicas y centros de salud que cuentan con el equipo básico de atención para asegurar que el nacimiento se dé con las condiciones óptimas de acuerdo con los protocolos establecidos y las medidas de asepsia y disminución de riesgos.

Es importante mencionar que dentro del sistema de salud actual del país no se cuentan con casas de partería o centros de atención destinados únicamente para el nacimiento, de igual forma no se brinda la opción de llevar a cabo el parto en el ambiente domiciliario, como sucede en gran cantidad de países, como Canadá,

Estados Unidos de Norteamérica, Brasil y países de la Unión Europea principalmente.

En Costa Rica la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en periodo Prenatal, Parto y Posparto, del año 2009¹⁶, hace referencia a que la atención integral que se les brinde constituye la labor más importante que el equipo de salud puede realizar para consolidar una buena salud perinatal. De igual forma menciona que el objetivo fundamental de la atención del parto es lograr una madre y un bebé en buenas condiciones de salud, en todas sus dimensiones, efectuando el mínimo posible de intervenciones y que sea compatible con una atención segura.

Durante años la atención se sustentaba bajo un modelo tecnocrático, en donde la atención se centraba en las prácticas del hospital y del personal de salud, prevaleciendo la seguridad materna y fetal antes de las necesidades emocionales y fisiológicas. En los últimos años se han ido implementando diferentes acciones y protocolos tanto a nivel privado como público para poder brindar una atención con mayor calidad, donde no se vea el embarazo como una enfermedad y se le proporcione una atención más holística, sin dejar de lado la seguridad perinatal y donde se introduce el concepto de parto humanizado.

De igual forma a pesar de las iniciativas por hacer más sensible y empático el proceso de parto, existen mujeres que eligen parir en casa, para asegurarse una experiencia más íntima y personal, como lo menciona Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹¹: “En la actualidad existen parejas que prefieren el parto en casa, porque sienten que así pueden vivir mayormente y en plena libertad los

acontecimientos vinculados al nacimiento.”, la mayoría de los partos domiciliarios suceden en el extranjero en los países donde es más común esta práctica.

Costa Rica presenta bajas estadísticas, en cuanto al número de partos que se llevan a cabo en el escenario domiciliario, de igual forma cabe mencionar que es una práctica que cada vez es más notoria y la cual se realiza con mayor frecuencia a nivel privado o clandestino, lo que probablemente incremente el deficiente censo de la estadística de este.

Nuestro sistema de salud no ofrece la opción a las gestantes de tener la oportunidad de parir donde ellas elijan, ya sea hospitalariamente o en el domicilio, la creación de un plan de parto se limita a un centro de salud, ya que no se cuenta con un programa para la atención de partos domiciliarios ni con una red de transporte y equipo interdisciplinario para una eventual complicación o traslado de emergencia.

Se debe recalcar que en los lugares donde se lleve a cabo el parto domiciliario es de suma importancia una red de transporte adecuada, Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹¹ mencionan que para optimizar la asistencia y garantizar la máxima seguridad, es oportuno estar en contacto con las estructuras hospitalarias de la zona y con su equipo médico y obstetras, con el fin de ofrecer una rápida asistencia en los casos que necesiten hospitalización urgente.

Actualmente existen organizaciones que concientizan en la atención de un parto humanizado donde se respeta a la mujer y su familia, así como se les empodera en la toma de decisiones, igualmente en el cual se les permite elegir donde parir, pero en un sistema de atención privado.

En la atención del parto domiciliario a nivel mundial existen diferentes figuras como los son las parteras calificadas o no, las matronas, y los obstetras, según Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹¹: “Naturalmente, el obstetra, siendo garante de la fisiología, es la figura profesional más adecuada para la asistencia en el parto domiciliario, con límites precisos, impuestos por sus competencias profesionales.”

2.5 RIESGO OBSTETRICO

Es de suma importancia recalcar en que consiste un embarazo sin complicaciones o de bajo riesgo, así como conocer cuáles son los factores de riesgo que podrían desencadenar una complicación durante el embarazo y parto, y poder realizar las acciones necesarias para salvaguardar la seguridad materna y perinatal en ambos escenarios tanto en el hogar como en el hospital, recordando además que en el parto domiciliario el bajo riesgo obstétrico sería la opción más idónea, pensando siempre en la integridad materna y del niño.

Como lo menciona Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹¹ “Un acontecimiento se considera de riesgo cuando existe la probabilidad de efectos nocivos o negativos, debidos a situaciones que no siempre resulta posible prevenirlos”, en el campo de la obstetricia no se puede separar a la madre del feto o viceversa, son un conjunto y los dos experimentaran el riesgo. Por otro lado, se debe tomar en cuenta que no es el mismo riesgo que se clasifica durante el periodo preconcepcional, prenatal y proceso embarazo en comparación al que se puede presentar o exponer en el parto o post parto, lo anterior ya que un embarazo puede

iniciar con bajo riesgo y convertirse en uno de alto riesgo, o por el contrario un embarazo puede iniciar siendo de alto riesgo y terminar sin ninguna complicación y sin interferir en la salud materno fetal.

Según Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹¹ “Se define de bajo riesgo un embarazo del que puede resultar un porcentaje de mortalidad perinatal y materna más bajo con respecto a la población general, sin un exceso de intervenciones obstétricas o pediátricas” por otro lado el concepto de embarazo de alto riesgo según el mismo autor: “indica solo una probabilidad de situaciones potencialmente patológicas para la madre y para el feto que no siempre se manifiestan y que exigen cierto control de embarazo, de parto y del puerperio.”

El riesgo se determina de acuerdo con la existencia o no de factores de riesgo, como lo menciona Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹¹: “El riesgo obstétrico es la presencia de un riesgo que puede manifestarse con ciertas complicaciones para la madre o el producto de concepción durante el embarazo, el parto y el puerperio”.

A continuación, se mencionan algunos de los factores de riesgo durante el embarazo según la OMS citados por Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹¹.

- Anamnesis obstétrica: muerte intrauterina fetal o neonatal anterior, tres o más abortos espontáneos, hijo anterior nacido con un peso inferior a 2500 gramos, hijo anterior nacido con un peso superior a 4500 gramos,

hipertensión o preeclampsia/eclampsia durante embarazo anterior o cirugías en el aparato reproductor.

- Embarazo actual: embarazo múltiple, edad materna inferior a 16 años o superior a 40 años, isoinmunización Rh en el embarazo actual o anterior, pérdidas hemáticas vaginales, presión diastólica igual o superior a 90mm/hg.
- Anamnesis general: diabetes mellitus insulino dependiente, patología renal, patología cardíaca, abuso de sustancias u otras patologías.

Tomando en cuenta los factores de riesgo mencionados anteriormente se recalca que la evaluación periódica del riesgo permite adaptar de manera dinámica y continua el tipo de asistencia según las necesidades de la mujer y teniendo en cuenta el periodo de gestación, hasta el momento del parto.

2.6 SEGURIDAD PERINATAL Y MATERNA

A lo largo del proceso de embarazo y lo que se pretende en la atención a la mujer es vigilar el proceso gestacional de cerca para garantizar un adecuado desarrollo de este, mediante una atención eficaz, oportuna y de calidad.

Lo anterior con la finalidad de salvaguardar la seguridad perinatal y materna, es por lo tanto que se deben identificar cuáles son las posibles complicaciones que se pueden presentar, iniciando con la identificación de los factores de riesgo que pueden desencadenar alguna complicación o poner en riesgo tanto la salud materna como la del niño.

Las acciones para la identificación de factores de riesgo se llevan a cabo desde el primer nivel de atención, en el oportuno control prenatal, en una atención periódica, completa y en una adecuada historia clínica, lo cual permite al profesional que brinda los cuidados crear un panorama de la situación con la intención de proporcionar una atención de calidad y así prevenir posibles complicaciones que pongan en peligro la seguridad.

De igual forma la evaluación de riesgo se debe realizar durante la labor de parto, donde se puede realizar el diagnóstico riesgo obstétrico observando algunas de las siguientes características mencionadas por Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹¹ lo cual nos permite identificar que la embarazada cursa una situación de bajo riesgo obstétrico:

- Periodo de gestación entre las 37 y 42 semanas.
- Único feto con presentación cefálica.
- Peso fetal previsto entre 2500 y 4000 gramos.
- Ausencia de patología fetal.
- Parto espontaneo.
- Líquido amniótico transparente.
- Rotura prematura de membranas de menos de 24 horas.
- Placenta normalmente implantada.
- Ausencia de pérdida hemática importante.
- Ausencia de patología materna que contraindique el trabajo de parto.

- Ausencia de patología materna que necesite un control intensivo de trabajo de parto.

También durante el trabajo de parto, ya sea a nivel hospitalario o domiciliario, existen algunas acciones que vigilan de cerca el proceso de parto, la evolución de este y que permiten realizar un diagnóstico oportuno de la salud del niño a lo largo del proceso de parto y nacimiento, así como durante sus primeros días de vida, sin dejar de lado las posibles complicaciones maternas en el proceso de post parto.

Al momento del trabajo de parto se deben realizar algunas acciones para darle seguimiento al mismo y verificar el avance en la labor de parto, las cuales nos permiten vigilar la seguridad perinatal y materna, dentro de las acciones a realizar se encuentran el tacto vaginal, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, monitorización fetal externa y monitorización de los signos vitales maternos, las cuales se describen a continuación.

Tacto vaginal el cual permite conocer la evolución en el proceso esto en conjunto con otras herramientas como la dinámica uterina, Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse and Spong¹⁵ mencionan que: “durante la primera fase del trabajo de parto, la necesidad de llevar a cabo tactos vaginales subsecuentes para vigilar los cambios del cuello uterino y la posición de la parte que se presenta varía de manera considerable” de igual forma durante la segunda fase del trabajo de parto se deben realizar los tactos con la finalidad de identificar una labor precipitada o estacionada; otra de las razones por la cual se es necesario realizar un tacto vaginal es cuando se rompen las membranas espontáneamente o artificialmente, ya que es

preciso efectuar una exploración rápida si la cabeza fetal no estaba definitivamente encajada en la exploración previa, para el diagnóstico oportuno de un prolapso de cordón, de igual forma cuando se presente una disminución de la frecuencia cardiaca fetal.

La frecuencia cardiaca fetal es un signo que nos permite verificar el bienestar fetal, el cual se debe evaluar y correlacionar con algunos factores como las contracciones, la ruptura de bolsa o labor estacionada, según la American Academy of Pediatrics y el American College of Obstetricians and Gynecologists (2007), citado por Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse and Spong¹⁵: “se recomienda que durante el primer periodo del trabajo de parto y en ausencia de anomalías, se revise la frecuencia cardiaca fetal inmediatamente después de una contracción al menos cada 30 min y después cada 15 min en el segundo periodo del trabajo de parto” esto en bajo riesgo, por otro lado en los embarazos de alto riesgo la auscultación del corazón fetal se lleva a cabo por lo menos cada 15 min durante la primera fase del trabajo de parto y cada 5 min durante la segunda fase.

Además, es posible realizar **monitorización fetal externa**, para identificar posible sufrimiento fetal, en una relación de la frecuencia cardiaca fetal, las contracciones y movimientos fetal.

Dentro de las acciones para vigilar la seguridad materna en el proceso de la labor de parto, está la **monitorización de signos vitales maternos**, las acciones a realizar según Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse and Spong¹⁵ son: “valorar cada 4 h la temperatura, el pulso y la presión arterial materna. Si se han

roto las membranas fetales durante muchas horas antes del inicio del trabajo de parto o si hay un aumento limítrofe de la temperatura”, con la finalidad de identificar posibles complicaciones como aumento de la presión arterial, shock hipovolémico por sangrado o sepsis.

Tomando en cuenta el estado del niño posterior al nacimiento cabe señalar la valoración de **Apgar**, la cual permite evaluar estado el niño posterior al nacimiento, ya que existe una relación entre asfixia intraparto y bajo índice de Apgar, pero no es necesariamente la principal causa de bajas puntuaciones, ante la posible presencia de hipoxia neonatal durante el proceso de la labor de parto y nacimiento, la cual se describe en el siguiente apartado de posibles complicaciones del proceso de parto, según menciona Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹¹ existen números motivos para obtener baja puntuación Apgar, entre los cuales, además de la hipoxia, se hallan traumatismos, fármacos, infecciones, activación de reflejos secundarios a manipulación de las vías aéreas superiores luego del nacimiento y acidosis respiratoria.

La escala de puntuación Apgar toma en cuenta cinco aspectos, la frecuencia cardiaca, movimientos respiratorios, reflejos, tono muscular y color; según lo menciono por Gabbe, Niebyl y Simpson¹⁴.

Valor	0	1	2
Frecuencia cardiaca	Ausente	< 100 lpm	> 100 lpm

Movimientos respiratorios	Apnea	Débiles, boqueo, irregular	Regulares
Reflejos	No respuesta	Alguna respuesta	Mueca facial, estornudo, tos
Tono muscular	Flácido	Algo de flexión	Buena flexión de brazos y piernas
Color	Azul, pálido.	Cuerpo rosado, extremidades azules	Rosado

Fuente: elaboración propia.

Tomando en cuenta que uno de los mayores logros de la atención obstétrica, en torno a la seguridad materna y perinatal, es la disminución del riesgo de mortalidad materna y perinatal, disminuyendo las complicaciones durante el embarazo y parto. Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹¹ menciona que el embarazo y parto son eventos fisiológicos. Sin embargo, durante los mismos pueden surgir situaciones patológicas que asumen características de urgencia y emergencia, causa de morbilidad/mortalidad materna y fetal.

A continuación, se mencionan algunas de las posibles complicaciones que se pueden presentar durante el proceso de parto, como lo es el sangrado uterino y hemorragia postparto (HPP), inversión uterina, rotura uterina, distocias y

laceraciones o desgarros, así como asfixia perinatal, eventos que evidentemente se pueden presentar en ambos escenarios tanto a nivel hospitalario como domiciliario.

Sangrado uterino y hemorragia posparto. Una de las principales complicaciones maternas es el sangrado uterino y la hemorragia postparto, dentro de las causas del sangrado uterino se encuentra el desprendimiento de placenta o traumatismo al momento de la extracción de la misma, así como la atonía uterina, en el caso del alumbramiento o la extracción de la placenta Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse and Spong¹⁶ mencionan que: “la salida de la placenta nunca debe forzarse antes de que ocurra su separación, a menos que el útero se invierta. No debe recurrirse a la tracción del cordón umbilical para extraer la placenta del útero” lo anterior que ya de acuerdo con los autores una de las complicaciones más graves se vincula con el nacimiento es la **inversión uterina**, y en el caso de que no se dé la salida o expulsión y si existe una hemorragia intensa, está indicada su separación o extracción manual. Según Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse and Spong¹⁶: la hemorragia posparto por atonía uterina aumenta con el trabajo de parto prolongado y en la presencia de conducción de la labor. Además, al momento de realizar una episiotomía se debe tomar en cuenta la pérdida sanguínea y la sutura adecuada de la misma para prevenir el riesgo de shock hipovolémico. Por otro lado, una de las principales causas de la hemorragia posparto son los desgarros o laceraciones.

Rotura uterina principalmente ocurre en el trabajo de parto prolongado o antecedentes de cesárea, Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse and Spong¹⁶

menciona que el adelgazamiento anómalo del segmento uterino inferior crea un grave peligro durante el trabajo de parto prolongado, sobre todo en mujeres de alta paridad y en aquellas con antecedentes de cesárea. Lo cual puede provocar una hemorragia importante y comprometer la vida materna.

Desgarros o laceraciones pueden ocurrir al momento del parto, y ocasionar hemorragias importantes, se clasifican según Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse and Spong¹⁵: “como laceraciones de primer a cuarto grado o desgarro perineales. Los de primer grado afectan el frenillo, la piel perineal y la mucosa, los de segundo grado incluyen además la fascia y el musculo del cuerpo del perineo, pero no el esfínter anal, los desgarros de tercer grado se extienden aún más y afectan al esfínter anal, un desgarro de cuarto grado se extiende hasta la mucosa del recto y expone su luz”, al momento de presentarse un desgarro o laceración el mismo debe ser suturado de la forma correcta y de manera oportuna para prevenir la pérdida de sangre ya que la tasa de morbilidad se incrementa al tiempo que lo hace la gravedad del desgarro.

Distocias cuando ocurren es porque se da una anomalía en el trabajo de parto o disfunción, principalmente por la combinación de diferentes anomalías, según Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse and Spong¹⁵ distocia significa literalmente parto difícil y se caracteriza por un avance lento anormal del trabajo de parto. Las principales alteraciones que pueden ocasionar una distocia pueden ser las siguientes: anomalías de las fuerzas expulsivas. Alteraciones de la presentación, posición o del desarrollo del feto, anomalías de la pelvis ósea materna y alteraciones

de los tejidos blandos del aparato reproductor. Dentro de los datos clínicos hallados con frecuencia en mujeres con trabajo de parto ineficaz mencionadas por Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse and Spong¹⁵ se encuentran la dilatación del cuello uterino o descenso fetal inadecuado (trabajo de parto prologando, detenido y pujo ineficaz), desproporción fetopélvica y la rotura de membranas sin trabajo de parto.

Asfixia perinatal resulta ser una de las mayores causas de emergencia, según lo menciona Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹¹ la asfixia puede ser causa directa de morbilidad o mortalidad perinatal, por lo cual es responsabilidad del personal que asiste el parto, en cuanto a la prevención, identificación y tratamiento oportuno y adecuado de esta situación clínica. De acuerdo a Gabbe, Niebyl y Simpson¹⁴: “Existe una variedad de circunstancias que pueden agravar el grado de asfixia producido como resultado un niño deprimido, como la interrupción del aguda del flujo sanguíneo umbilical, como sucede durante la compresión del cordón; la separación placentaria prematura; la hipotensión o hipoxia materna; cualquiera de las anteriores sobreañadida a una insuficiencia uteroplacentaria crónica y el fracaso en realizar una reanimación adecuada”. Por otro lado, también se debe retomar que existen además otros factores como lo es el uso de anestésicos y analgésicos en la madre, la dificultad del proceso de parto, así como la prematuridad del niño y estado de salud materno.

2.7 ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIA GOP

En la Enfermería, así como en las otras ramas de ciencias de la salud la Medicina Basada en Evidencia vino a revolucionar diferentes aspectos como lo es la importancia de la formación continua y la ejecución de las acciones basadas en antecedentes comprobados científicamente.

Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹¹ menciona que: “La Medicina basada en evidencia (EBM) nació a mediados del siglo XIX, gracias al trabajo del científico Pierre Charles Alexandre, que escribió *Medicine Observation*. En 1972, Archibald Cochrane empezó un proceso científico de investigación válido, con el fin de practicar en los pacientes solo intervenciones sanitarias de eficacia comprobada.” Lo que se resalta en esta práctica es que se investiga las mejores evidencias disponibles con la mayor eficacia, integra las acciones, las cuales se evalúan y reevalúan continuamente, con diferentes finalidades.

En Enfermería específicamente en el área de Ginecología, Obstetricia y Perinatal, se menciona que uno de los primeros intentos evidenciados para trabajar en lo que respecta al proceso de nacimiento fue por la Organización Mundial de la Salud, según Guana Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹¹: “Un intento de aplica las evidencias científicas a los cuidados prestados en proceso del nacimiento puede verse representando por la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que, en 1996, constituyó el primer grupo de trabajo mixto, formado por seis obstetras y seis ginecólogos de varios países del mundo”, la reunión se realizó en Ginebra, donde realizaron un análisis clínico de los informes

disponibles acerca de los cuidados aplicados en el nacimiento, donde los clasificaron en cuatro categorías:

- La primera de ellas reagrupa los procesos técnicos de control del bienestar materno-fetal, la libertad de elección de la mujer en lugar del parto, la necesidad de asistencia durante el parto y la obligación de proporcionar la información adecuada acerca del nacimiento.
- La segunda incluye las prácticas nocivas o ineficientes que hay que eliminar.
- La tercera reagrupa las prácticas que deben aplicarse con prudencia, hasta que investigaciones ulteriores conformen su utilidad.
- La cuarta incluye las prácticas mal aplicadas, como el racionamiento de los alimentos y las bebidas durante el parto, la analgesia epidural y el uso excesivo de fármacos para acelerar el parto.

Se demuestra que el fin es en pro de la salud, seguridad y atención de calidad en los procesos que se involucran en el embarazo y el parto, cabe recalcar que al profesional en enfermería no únicamente le compete en el ejercicio de la profesión, sino que también en la formación como profesionales y educación continua, lo cual le permite tener mayor apertura al conocimiento basado en evidencia realmente sustentable.

En el siguiente apartado se desarrolla la metodología aplicada para la realización de la presente investigación.

MARCO METODOLÓGICO

3.1 GENERALIDADES DE LA PRACTICA CLINICA BASADA EN LA EVIDENCIA

La alta demanda de una atención de calidad hacia los usuarios, el avance de la tecnología y conocimiento hace que el profesional en Enfermería Ginecoobstétrica y Perinatal se vea comprometido a tener un pensamiento más crítico y reflexivo. En la actualidad contamos con gran cantidad de bases de datos y libre acceso a la información, lo cual permite al profesional obtener un conocimiento basado en evidencias y así poder tomar decisiones al momento del cuidado del usuario.

La atención y cuidado que se le proporciona al usuario va de la mano de los conocimientos adquiridos por parte del profesional que realiza ese quehacer enfermero, donde es necesario dejar atrás el ejercicio empírico y tradicional, para así darle paso al conocimiento basado en la mejor evidencia científica disponible y poner en juicio el conocimiento del profesional.

Lo mencionado anteriormente hace referencia a la Enfermería Basada en la Evidencia, la cual, según Alcolea, Oter y Martín¹⁷ “se puede definir como la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores, e incorporando la pericia profesional en esta toma de decisiones”.

Tomando en cuenta que esa mejor evidencia científica se obtuvo al realizar un proceso exhaustivo que inicia desde la búsqueda de información en bases de datos reconocidas y validadas, para luego realizar un análisis de los aspectos metodológicos de los mismos, por último, seleccionar los que verdaderamente tengan una validez científica para su posterior análisis e interpretación, y así poder tomar decisiones con un juicio crítico.

Como lo menciona Alcolea, Oter y Martín¹⁷ “Se trata, por tanto, de una investigación secundaria sobre estudios originales cuantitativos y cualitativos de calidad, pertinentes y útiles para nuestra disciplina que pueden proceder de otras áreas de conocimiento”, de forma práctica consiste en tomar estudios previos con la finalidad de usarlos para una investigación de distinto interés al original.

Este tipo de investigaciones tienen gran cantidad de ventajas, que aportan al profesional de Enfermería, recalcando que el principal reto es la aplicación de los resultados de las investigaciones en la práctica clínica. A continuación, se mencionan algunas de las ventajas planteadas por Alcolea, Oter y Martín¹⁷:

- Puede facilitar una práctica enfermera efectiva y eficiente, al estar basada en estudios rigurosos.
- Los profesionales sanitarios refuerzan la seguridad en los cuidados que prestan y se potencia su autonomía, mejorando de este modo la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes.
- Apoya la formación continua de los profesionales y los estimula a aumentar el conocimiento en profundidad de la metodología de investigación para ser

capaces de valorar desde un punto de vista crítico los estudios de investigación que encuentran.

- Contribuye a aumentar el cuerpo de conocimientos enfermeros al validar el método científico como la mejor herramienta para conocer la realidad, capaz de generar conocimiento válido y relevante para la práctica profesional.

Para que el estudio tenga una validez científica se debe someter a un proceso y adaptación de la información con una serie de etapas o pasos, los cuales, según Alcolea, Oter y Martín¹⁸ se conoce como las cinco fases de Enfermería Basada en la Evidencia, las cuales se aplican a continuación de acuerdo con el tema en estudio.

3.2 PASOS DE LA PRACTICA CLINICA BASADA EN LA EVIDENCIA

INQUIETUD INVESTIGATIVA (SPIRIT OF INQUIRY)

El surgimiento de la inquietud investigativa conduce a preguntarse acerca del porqué de los cuidados prestados a los pacientes en su realidad cotidiana, Alcolea, Oter y Martín¹⁸.

La inquietud que surgió al momento de investigar el tema planteado nació a raíz de los diferentes casos de partos domiciliarios que suceden en el país actualmente y ponen en tela de duda la seguridad perinatal, por los incidentes sucedidos y donde los colegios profesionales e instituciones públicas, achacan de irresponsables y poco profesionales a los que realizan este tipo de actividad.

Si bien se mencionó anteriormente en el presente trabajo, no existe gran cantidad de información acerca del tema en el país, Ávalos¹⁹ menciona que los partos en casa en el país no tienen el aval de la Caja Costarricense del Seguro Social, ni el Ministerio de salud, de acuerdo a lo mencionado en una entrevista con el Dr. Rafael Salazar Portugués, coordinador de la Comisión Nacional de Mortalidad Materno Infantil, donde además señala que estas prácticas no están reguladas, pues según un criterio emitido en el 2014 por el Ministerio de salud son actividad privada.

A raíz de lo mencionado anteriormente y de la necesidad y compromiso, como profesional en Enfermería de velar por una atención de calidad y en pro de la seguridad de las mujeres, hijos y familia, caso en particular en el área Ginecoobstétrica y perinatal, por lo cual surge la idea de analizar la mejor evidencia científica referente al tema, para conocer cuál es la seguridad perinatal tanto en parto hospitalario como domiciliario.

PASO 1. FORMULACION DE LA PREGUNTA CLINICA

Posterior al planteamiento de la inquietud del por qué la necesidad de investigación del tema, se realiza la formulación de la pregunta clínica, la cual, según Alcolea, Oter y Martin¹⁸: “el planteamiento de la pregunta clínica susceptible de respuesta constituye, pues, la primera etapa de la PBE.”

Con la finalidad de facilitar y realizar una búsqueda de investigación eficaz, cumpliendo con un método específico de formulación de esta, la cual sea estructurada y precisa, es que Alcolea, Oter y Martin¹⁸ recomienda para ello el uso

del formato PICO que es el acrónimo en lengua inglesa de los componentes básicos que debe contener la pregunta clínica, donde cada letra tiene un significado:

P: Paciente o problema a estudio.

I: Intervención.

C: Comparación.

O: Resultados (outcomes, en inglés).

Luego de establecer los componentes del acrónimo donde P corresponde a las mujeres con embarazos sin complicaciones, la I de intervención en este caso a los partos que suceden a nivel domiciliario, la C de comparación con los partos hospitalarios y por último la O que corresponde a la seguridad perinatal; se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la seguridad perinatal y materna en el parto domiciliario comparado con el parto hospitalario, en mujeres que cursan un embarazo sin complicaciones?

Alcolea, Oter y Martin²⁰ recalcan que luego de formular la pregunta clínica, se debe conocer el diseño de estudio que se adecua a la interrogante, para la búsqueda de la mejor evidencia y así dar respuesta a la misma. Por lo cual se debe para ello identificar, qué tipo de pregunta se formuló.

Existen cinco tipos de preguntas, las cuales según Melnyk y Fineout citado por Alcolea, Oter y Martin²⁰: “es posible diferenciar entre preguntas de tratamiento, etiología, diagnóstico, pronóstico y significado. Otros autores distinguen entre cuestiones de tratamiento, etiología, diagnóstico, pronóstico, prevención, coste-

efectividad y calidad de vida”, lo anterior ya que la evidencia más apropiada para dar respuesta a la interrogante dependerá del tipo de pregunta planteada.

A continuación, se describen los tipos de pregunta según los autores mencionados por Alcolea y colaboradores:

- Tratamiento- Intervención: determinar qué tratamiento nos conduce al mejor resultado.
- Etiología: determinar los factores de riesgo o causas más relevantes de una enfermedad.
- Diagnóstico: determinar qué pruebas es más exacta y precisa en el diagnóstico de una enfermedad.
- Pronóstico: determinar el curso clínico a lo largo del tiempo y las complicaciones más probables de una enfermedad.
- Significado: identificar el significado de una experiencia para un individuo, grupo o comunidad concreto.

De acuerdo con lo anterior, se determinó que la pregunta planteada en la presente investigación es de tratamiento o intervención, ya que se pretende identificar cual es la seguridad perinatal en dos diferentes escenarios, en parto a nivel domiciliar y en el parto hospitalario.

Una vez determinada el tipo de pregunta de investigación, es importante definir cuáles tipos de estudio son los más apropiados para darle respuesta a la pregunta de investigación. Los diseños de estudios que responden este tipo de

pregunta clínica son los ensayos clínicos controlados y aleatorizados, revisiones sistemáticas y metaanálisis.

Para conocer mejor acerca de los diseños de estudio se describen a continuación la clasificación propuesta por Luengo²¹, donde explica de forma detallada cada uno de los tipos de investigación:

- **Los ensayos clínicos** o estudios que evalúan la eficacia terapéutica de determinadas medidas (que pueden ir desde la aplicación de un fármaco hasta un protocolo de actuación) suelen dividirse en uno o varios grupos de intervención para comparar los resultados. Se evalúa el tratamiento y su eficacia, por lo tanto, es útil en caso de preguntas de tratamiento o intervención.
- **Revisión sistemática**, son estudios en lo que la evidencia sobre un tema ha sido sistemáticamente identificada, criticada y resumida de acuerdo con unos criterios predeterminados.

Metaanálisis, son estudios estadísticos que permiten integrar los tipos de estudios que responden de manera más concreta la pregunta de investigación, son en general ensayos clínicos aleatorizados controlados y revisiones sistemáticas.

PASO 2. BÚSQUEDA DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

De acuerdo con el tipo de pregunta que se planteó se debe desarrollar la búsqueda de la evidencia, como lo cita Alcolea, Oter y Martin²⁰ esta fase tiene gran

importancia, ya que en ella se debe identificar la bibliografía existente y disponible para contestar a nuestro interrogante.

Luego de elegir las fuentes de información que se van a consultar se diseña una estrategia de búsqueda, la cual se describe a continuación:

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para que la búsqueda tenga validez metodológica, es necesario el establecer un mapa estratégico de búsqueda, basados en las siguientes fases:

a. Determinación de descriptores específicos

La determinación de los descriptores se da a partir de los términos y conceptos que se incluyen en la pregunta de investigación, para así desarrollar la búsqueda en sitios específicos, según la pregunta bajo el acrónimo PICO, se determinan los siguientes conceptos y sinónimos:

Tabla 2. Maestría Enfermería GOP: Determinación de descriptores específicos y sinónimo, 2018.

CONCEPTO	SINÓNIMO
Seguridad perinatal	Salud neonatal
Seguridad materna	Salud materna
Parto domiciliario	Parir en casa
Parto hospitalario	Parto institucional
Mujer gestante	Mujer embarazada
Embarazo sin complicaciones	Embarazo eutócico, gestación normal
Riesgo perinatal	Daño perinatal
Mortalidad perinatal	Muerte del neonato

Morbilidad perinatal	Enfermedad perinatal
----------------------	----------------------

b. Relación entre conceptos

Tabla 3. Maestría Enfermería GOP: Distribución de las relaciones existentes entre descriptores según conceptos planteados, 2018.

Concepto	Relación	Concepto
Seguridad perinatal y materna	favorece	salud neonatal y materna
Parto hospitalario o institucional	riesgo	perinatal y materno
Parto domiciliario o en casa	Riesgo	perinatal y materno
Mujer gestante o embarazada	Y	embarazo normal o eutócico
Riesgo o daño perinatal	en	parto domiciliario o en casa
Riesgo o daño perinatal	En	parto hospitalario o institucional
Mortalidad (muerte) perinatal	asociado	Parto domiciliario o institucional
Morbilidad (enfermedad) perinatal	Asociado	Parto domiciliario o institucional

Fuente: elaboración propia.

c. Traducción de los descriptores

La traducción de los descriptores es una herramienta vital, ya que la mayoría de las investigaciones o estudios encuentran en idiomas como el inglés o portugués,

por lo tanto, a continuación, se menciona la misma, para así realizar una búsqueda adecuada de la mejor evidencia científica.

Tabla 4. Maestría Enfermería GOP: Traducción de los descriptores en idioma inglés y portugués, 2018.

Descriptor	Inglés	Portugués
Seguridad perinatal	Perinatal safety	Segurança perinatal
Parto domiciliar	Home delivery	Parto domiciliar
Parto hospitalario	Hospital childbirth	Parto hospitalar
Mujer gestante	Pregnant woman	Mulher grávida
Embarazo sin complicaciones	Pregnancy without complications	Gravidez sem complicações
Riesgo perinatal	Perinatal risk	Risco perinatal
Mortalidad y morbilidad	Morbidity and mortality	Morbididade e mortalidade

Fuente: elaboración propia.

d. Criterios de inclusión para la recuperación de la evidencia

De acuerdo con los criterios de inclusión se debe delimitar según tiempo, población, tipo de estudio e idioma, para realizar la búsqueda bibliográfica.

- Tiempo: artículos que tengan un periodo de publicación entre los años 2012 y 2018.

- Población: se limitará a mujeres gestantes, que cursaron un embarazo sin complicaciones.
- Tipo de estudio: Ensayos clínicos controlados y aleatorizados, Revisiones sistemáticas o Metaanálisis.
- Idioma: artículos en idioma español, inglés o portugués.

e. Criterios de exclusión

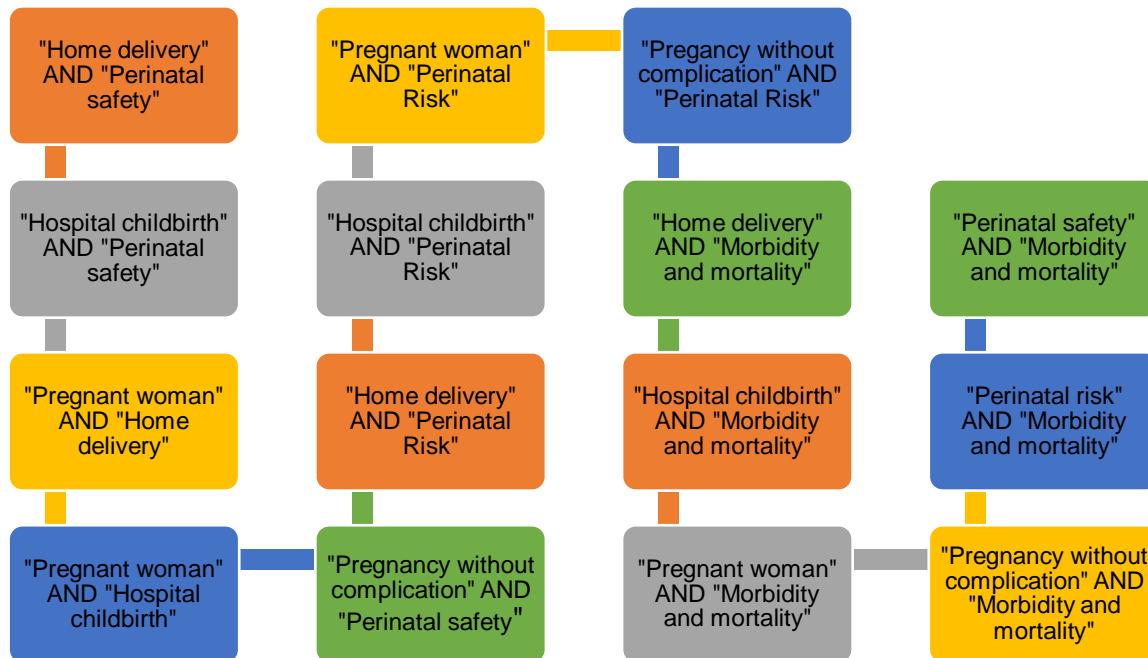
- Artículos que no se encuentren a texto completo.
- Investigaciones observacionales, ensayos, cartas al editor o artículos de periódicos.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA

Luego de establecer los descriptores, su traducción respectiva y los criterios de inclusión, se realizó un diagrama de flujo, en cual se incluyen todas las relaciones entre los descriptores, para la colocación de estos en los sitios de búsqueda seleccionados, MEDLINE, PUBMED y COCHRANE LIBRARY, y así obtener una cantidad de artículos los cuales se deben someter a lectura crítica.

A continuación, se presenta el mapa de búsqueda (Figura 1), con la secuencia de búsqueda, los descriptores y los operadores booleanos.

Figura 1. Maestría Enfermería GOP: Mapa de búsqueda de relaciones entre descriptores y secuencia de búsqueda, 2018.



Fuente: elaboración propia.

PASO 3. ANÁLISIS CRÍTICO DE LA EVIDENCIA

Luego de plantear la pregunta clínica y efectuar la búsqueda de la evidencia científica se debe realizar una valoración crítica o análisis crítico de la evidencia, como lo menciona Gonzales, Buñuel y Ochoa²²: “Esta fase va a resultar fundamental ya que a menudo la calidad de los artículos científicos es deficiente, no se ajustan al problema clínico que se trata de resolver, tienen errores metodológicos que comprometen los resultados o éstos son presentados de forma que limitan su

correcta interpretación”, siendo esta fase el paso 3 planteado en la Practica Basada en la Evidencia.

Se debe tener en cuenta que cualquier estudio debe cumplir con determinados criterios para que la información brindada sea útil. Alcolea, Oter y Martin²⁰ mencionan que: “La lectura crítica es una técnica que ofrece pautas para aumentar la efectividad de nuestra lectura permitiéndonos, de forma rápida, excluir artículos que son de calidad inadecuada para su aplicación en la práctica y evaluar sistemáticamente los que pasan la criba para extraer sus puntos más destacados”.

Los puntos importantes en los cuales nos debemos fijar al momento de realizar el análisis crítico son según Gonzales, Buñuel y Ochoa²² el tipo de población estudiada, el tipo de intervención terapéutica o diagnóstica evaluada, el diseño del estudio y los criterios empleados para la medición de los resultados.

Según el tipo de pregunta y el diseño del estudio la valoración crítica va a variar, existen criterios de valoración comunes a cualquier estudio como la relación entre el diseño de estudio y la población estudiada, tamaño de la muestra, seguimiento de los sujetos de estudio y análisis apropiados de los resultados e interpretación adecuada.

Alcolea, Oter y Martin¹⁸ mencionan tres cuestiones que son centrales a la hora de evaluar la calidad de los estudios en el proceso de la Practica Basada en la Evidencia:

1) ¿Son válidos los resultados del estudio?

2) ¿Cuáles son los resultados?

3) ¿Me resultarán útiles los resultados para el cuidado de mis pacientes?

Dentro de la valoración crítica se debe valorar el rigor metodológico, estableciendo si los métodos y resultados de las investigaciones son válidos y si su diseño y ejecución minimiza los posibles sesgos, además que es fundamental determinar si los resultados son aplicables al entorno clínico, por lo cual se debe ir desarrollando la habilidad y destrezas que se requieren para realizarlo de la mejor manera posible.

En la presente investigación en particular se utilizó el instrumento de la plataforma electrónica FLC versión 2.0, el cual consiste en una aplicación en línea que está diseñada para facilitar los procesos de lectura crítica y de síntesis de la evidencia, la misma contiene varias fichas de lectura crítica, para valorar los diferentes diseños de estudios y genera automáticamente “Tablas de Evidencia” a partir de los datos que fueron introducidos.

Finalmente, para la interpretación de los grados de evidencia y niveles de recomendación se utilizó la clasificación de los niveles de evidencia según el Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford; escala que se caracteriza por valorar la evidencia según el área temática o escenario clínico y el tipo de estudio que involucra al problema clínico en cuestión de acuerdo con lo mencionado por Manterola y Zanvando²³.

Cada una de las plantillas y tablas para valorar la evidencia, así como para la clasificación de los niveles de evidencia y grados recomendación se encuentran en los anexos del presente trabajo.

PASO 4. IMPLEMENTACION DE LA EVIDENCIA

Como cuarta etapa se plantea la transferencia de la evidencia a la práctica clínica, la cual consiste en la trasmisión de los resultados de la investigación a las instituciones, profesionales sanitarios y pacientes con el objetivo de propiciar, si es preciso, cambios en la práctica clínica, Alcolea, Oter y Martin¹⁸.

Se realizará la socialización de los resultados a través de un panfleto informativo, que resuma los aspectos más importantes de esta investigación y se de a conocer los resultados. Este documento se compartirá con los colegas del hospital Calderón Guardia. De esta forma se aportará conocimiento actualizado, basado en la evidencia, de manera tal que se mejore la práctica de Enfermería Obstétrica.

Para el presente trabajo de investigación se pretende la realización de un artículo científico que será sometido a un análisis para su posterior publicación en la Revista Enfermería Actual de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, por otro lado, se pretende la divulgación de los resultados, a los diferentes colegios de profesionales, y población en general, para hacer de conocimiento los resultados de la presente investigación.

PASO 5. EVALUACION DE LA IMPLEMENTACION

En esta última etapa del proceso es importante el efecto que ocasiona la investigación al momento de brindar cuidados y realizar cambios en nuestra práctica clínica sobre la calidad de los cuidados prestados, así como sobre la seguridad de la madre y el niño.

Además, como lo menciona Alcolea, Oter y Martin¹⁸ es importante objetivar el efecto de los cambios realizados en nuestra práctica clínica sobre la calidad de los cuidados prestados y los resultados en salud de los pacientes. Cerrar el proceso de la PBE con esta fase es garantía de una práctica segura y de calidad.

En el caso de la presente investigación corresponderá a los profesionales, principalmente a los especialistas en ginecoobstetricia y perinatal, que una vez implementados los resultados estos sean evaluados para concluir el proceso.

3.3 CONSIDERACION ETICAS

A continuación, se mencionan algunas de las faltas éticas comunes al momento de realizar una publicación científica las cuales son citadas por Laguna, Caballero, Lewis, Mazuera, Salamanca, Danza y Fourzali²⁴:

- Plagio: el cual puede definirse como un apropiamiento de ideas, palabras o resultados de otras personas sin otorgarles el reconocimiento que merecen, por lo tanto, en la presente investigación se utiliza las normas Vancouver, para la citación de artículos o autores.

- Conflicto de intereses: se presenta cuando un autor, revisor o editor tiene relaciones personales o financieras que pueden influenciar de manera inapropiada las acciones tomadas en curso de la investigación. En la presente investigación no existen este tipo de intereses, ni el afán de modificar los resultados.
- Confidencialidad y privacidad: a pesar de que es una investigación secundaria, este aspecto ético se conserva, los pacientes tienen derecho a la privacidad y a que ésta se mantenga y de caso contrario debe ser mencionada la autorización de este para su publicación.

A continuación, se presenta el análisis de los resultados.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El siguiente análisis se realizó mediante los pasos descritos en el apartado anterior de metodología, donde se describen los mismos para realizar la búsqueda en las diferentes fuentes de información.

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos, y el posterior análisis realizado para determinar la mejor evidencia científica disponible sobre el tema central, de acuerdo con los objetivos planteados dentro de la investigación.

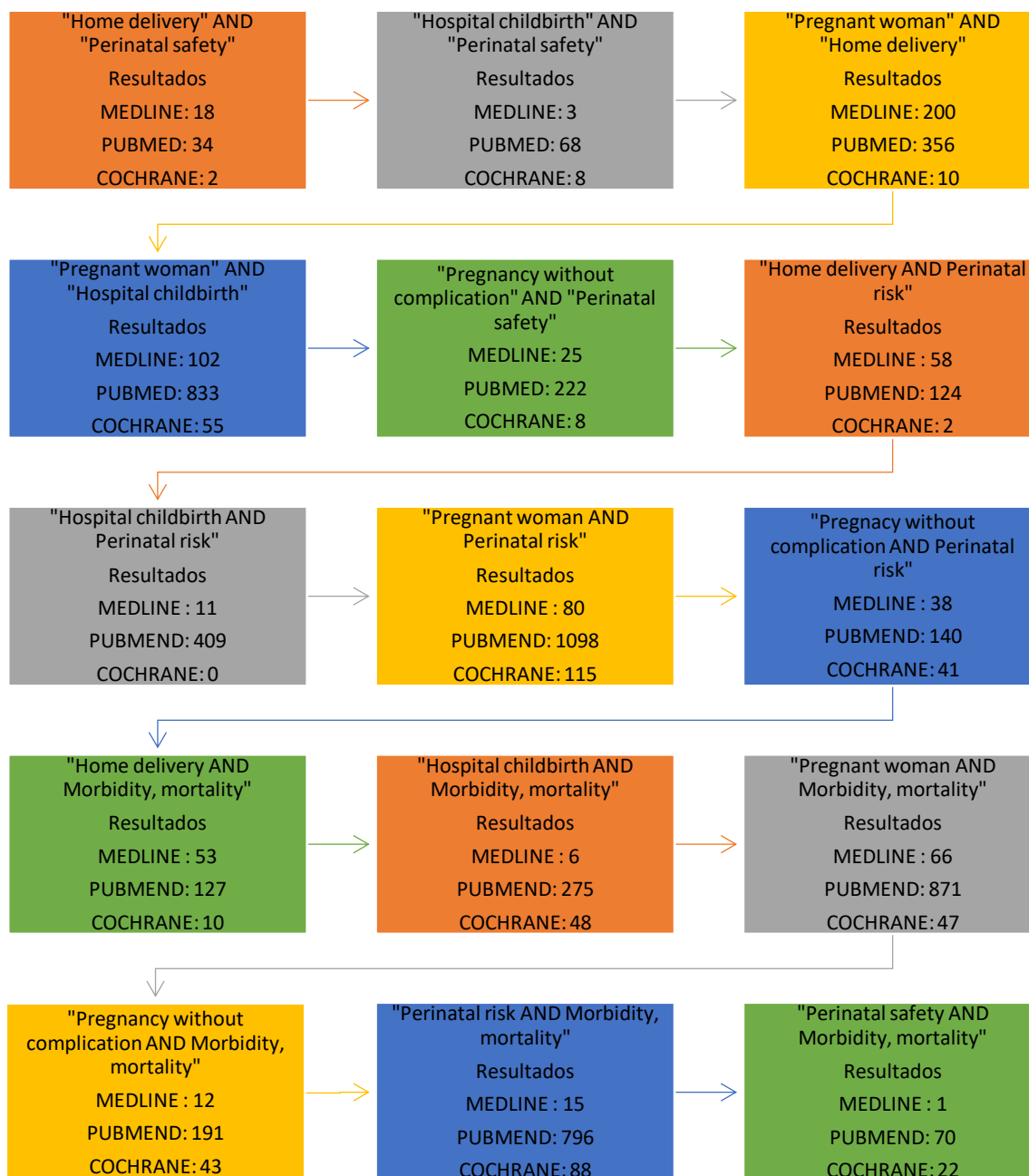
4.1 Presentación de Resultados

La búsqueda y síntesis de la evidencia encontrada se realizó durante los meses de marzo y octubre del año 2018, los resultados obtenidos para el análisis fueron revisados a través de la plataforma informática FLC versión 2.0.

Primeramente, se realizó la recolección de la información para su posterior análisis a través de las bases de datos MEDLINE, PUBMED Y COCHRANE LIBRARY, se seleccionaron publicaciones entre los años 2012 y 2018 la población se delimitó a mujeres gestantes de cualquier edad sin complicaciones o bajo riesgo, se incluyeron estudios de tipo Ensayos Clínicos de control aleatorizados, Revisiones sistemáticas y Metaanálisis, en idioma inglés, portugués y español.

En la siguiente figura se expresan los resultados obtenidos tras la aplicación del mapa de búsqueda y los resultados obtenidos para cada una de las bases de datos consultadas.

Figura 2. Maestría Enfermería GOP: Mapa de búsqueda de relaciones entre descriptores y secuencia de búsqueda, y resultados obtenidos por base de datos 2018.



Fuente: elaboración propia.

Como se nota en la figura 2 se encontraron gran cantidad de artículos relacionados con el tema, si bien es cierto dentro de la metodología se menciona

como criterio de inclusión el idioma portugués y español, no se recuperaron resultados, por lo que únicamente se expresan los resultados en inglés.

La búsqueda en todas las bases de datos recuperó un total de 6.801 artículos, los cuales fueron revisados de primera entrada por título para realizar un descarte de aquellos que su contenido no fuese importante para la investigación en curso. Luego de esa primera lectura y selección se excluyeron un total de 6.681 artículos, de los cuales quedaron 120 para un análisis más a fondo.

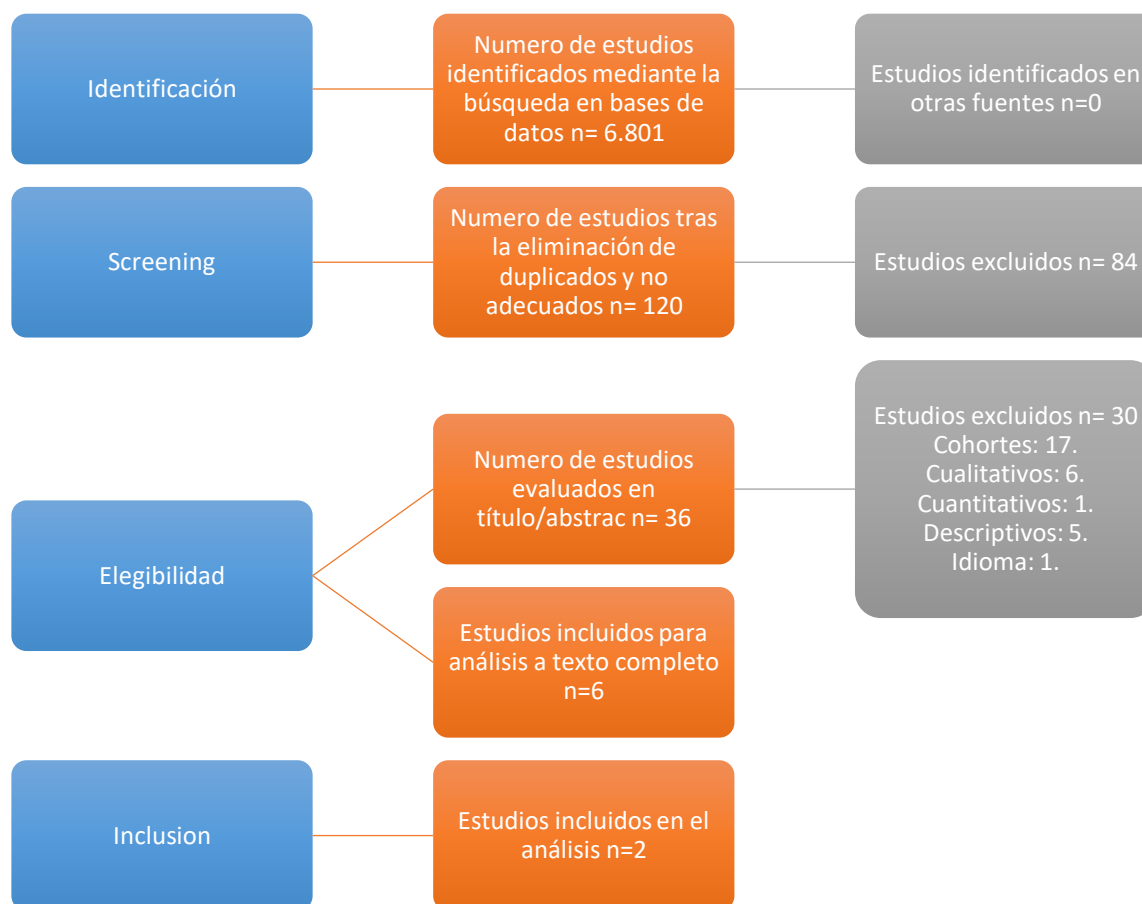
De estas 120 publicaciones, se realizó una segunda lectura con base al abstract, donde se revisó con detalle si cumplían con los criterios expuestos en el marco metodológico, así como si se encontraban repetidos, y si su contenido era de importancia para cumplir los objetivos planteados, de estos 120 artículos un total de 84 no eran adecuados de acuerdo con el tema de interés, y de los 36 restantes solo 6 cumplían con el criterio de tipo de investigación adecuada para el análisis.

Cabe recalcar que los artículos que quedaron excluidos, solo se acercaban o relacionaban al tema de investigación y se basaban principalmente en describir y mencionar las razones de elección del parto en un ambiente fuera de hospital y por otro lado la mayoría únicamente compara resultados tanto maternos como neonatales, como mortalidad, morbilidad, puntajes APGAR, procedimientos obstétricos y principales contraindicaciones, pero no se basaban en la seguridad perinatal y materna, además que eran investigaciones primarias, ya que la mayoría correspondían a estudios de cohortes, análisis mixtos o casos y controles.

De los 6 artículos de interés para análisis, se descartaron 4 por diferentes motivos los cuales se exponen a continuación, 2 fueron sometidos al FLC versión 2.0 para conocer su validez científica, los cuales eran los más idóneos para responder a la pregunta de investigación y objetivos.

Todo el proceso anterior se documenta en el siguiente diagrama Prisma.

Figura 3. Maestría Enfermería GOP: Diagrama de Prisma con resultados recopilados y excluidos, 2018.



Fuente: elaboración propia.

Se realizó un análisis a fondo de las 6 investigaciones que cumplían con el criterio de tipo de investigación necesaria para contestar la pregunta clínica, pero como se describe a continuación, únicamente dos se acercan al responder los objetivos planteados dentro de la presente investigación, las cuales fueron evaluadas para conocer su validez científica.

En la primera investigación realizada por Coxon, Chisholm, Malouf, Rowe and Hollowell en el 2017²⁵, exponen una Revisión Sistemática con la síntesis de la evidencia cualitativa de Reino Unido entre enero de 1992 y marzo del 2015, donde muestran un análisis de la evidencia cualitativa que explora las influencias en las experiencias de elección de lugar de nacimiento, preferencia y toma de decisiones de las mujeres desde la perspectiva de las que usan servicios de maternidad, si bien es cierto desarrolla el tema de elección de lugar de nacimiento, se limita únicamente a desarrollar el qué influye en la escogencia del mismo y no menciona o trata el tema de seguridad perinatal o materna, por lo cual esta investigación queda excluida para la evaluación del nivel de evidencia.

Por otro lado, cabe recalcar aspectos importantes encontrados en las conclusiones del estudio, como que, de acuerdo con Coxon, Chisholm, Malouf, Rwe and Hollowell²⁵: “Durante el período cubierto por la revisión, fue sencillo para las mujeres de bajo riesgo optar por el nacimiento en el hospital en el Reino Unido. Acceder al parto en el hogar fue más complejo y controvertido”. Ya que según los resultados de la investigación las preferencias de las mujeres por las diferentes opciones de nacimiento, ya sea hospitalarios o no, se determinan por sus valores,

creencias y experiencias preexistentes de partos anteriores, además que no todas las mujeres están dispuestas a ampliar sus experiencias.

La segunda investigación, una revisión sistemática, realizada por Henshall, Taylor and Kenyon en el 2016²⁶, queda excluida del análisis ya que pretendía establecer lo que se sabe sobre las perspectivas de las parteras sobre las discusiones con las mujeres acerca de sus opciones de dónde dar a luz y si se han implementado intervenciones para apoyar estas discusiones, como se puede notar el tipo de participantes fue limitada a parteras las cuales ejercieran en Europa, América del Norte o Australia, sumado a esto y que únicamente debate sobre el lugar de nacimiento.

La investigación realiza una comparación de los resultados de acuerdo con el lugar de nacimiento, en mujeres de bajo riesgo multíparas y primíparas, en unidades obstétricas, hospitales u hogares, información recabada en parteras, por lo cual como se mencionó queda excluida de la investigación en curso.

Se puede rescatar de la revisión realizada por Henshall, Taylor and Kenyon²⁶ que: “El debate sobre el lugar de nacimiento es importante para las mujeres y los servicios de maternidad; sin embargo, los detalles, el contenido y la presentación de estas discusiones no están claros”, dentro a los resultados expuestos en la investigación se puede destacar que las tasas de intervenciones se redujeron en todos los entornos fuera del hospital, en las mujeres multíparas de bajo riesgo no hubo diferencia significativa en los resultados de seguridad neonatal en comparación con un ambiente hospitalario o no, sin embargo por otro lado en las

mujeres nulíparas de bajo riesgo, los resultados fueron iguales para hospital o unidad de partería, pero para el hogar se evidenció pequeños y mayores riesgos de resultados perinatales adversos.

Dentro de las conclusiones planteadas por Henshall, Taylor y Kenyon²⁶: “La revisión ha sugerido la necesidad de un diálogo de lugar de nacimiento pragmático y comprensible que presente contenido estándar para asegurar que las parteras brinden a las mujeres de bajo riesgo información adecuada sobre sus opciones de lugar de nacimiento y la necesidad de mejorar el conocimiento de las parteras sobre el lugar de nacimiento”, como se describe es de relevancia la oportunidad que tienen las parteras para educar sobre el lugar adecuado para cada mujer para dar a luz basadas en información validada científicamente.

En la tercera investigación se encuentra una revisión sistemática pero mixta, ya que incluye una síntesis narrativa de la literatura cuantitativa, de igual forma del lugar de preferencia de nacimiento de las mujeres, realizada en Reino Unido, por Hollawell, Li, Malouf and Buchanan en el 2016²⁷. El objetivo de la revisión fue resumir la evidencia cuantitativa reciente sobre las preferencias de lugar de nacimiento de mujeres, identificando cuales son los atributos de los servicios que eligen las gestantes de bajo riesgo.

Como se evidencia nuevamente la investigación no cumple con los requisitos ya que su objetivo principal es plasmar las preferencias del lugar de nacimiento, donde no solamente se limita a hospitales y hogares, sino que también a unidades de obstétricas o unidades de partería.

Dentro de los resultados expuestos por Hollawell, Li, Malouf y Buchanan²⁷: “Los atributos y preferencias más comúnmente explorados se relacionaron con el alivio del dolor, la continuidad de la partera, la participación y disponibilidad del personal médico, el ambiente o atmósfera hogareña, el estilo de toma de decisiones, la distancia y tiempo de viaje y la necesidad de transferencia”, todo esto a raíz de la actualización de las Guías de Cuidado Intraparto en la región, que recomiendan que las mujeres saludables con embarazos de bajo riesgo deben ser libres al escoger el lugar de nacimiento.

Si bien en cierto la investigación no expone factores de seguridad o no evalúa la seguridad tanto perinatal como materna, objetivo primordial de la investigación que se realiza, cabe mencionar la conclusión citada por Hollawell, Li, Malouf y Buchanan²⁷: “La mayoría de las mujeres parecen valorar algunos atributos del servicio mientras que las preferencias son diferentes para los demás. Los encargados de formular políticas, los comisionados y los proveedores de servicios podrían considerar cómo ampliar la disponibilidad de los servicios que la mayoría de las mujeres valora”, para así poder brindar un mejor servicio a las mujeres que mayor se adapten a sus necesidades y preferencias.

Por último, se encuentra la siguiente investigación que fue realizada en África subsahariana, por Chinkhumba, De Allegri, Muula y Robberstad²⁸ en el 2014, es una revisión sistemática, la cual tenía como objetivo estimar a partir de datos secundarios cómo la mortalidad materna y perinatal en África SA, se ve afectada por el lugar de parto. Utilizando un protocolo definido, dos investigadores llevaron a

cabo la búsqueda en las bases de datos, sobre estudios de mujeres embarazadas y sobre el riesgo de mortalidad materna y perinatal, así como de muerte por lugar de parto o nacimiento.

Cabe señalar que en la región en la cual se basa la investigación la tasa de mortalidad es la más alta, con una tasa de mortalidad materna de 500 muertes por 100.000 nacimientos vivos y la perinatal es de 56 muertes por 100.000 nacimientos vivos, además que del total de nacimientos únicamente el 47% ocurre en instalaciones de salud. Se conoce que existe una falta de compromiso político, recurso humano y financiamiento lo cual produce una baja calidad en la atención, lo que probablemente hace que la mayoría de las mujeres opte por finalizar sus embarazos en las casas.

Dentro de los resultados expuestos por los investigadores se puede notar que, para la mortalidad perinatal, las probabilidades son significativamente más altas en el hogar en comparación con las instalaciones. La tasa de mortalidad perinatal general por lugar de parto es de 63 por 1000 nacimientos, en el hogar es de 70 por 1000 nacimientos, el índice de mortalidad perinatal en instalación es de 56 por 1000 nacimientos y el porcentaje de riesgo atribuible a mortalidad perinatal es de un 21% (IC 95%: -6.40), lo cual quiere decir que se podrían evitar 14 muertes perinatales por cada 1000 nacimientos si las mujeres dieran a luz en los establecimientos, con la reducción del 21%.

En cuanto a la mortalidad materna la tasa de mortalidad ponderada global es de 727 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, específicamente en el hogar es de

599 por cada 100 000 nacidos vivos y en instalaciones 945 por cada 100 000 nacidos vivos. Al contrario de la mortalidad perinatal las madres tienen mayor riesgo de morir en instalaciones de salud, probablemente según los autores porque las mujeres que recurren a las instalaciones tienen un riesgo significativamente mayor de muerte en comparación con las de los hogares, ya que presentan condiciones patológicas agregadas, de acuerdo a lo anterior la investigación se descarta para su análisis posterior para dar respuesta la pregunta planteada dentro del presente estudio, ya que se incluyeron embarazadas con factores de riesgo y patologías agregadas, lo cual podría ser la causa de la alta tasa de mortalidad materna en las instalaciones de salud.

Dentro de las conclusiones hacen referencia a la necesidad de esfuerzos de mejora de la calidad en las instalaciones de salud, capacitación del personal, para así brindar una mejor calidad de los servicios y lograr disminuir el riesgo de mortalidad materna y perinatal, la práctica actual de la región es alentar a las que tienen factores de riesgo a escoger las instalaciones.

A continuación, se presenta la matriz de inclusión de los artículos que se evaluó la calidad, nivel de evidencia y grado de recomendación según Oxford.

Tabla 5. Maestría Enfermería GOP: Matriz de inclusión de artículos, 2018.

AUTORES		TITULO	METODO	RESULTADOS
Scarf	VL,	Resultados	Diseño: Revisión	No hubo
Rossiter	C,	meternos	y Sistemática	y diferencias
Vedam S, Dahlen		perinatales	por Metaanálisis.	significativas en
HG, Ellewood D,		lugar	de	las probabilidades

Forster	D,	nacimiento	Objetivo:	de muerte fetal
Foureur	MJ,	planificado en	Comparar los	intraparto según el
McLachlan	H,	mujeres con	resultados	lugar de
Oats J, Sibbritt D,	D,	embarazos de	maternos y	nacimiento, no
Thornton	y	bajo riesgo en	perinatales de	hubo diferencias
Homer CSE.		países de ingresos	diferentes lugares	significativas en
		altos: una revisión	de nacimiento, por	las probabilidades
		sistemática y un	medio de una	de muerte
		metaanálisis.	revisión	neonatal temprana
			sistemática de	(0-7 días) en
			información de	relación con el
			alta calidad y	lugar de
			metaanálisis de	nacimiento.
			información	
			apropiada.	
				<p>El metaanálisis de 4 estudios de partos domiciliarios planificados identificó probabilidades significativamente más bajas de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), que los partos hospitalarios.</p> <p>Las mujeres que planean partos en el hogar tienen casi tres veces más probabilidades de tener un parto vaginal normal (no instrumental) que</p>

las mujeres que planean un parto en el hospital.

Las probabilidades de traumatismo perineal severo fueron significativamente menores en los partos en el hogar.

La hemorragia post parto severa fue significativamente menos probable en los partos planificados en el hogar que en los de hospital.

Nivel de evidencia	B
Grado de recomendación	2^a
Rossi C y Prefumo F.	<p>Parto en casa planificado versus parto en hospital planificado en mujeres de embarazo de bajo riesgo: una revisión sistemática con metaanálisis.</p> <p>Diseño: Revisión sistemática, metaanálisis.</p> <p>Objetivo: Cuantificar los resultados de los embarazos planificados en casa versus planificados en el hospital, asistidos por parteras.</p> <p>Las mujeres que parieron en casa planificado tienen más alto índice de parto espontáneo en comparación con las que parieron en hospital (OR: 2.075; IC 95%: 1.654-2.603), menor riesgo de parto</p>

instrumentado (OR: 0.479; IC 95%: 0.430-0.533), y el riesgo de cesárea fue menor en las que planearon su parto en casa que las que planearon su parto en hospital (OR: 0.607; IC 95%: 0.553-0.667).

Las mujeres que planearon su parto en casa presentaron más alto riesgo de laceraciones de III-IV grado en comparación con las que planificaron el parto en hospital (OR: 1.870; IC 95%: 1.791-1.953).

En los resultados neonatales, los partos planificados en el hogar presentaron menor riesgo de distocia en comparación con los planificados en hospital (OR: 0.287; IC 95%:

	0.133-0.618), el riesgo de un puntaje bajo de Apgar y asfixia neonatal fue similar entre ambos grupos (OR: 0.740; IC 95%: 0.531-1.031).
	El riesgo de muerte perinatal no difiere entre los dos grupos y no fue significativo en ambos grupos (OR: 1.316; IC 95%: 0.649-2.669).
Nivel de evidencia	B
Grado de recomendación	2^a

Fuente: elaboración propia.

La tabla anterior muestra algunos de los aspectos evaluados en los estudios, sin embargo, por lo amplio de los mismos se explica a continuación cada uno de ellos con mayor detalle, además se describen aspectos metodológicos de la evaluación de la calidad lo que permitió seleccionar los estudios más acordes y con más alto nivel de evidencia y calidad.

La primera investigación, fue realizada por Scarf, Rossiter, Vedam, Dahlen, Ellwood, Forster, Foureur, McLachlan, Dats, Sibbritt, Thornton y Homer²⁹ en el 2017

la misma tenía como objetivo comparar los resultados maternos y perinatales de diferentes lugares de nacimiento mediante una revisión sistemática y metaanálisis, se realizó en países de altos ingresos donde se le brinda a la embarazada la posibilidad de finalizar su embarazo en un hospital, casa de habitación o centro de partería.

Los investigadores se plantearon como pregunta de investigación, que, si son los resultados perinatales y maternos significativamente diferentes de los partos planificados en el hogar, en centros de parto u hospitales, para las mujeres con embarazos de bajo riesgo como principal criterio de inclusión, en países de altos ingresos.

Se puede notar que la investigación la realizaron también incluyendo los centros de partos, pero para aspectos del presente estudio es una de las que más se acerca a responder los objetivos planteados, de igual forma los análisis se realizan en comparación parto planificado en casa versus parto planificado en hospital.

Realizaron la búsqueda de los artículos en diferentes bases de datos, hicieron un descarte de los que no eran adecuados y no cumplían con criterios de calidad, el procedimiento fue llevado a cabo por dos investigadores, de un total de 4059 investigaciones y 8 más de otras fuentes, solamente llegaron a analizar 28 posterior a todo el proceso de descarte, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y proporcionaron datos que fueran comparativos.

Se realizó una evaluación del sesgo, sensibilidad y calidad, donde utilizaron el Índice de Calidad de Investigaciones del Lugar de Nacimientos ResQu, el cual es un sistema de evaluación crítica reciente con 27 criterios y que otorga un porcentaje. Por otro lado, calcularon la razón la probabilidad OR y riesgo relativo, además del uso de porcentajes.

Dentro de los criterios de inclusión se encontraba que las participantes fueran mujeres saludables con embarazos de bajo riesgo, que dieran a luz en países de altos ingresos, metodológicamente que fueran investigaciones de cohortes, prospectivas o retrospectivas, publicadas entre el 2000 y 2016, en idioma inglés, y que comparara los resultados de dos o más lugares de nacimiento.

Principalmente se basaron en artículos que proporcionaran evidencia sobre uno o más de los nueve resultados que abordan dimensiones importantes de la morbimortalidad perinatal, el modo de nacimiento y morbilidad materna, así como lo es el nacimiento intraparto, mortalidad neonatal temprana (0-7 días), ingreso a la UCIN, parto vaginal normal, parto instrumentado, cesárea, estado del periné, trauma perineal grave y hemorragia post parto >1000 ml.

Los autores mencionan que la importancia universal del bienestar materno y neonatal es incuestionable y que sin embargo el impacto del lugar de nacimiento en la seguridad y el bienestar es ampliamente debatido a nivel mundial. Este debate se basa principalmente en las diferentes conclusiones de las investigaciones y toma mayor tamaño con la gran variedad internacional y hasta regional en la atención y prestación de servicios de salud en maternidad y lugares para el nacimiento.

De igual forma los investigadores señalan que existen muchos retos metodológicos en las investigaciones existentes, principalmente sobre el lugar de nacimiento, ya que combinan el riesgo o utilizan fuentes de datos no confiables, así como el sesgo de los partos en casa cuando no son planificados o sin parteras calificadas, por otro lado también la existencia de un contexto diverso en la prestación de los servicios de maternidad con inconsistencias en la disponibilidad de datos, criterios de inclusión y definiciones claves.

Si bien es cierto la investigación no trata en sí de la seguridad perinatal y materna, es una de las que más se aproxima y arroja conclusiones importantes, al revelar los resultados y comparar los partos en casa como de hospital, permitiendo crear un panorama de la situación actual y de la seguridad tanto materna como perinatal, además que la investigación es de una calidad de evidencia alta.

Los resultados infantiles más relevantes de la investigación reflejan que no hubo diferencias significativas en las probabilidades de muerte fetal intraparto según el lugar de nacimiento (hogar-hospital) y no existió diferencias significativas en las probabilidades de muerte fetal temprano (0-7 días). El metaanálisis de 4 de los estudios analizados de partos domiciliarios planificados identificó probabilidades significativamente más bajas de ingreso a la UCIN, que en los partos hospitalarios. De igual forma los bebés de mujeres multíparas tenían una probabilidad significativamente menor de ingreso a la UCIN si el parto se daba en casa en comparación con los de hospital.

Los datos maternos según el modo de nacimiento reflejan que las mujeres que planeaban partos en el hogar tienen casi 3 veces más probabilidades de tener un parto vaginal normal (sin instrumentación), que las mujeres que planeaban parto en hospital, además que tenían probabilidades significativamente más bajas de cesárea.

En cuanto al estado intacto del perineo, solo dos estudios analizados investigaron el aspecto, y las mujeres que planeaban su parto en casa tenían una probabilidad significativamente más alta. Las probabilidades de traumatismo perineal severo fueron significativamente menores en los partos en el hogar.

Y por último en cuanto a la hemorragia severa post parto, fue significativamente menos probable en los partos planificados en el hogar que los de hospital.

Los autores de la investigación tras el análisis llegaron a plantear como conclusión que los resultados demuestran que, entre los estudios cuidadosamente seleccionados de mujeres con embarazos de bajo riesgo en países de altos ingresos, el lugar de nacimiento planificado parece tener poco impacto significativo en los resultados perinatales adversos, pero una probabilidad de ingreso a la UCIN significativamente menor para los bebés de mujeres que planearon tener su parto en el hogar. Además, las mujeres que planeaban dar a luz en un centro de parto o en el hogar tenían probabilidades significativamente más bajas de intervenciones obstétricas, hemorragia severa y morbilidad en el trabajo de parto y el parto.

Por último, durante el 2017 se realizó una investigación por parte de Rossi y Prefumo³⁰, donde el objetivo principal fue cuantificar los resultados del parto planificado en el hogar comparado con el hospital, ya que según lo menciona, no hay una adecuada cuantificación de la morbilidad materna y neonatal de las mujeres que planean el parto en el hogar.

Realizaron una revisión sistemática de la morbilidad materna y neonatal de los partos en casa en comparación con los planificados en el hogar, dentro de las investigaciones que incluyeron se encontraban estudios prospectivos, retrospectivos, cohortes, casos y controles, con criterios de inclusión como embarazos de bajo riesgo (sin enfermedades agregadas como HTA-DM-insuficiencia renal, feto vivo, embarazo mayor a 37 semanas y membranas ovulares integras) que se realizaran entre el 2000 y 2017, que fueran en idioma inglés y además que presentaran resultados como morbilidad y mortalidad materna y neonatal, intervenciones médicas y por último lugar de parto.

La revisión incluyó para el análisis un total de 8 estudios de un total de 4294, posterior al descarte, donde fueron un total de 14.637 partos en casa contra 30.177 partos en hospital, de los cuales en casa el 37% y 42,7% en hospital eran primíparas respectivamente. Los temas de interés era el modo de parto (espontáneo, instrumentado o cesárea), características de la línea base, intervenciones médicas (epidural, episiotomía y monitoreo), laceraciones del periné, complicaciones intra y post parto como distrés fetal, distocia, hemorragia post parto, morbilidad, mortalidad materna y perinatal.

Dentro de los resultados encontraron que las mujeres que parieron en casa tuvieron más índice de parto espontáneo (OR: 2.075, IC 95%: 1.654-2.603), presentaron que de igual forma las mujeres que parieron en casa mostraron menos riesgo de parto operativo (instrumentado) y el riesgo de cesárea fue menor en las que eligieron la casa (OR: 0.607, IC 95%: 0.553-0.667).

Además, en los resultados se evidencia que las que parieron en casa tuvieron menor riesgo de hemorragia post parto (OR: 0.692, IC 95%: 0.634-0.755) aunque la diferencia no fue significativa en la casa de 7.9% y en el hospital 8.9%, por el contrario, en el hogar las mujeres tuvieron mayor riesgo de laceración.

Un aspecto importante es el traslado a un centro de salud en los casos que eligieron el parto en casa, es la única investigación que lo menciona, y el cual es un aspecto muy importante en cuanto a seguridad, un 82.2% de los traslados a un hospital se realizaron intraparto y el 17.7% se realizó post parto, del total de traslado el 43.0% fue por causas maternas y el 57.0% fue por causas fetales, para un total de 107 traslados.

En cuanto la morbilidad neonatal se analizaron los resultados de distocia y mencionan que los partos en casa tienen menor riesgo (OR: 0.287, IC 95%: 0.133-0.618), no hubo diferencia entre los dos grupos en cuanto a al bajo Apgar, asfixia neonatal y riesgo de muerte perinatal.

La revisión muestra que los resultados maternos y neonatales de mujeres que planearon parir en casa son similares a las que eligieron por el hospital, los autores plantean que se necesitan más investigaciones para comparar los

resultados además que la seguridad de la labor y del parto no depende del lugar de nacimiento, muchas complicaciones pueden ocurrir en cualquier lugar, y las mismas no pueden ser predictivas como lo es el distrés respiratorio, distocias, abrupso placentae, prolapso de cordón y hemorragias, pero requieren de un rápido manejo e indiscutiblemente de acuerdo a los autores el hospital es más seguro cuando esto ocurre. Dentro de las conclusiones plantearon que los partos en hospital son más propensos a recibir intervenciones médicas, monitoreo fetal y parto rápido cuando se presentan complicaciones, lo cual genera un ambiente más idóneo.

La investigación expuesta anteriormente tiene un nivel de calidad media según el análisis en el FLC versión 2.0, el resultado ya que no menciona específicamente la pregunta de investigación, pero se incluye porque si hace mención del objetivo de estudio y deja claras las intenciones del estudio, además no menciona los conflictos de interés, aunque realizan la aclaración de que no recibieron financiamiento en el diseño del estudio, la recopilación de datos, el análisis, la interpretación de los datos, por lo cual se incluye en el análisis final de la presente investigación.

Tras la exhaustiva lectura crítica de los artículos seleccionados como de interés para el presente estudio, se determina que los dos artículos mencionados, corresponden a los de más alta calidad por lo que a través de estos se dará respuesta a la pregunta clínica plantea y objetivos del presente estudio.

4.2 Análisis de resultados

Primer objetivo: indagar en la mejor evidencia científica disponible que respalda la seguridad perinatal y materna en el parto domiciliar.

Al realizar un análisis de la evidencia disponible, según Scarf et al.²⁹ las investigaciones sugieren la existencia de seguridad perinatal en los partos en casa, lo que demuestran con la baja probabilidad de ingreso a la UCIN, los autores exponen en el metaanálisis realizado con cuatro de los estudios de partos domiciliarios planificados donde la probabilidad de ingreso a la UCIN en las niñas de madres que parieron en casa es significativamente más baja, haciendo énfasis en los que eran de madres multíparas.

Además, que de acuerdo con lo expuesto por Rossi y Prefumo³⁰, donde respalda que en cuanto la morbilidad neonatal el riesgo de distocia es menor en los partos en casa en comparación con los partos en hospital, pero no hubo diferencia entre los dos grupos en cuanto al bajo Apgar, asfixia neonatal y riesgo de muerte perinatal.

Dentro de las principales complicaciones perinatales se encuentran la asfixia perinatal y las distocias, las cuales pueden afectar el bienestar fetal y aumentar la morbimortalidad, necesitando la pronta intervención así como la reanimación neonatal y traslado a las UCIN, como lo menciona Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹¹ la asfixia puede ser causa directa de morbilidad o mortalidad perinatal, además, de igual forma las distocias que pueden ser causadas por un descenso fetal inadecuado durante el parto, ya sea por trabajo de parto

prolongado, detenido y pujo ineficaz materno como lo menciona Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse and Spong¹⁵.

Por otro lado, se respalda la seguridad materna ya que se demostró según la planteado por Scarf et al.²⁹ que las mujeres que planeaban los partos en el hogar tenían casi 3 veces más probabilidades de tener un parto vaginal normal, al igual que la probabilidad de cesárea, parto instrumentado o con el uso de anestesia e inducciones de la labor de parto es significativamente más baja que en las que planearon el parto en hospital.

De igual forma como se menciona anteriormente, se refuerza la existencia de seguridad materna en los partos en casa por los expuesto en la misma investigación de Scarf et al.²⁹ donde se recalca que la probabilidad del estado del periné intacto en mujeres que planearon un parto en casa es significativamente más alta y la menor probabilidad de hemorragia posparto severa.

En cuanto a la seguridad materna en la investigación realizada por Rossi y Prefumo (30) se nota que las mujeres que parieron en casa tuvieron mayor índice de parto espontaneo, menor riesgo de parto instrumentado y el riesgo de cesárea fue menor.

Se sabe que dentro de las principales complicaciones maternas que pueden afectar la seguridad se encuentran las laceraciones o desgarros, hemorragia postparto. Además, que dentro de la evaluación de riesgo que se realiza durante la labor de parto se pueden identificar situaciones que sugieren un bajo riesgo obstétrico, como lo es el parto espontáneo y ausencia de perdida hemática

importante mencionado por Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹¹, lo cual disminuye el riesgo de complicaciones.

Segundo objetivo: indagar en la mejor evidencia científica disponible que respalda la seguridad perinatal y materna en el parto hospitalario.

En cuanto a la seguridad materna en los partos en hospital, se evidencia que de acuerdo con Rossi y Prefumo³⁰ las mujeres que parieron en hospital tuvieron menor riesgo de laceraciones, pero era más común que se diera un parto instrumental en comparación con las que parieron en casa.

Por otro lado, la mejor evidencia disponible hace énfasis en lo expuesto por Rossi y Prefumo³⁰ los cuales mencionan que los partos asistidos en hospital son más propensos a recibir intervenciones médicas, monitoreo fetal y parto rápido en caso de complicaciones obstétricas, lo cual permite una atención oportuna en caso de emergencia, aspecto que indiscutiblemente será más adecuado en un centro hospitalario que en hogar.

En cuanto al parto en hospital y la seguridad materna la atención eficaz y oportuna es primordial, con la aplicación de acciones para corroborar la seguridad materna y perinatal como lo son las intervenciones médicas y monitoreo fetal. Además, que como lo menciona Guana, Cappadona, Di Paolo, Pellegrini, Piga y Vicario¹¹ para optimizar la asistencia y garantizar la máxima seguridad, es oportuno estar en contacto con las estructuras hospitalarias de la zona y con su equipo médico y obstetras, con el fin de ofrecer una rápida asistencia en los casos que necesiten hospitalización urgente.

Tercer objetivo: comparar los resultados obtenidos de la mejor evidencia científica disponible de la seguridad perinatal y materna en el parto domiciliario en comparación con el parto hospitalario.

Los resultados de la mejor evidencia científica disponible en cuanto a la seguridad perinatal demuestran que las probabilidades de mortalidad perinatal no difieren entre los nacimientos planificados en hospital y en el hogar, como lo evidencia Scarf et al.²⁹ no hubo diferencias significativas en las probabilidades de muerte fetal intraparto según el lugar de nacimiento, de igual forma que no existió diferencias significativas en las probabilidades de muerte neonatal temprana (0-7 días), únicamente haciendo hincapié en las bajas probabilidades de ingreso a la UCIN por parte de los bebés nacidos en el hogar.

De igual forma de acuerdo con la evidencia de las investigaciones se demuestra que la mortalidad perinatal no difiere entre los dos grupos de estudio, y que de acuerdo con Rossi y Prefumo³⁰ el riesgo de sufrir asfixia perinatal o bajo APGAR es igual en ambos grupos. Rescatando de la misma investigación que en casa el riesgo de sufrir distocia es menor en los niños que nacieron en hogar.

Como se menciona, no existe diferencia significativa entre los resultados perinatales entre los bebés nacidos en partos domiciliarios o partos hospitalarios, aunque cabe recalcar que el riesgo de ingreso a la UCIN y de sufrir distocias es menor en los que nacieron en casa.

En cuanto a la seguridad materna y los resultados de la mejor evidencia científica, se destaca que en la investigación realizada por Scarf et al.²⁹ se concluye

que los datos maternos combinados de los estudios seleccionados indican probabilidades más bajas de intervenciones y morbilidad materna, así como probabilidades más altas de partos vaginales normales en los partos planificados en el hogar en comparación con los de hospital.

Nuevamente se evidencia que el parto en casa es probablemente más seguro ya que de acuerdo con los expuesto por Rossi y Prefumo³⁰ los resultados maternos son muy similares en ambos grupos comparados, pero las mujeres que optaron por el parto en casa tuvieron 2 veces más probabilidad de un parto espontáneo, además que existió un riesgo ligeramente mayor de hemorragia posparto en las que escogieron el hospital como lugar de parto.

En el caso de las mujeres que optaron por parir en casa se evidencia que existen más resultados favorables como lo es disminución de la morbilidad, menor riesgo de hemorragia posparto, partos espontáneos y probabilidades más bajas de intervenciones. Sin embargo, es de suma importancia recalcar que las mujeres que parieron en hospital tenían lógicamente más pronta atención, monitoreo e intervenciones de emergencias como parto rápido.

A pesar de la existencia de gran cantidad de investigaciones y artículos sobre el parto domiciliario en comparación con el parto hospitalario la gran mayoría se enfoca en determinar el riesgo de que se presenten ciertas complicaciones tanto maternas como fetales, demostrar los resultados maternos y perinatales, así como la razón de elección del lugar de nacimiento o experiencias vividas en ambos escenarios tanto por parte de las embarazadas como por los profesionales que

asisten los partos y no en esclarecer la existencia o no de seguridad en ambos escenarios, además de la deficiente calidad de las investigaciones y la diversa variedad de variables evaluadas, sumado a esto la variedad de sistemas de salud a nivel mundial y protocolos.

Cabe destacar que los estudios mencionan el proceso de parto planificado en el hogar, el cual debe incluir un adecuado control prenatal, seguimiento y detección de factores de riesgo, así como la presencia de la alternativa de parto en casa dentro del sistema de salud.

Sin embargo, a pesar de lo anterior y de acuerdo con lo expuesto en el análisis se da respuesta a la pregunta de investigación planteada en donde las mujeres que cursan un embarazo sin complicaciones, el parto domiciliario provee el mismo nivel de seguridad perinatal y materna, al igual que el parto hospitalario por su pronta respuesta ante eventuales complicaciones o emergencias.

CONCLUSIONES

Luego de evaluar la mejor evidencia científica disponible sobre la seguridad perinatal y materna en el parto domiciliario en comparación al parto hospitalario se concluye que:

- El parto domiciliario planificado provee seguridad tanto materna como perinatal, al igual que sucede en el parto hospitalario, en los lugares donde el parto domiciliario planificado en casa está incluido como plan de parto.
- Los resultados maternos y perinatales no difieren en cuanto al lugar de nacimiento, pero si existe una disminución en las intervenciones y morbilidad en el parto domiciliario planificado.
- El control prenatal apropiado y el seguimiento en los diferentes niveles de atención, en conjunto con un enfoque de riesgo, permite disminuir las posibles complicaciones y proporcionar seguridad materna y fetal; además de la planificación adecuada del parto en casa o en hospital.
- El embarazo y parto son procesos naturales y fisiológicos, los cuales pueden cambiar su rumbo, así como las complicaciones pueden ocurrir en cualquier lugar, por lo cual se deben tomar las previsiones para abordar alguna posible eventualidad o complicación.
- Es necesario para la atención de partos domiciliarios planificados la existencia de una red de transporte oportuna y adecuado al centro de salud más cercano, además de una buena comunicación con el mismo en caso de emergencia.

RECOMENDACIONES

Tras la conclusión del presente estudio, se plantean las siguientes recomendaciones para los entes rectores de salud a nivel nacional, instituciones que prestan servicios de salud, así como a los profesionales en ciencias de la salud y estudiantes.

Se recomienda a las instituciones que proporciona servicios de salud a nivel nacional, así como a los colegios profesionales en salud, velar por la adecuada aplicación y cumplimiento de los programas y normas que involucran una atención de calidad enfocada a la madre y al niño.

Se recomienda realizar investigaciones primarias a nivel nacional, para evaluar y determinar el panorama actual del país en cuanto a los partos a domiciliarios planificados, y así poder identificar cuáles son los factores que determinan a la población a optar por un parto fuera del ambiente hospitalario.

Finalmente, a los y las profesionales en salud, principalmente del área de ginecología, obstetricia y perinatal, se les recomienda la constante actualización científica en cuanto a las diferentes alternativas de parto e intervenciones basadas en evidencia, así como velar siempre por la seguridad materna y perinatal en los diferentes niveles de atención, sin dejar de lado el buen trato.

De igual forma a los profesionales en Enfermería GOP, trabajar en conjunto con las diferentes especialidades de Enfermería a fin con la salud materna y del niño, para siempre velar por la seguridad de ambos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Janssen P, Saxell L, Page L, Klein M, Liston R, Lee S. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. CMAJ [Internet]. 2009 septiembre [acceso 20 de febrero 2018]; 181(67). Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19720688>
2. González J, Buñuel J. El parto domiciliario triplica la mortalidad neonatal respecto al parto hospitalario. Evid Pediatr [Internet]. 2010 septiembre [acceso 20 de febrero 2018]; 6:59. Disponible en http://archivos.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/_LLP3k9qgzlh7aNQBiadwmQzSGBsZTC3sutBaXZ4u3yrlQs_vsRv5TwfVwj7fIXmLrDJ0C0wcaV0-ol0KLdSyjg
3. Colacioppo P, Koiffman M, Gonzalez Riesco M, Schneck C, Osava R. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. Rev. esc Enferm. [Internet] 2010 diciembre [acceso 20 de febrero 2018]; III(2): [81-90]. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100460&lng=en&nrm=iso&tlng=es
4. Koettker J, Brüggemann O, Dülloth R, Monticelli M, Knobel R. Comparação de resultados obstétricos e neonatais entre primíparas e múltiparas assistidas no domicílio. Ciencia y enfermería. [Internet] 2015 Agosto [acceso 20 de febrero]; 21(2):[113-125]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/283911261_COMPARACAO_DE_

RESULTADOS Obstetricos e Neonatais entre Primiparas e Multiparas Assistidas no Domicilio

5. Grünebaum A, McCullough L, Sapra K, Brent R, Levene M, Arabin B, et al. Apgar score of 0 at 5 minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting. *A J Obstet Gynecol*. [Internet] 2013 Octubre [acceso 20 de febrero 2018]; 209(4): [323.e1-6]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23791692>
6. Flores G, Reyes L, Rivero D, Hernández L. Morbilidad neonatal por parto fortuito en un hospital general. *Acta Pediátrica México*. [Internet] 2014 junio [acceso 20 de febrero 2018]; 35[173-178]. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000300002
7. Jonge A, Geerts CC, van der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG*. [Internet] 2015 septiembre [acceso 20 de febrero 2018]; 122:720–728. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25204886>
8. Snowden J, Tilden e, Snyder J, Quigley B, Caughey A, Cheng Y. Planned out-of-hospital birth and birth outcomes. *N Engl J Med*. [Internet] 2015 Diciembre [acceso 20 de febrero 2018]; 373(27). Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25204886>

9. Hutton E, Cappelletti A, Reitsma A, Simioni J, Horne J, McGregor C, et al. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *CMAJ [Internet]* 2016 Marzo [acceso 20 de febrero 2018]; 188(5): E80–E90. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26696622>
10. Sedano M, Sedano C, Sedano R. Reseña Historica e Hitos de la Obstetricia. *Rev. Med. Clin. Condes. [Internet]* 2014 septiembre [acceso 20 de febrero 2018]: 25(6) 866-873. Disponible en http://www.academia.edu/20727391/Rese%C3%B1a_hist%C3%B3rica_e_hitos_de_la_obstetricia
11. Guana M, Cappadona R, Di Paolo A, Pellegrini M, Piga M, Vicario M. *Enfermería Ginecoobstetrica*. Mexico: Mc Graw Hill; 2009.
12. Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) [Internet] Costa Rica. 2015 septiembre. [acceso 20 de febrero 2018]. Disponible en <http://www.inec.go.cr/estadisticas-vitales>
13. Rojas, L. Curso Bimodal Práctica Clínica de Enfermería Basada en la Evidencia: Alcances y Limitaciones. *Enfermería Actual en Costa Rica [Internet]*. 2011;(20):1-19. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44821178009>
14. Gabbe S, Niebyl J, y Simpson J. *Obstetricia*. España: Marbán; 2006.
15. Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse and Spong. *Williams Obstetrics*. 23rd Edition. México. Mc Graw Hill; 2011.

16. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en periodo Prenatal, Parto y Posparto. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social; 2009.
17. Alcolea M, Oter C, y Martin A. Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la Evidencia. Nure Investigación [Internet] 2011 Mayo-Junio [Acceso enero 2018]; 52. Disponible en <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/538>
18. Alcolea M, Oter C, Martin A. Fases de la práctica clínica basada en la evidencia. Nure Investigación [Internet] 2011 Julio-Agosto [Acceso enero 2018]; 53. Disponible en <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/545>
19. Avalos A. Moda de partos caseros se extiende sin controles. La Nación [Internet] Mayo 2016 [Acceso 2019 marzo]. Disponible en: <https://www.nacion.com/el-pais/salud/moda-de-partos-caseros-se-extiende-sin-controles/YSYSXGWETNFDDHWLLOMYSBRDJQ/story/>
20. Alcolea M, Oter C, Martin A. Planteamiento de la pregunta clínica. Cómo formular preguntas de manera adecuada. Nure Investigación [Internet] 2011 Septiembre-Octubre [Acceso enero 2018]; 54. Disponible en <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/551>
21. Luengo R. Lectura crítica de un artículo científico I. España: Nure Investigación [Internet] 2012 Julio-Agosto [Acceso enero 2018]; 59. Disponible en <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/593>

22. González Buñuel y Ochoa. La valoración crítica de documentos científicos y su aplicación a la práctica clínica: aspecto clave en la toma de decisiones basada en las mejores pruebas científicas. Rev EVP [Internet] 2006 Junio [Acceso enero 2018]; 2. Disponible en <https://evidenciasenpediatria.es/articulo/5047/la-valoracion-critica-de-documentos-cientificos-y-su-aplicabilidad-a-la-practica-clinica-aspecto-clave-en-la-toma-de-decisiones-basada-en-las-mejores-pruebas-cientificas>
23. Manterola C y Zavando D. Cómo interpretar los “Niveles de Evidencia” en los diferentes escenarios clínicos. Rev SciELO [Internet] 2009 Diciembre [Acceso febrero 2019]; 6. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071840262009000600017&script=sci_arttext&tlng=en
24. Laguna S, Caballero C, Lewis V, Mazuera S, Salamanca J, Danza W y Fourzali A. Consideraciones éticas en la publicación de investigaciones científicas. Rev Salud Uninorte [Internet] 2007 [Acceso enero 2018]; 23(1):64-78. Disponible en <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=81723108>
25. Coxon K, Chisholm A, Malouf R, Rowe R, Hollowell J. What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a 'best fit' framework approach. BMC Pregnancy Childbirth [Internet] 2017 marzo [Acceso Julio 2018];17(1):103. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5374625/>

26. Henshall C, Taylor B, Kenyon S. A systematic review to examine the evidence regarding discussions by midwives, with women, around their options for where to give birth. *BMC Pregnancy Childbirth*. [Internet] 2016 marzo [acceso Julio 2018];16:53. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4791861/>
27. Hollowell J, Li Y, Malouf R, Buchanan J. Women's birth place preferences in the United Kingdom: a systematic review and narrative synthesis of the quantitative literature. *BMC Pregnancy Childbirth*. [Internet] 2016 agosto [acceso julio 2018];16(1):213. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4977690/>
28. Chinkumba J, De Allegri M, Muula AS y Robberstad B. Maternal and perinatal mortality by place of delivery in sub-Saharan: a meta-analysis of population-based cohort studies. *BMC Public Health*. [Internet] 2014 septiembre [acceso octubre 2018]; 28;14:1014. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25263746>
29. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellewood D, Forster D, Foureur MJ, McLachlan H, Oats J, Sibbritt D, Thornton y Homer CSE. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Pub MIDW*. [Internet] 2018 julio [acceso octubre 2018]; 62:240-255. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29727829>

30. Rossi AC y Prefumo F. Planned home versus planned hospital birth in women at low-risk Pregnancy: A systematic review with meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* [Internet] 2018 marzo [acceso octubre 2018]; 222:102-108. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29408739>

Anexos

Anexo 1

Tabla de resumen de calidad científica, revisiones sistemáticas, FLC.

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p>Cita abreviada: Rossi 2017</p>	<p>Objetivos: Cuantificar los resultados de los embarazos, en partos planificados en casa versus planificados en el hospital, asistidos por parteras.</p> <p>Periodo de búsqueda: 01/2000 - 06/2017</p> <p>Diseño: Se incluyeron estudios prospectivos, retrospectivos, cohortes, casos y controles</p>	<p>Población: Mujeres con embarazos de bajo riesgo, con partos en casa o hospitales planificados.</p>	<p>Intervención: Los resultados de interés son la mortalidad y morbilidad materna y neonatal, intervenciones médicas, y el lugar de parto.</p>	<p>Comparación: Se compara a nivel de lugar de nacimiento, hogar u hospital, planificado.</p>	<p>Nº de estudios y pacientes: Identificaron 4294 estudios y se analizaron únicamente 8 que cumplían con los criterios. 14.637 mujeres que parieron en casa y 30.177 que parieron en el hospital, para un 32.6% y 67.4% respectivamente.</p> <p>Magnitud del efecto: Las mujeres que parieron en casa planificado tienen más alto índice de parto espontaneo en comparación con las que parieron en hospital (OR: 2.075; IC 95%: 1.654-2.603), menor riesgo de parto instrumentado (OR: 0.479; IC 95%:</p>	<p>Conclusiones: Lo que se pretendía en el estudio era comparar los resultados en ambos escenarios, en el parto planificado en casa versus hospital, en mujeres de bajo riesgo, la revisión muestra que los resultados maternos y neonatales son similares en ambos lugares (Casa/hospital), la hemorragia post parto tiene más riesgo en los partos en hospital pero no es clínicamente significativo, las nulíparas tienen menor riesgo de resultados adversos neonatales cuando paren en casa, pero la tasa de nulíparas que paren en casa es menor que las que</p>	<p>Comentarios: A pesar de arrojar resultados útiles en comparación del parto planificado en casa con el parto planificado en el hogar en mujeres de bajo riesgo, y mencionar cuál es su objetivo, no menciona claramente la pregunta de investigación y otros aspectos como conflicto de interés, financiamiento y especificidad en la intención del estudio.</p>	<p>Calidad de la evidencia: Media</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
					<p>0.430-0.533), el riesgo de cesárea fue menor en las que planearon su parto en casa que las que planearon su parto en hospital (OR: 0.607; IC 95%: 0.553-0.667). Las mujeres que planearon su parto en casa presentaron un menor riesgo de hemorragia post parto comparado con las que lo planearon en hospital (OR: 0.692; IC 95%: 0.634-0.755). Las mujeres que planearon su parto en casa presentaron más alto riesgo de laceraciones de III-IV grado en comparación con las que planificaron el parto en hospital (OR: 1.870; IC 95%: 1.791-1.953). En los resultados neonatales, los partos planificados en el hogar presentaron menor riesgo de distocia en comparación con los planificados en hospital (OR: 0.287; IC 95%: 0.133-</p>	<p>paren en hospital. Se concluye además que una de las ventajas de parir en casa es la disminución de las intervenciones médicas. Se hace hincapié en la necesidad de más estudios para comparar los resultados.</p>		

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
					0.618), el riesgo de un puntaje bajo de Apgar y asfixia neonatal fue similar entre ambos grupos (OR: 0.740; IC 95%: 0.531-1.031). El riesgo de muerte perinatal no difiere entre los dos grupos y no fue significativo en ambos grupos (OR: 1.316; IC 95%: 0.649-2.669).			

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p>Cita abreviada: Scarf, 2018.</p>	<p>Objetivos: Comparar los resultados maternos y perinatales de diferentes lugares de nacimiento, por medio de una revisión sistemática de información de alta calidad y metaanálisis de información apropiada.</p> <p>Periodo de búsqueda: 05/2016</p> <p>Diseño: Estudios de cohortes, prospectivos y retrospectivos.</p>	<p>Población: Mujeres saludables, con embarazos de bajo riesgo, mujeres que parieron en países de altos ingresos,</p>	<p>Intervención: Lugar de nacimiento previsto, determinado o cerca del inicio de la labor de parto.</p>	<p>Comparación: Comparación de dos o más entornos de parto previsto: partos domiciliarios, parto en unidad de obstetricia o centro de nacimiento del hospital.</p>	<p>Nº de estudios y pacientes: Analizaron 28 estudios, así como 25 metaanálisis.</p> <p>Magnitud del efecto: No hubo diferencias significativas en las probabilidades de muerte fetal intraparto según el lugar de nacimiento, no hubo diferencias significativas en las probabilidades de muerte neonatal temprana (0-7 días) en relación con el lugar de nacimiento, independientemente de la calidad del estudio. Las mujeres que planean partos en el hogar tienen casi tres veces más probabilidades de tener un parto vaginal normal (no instrumental) que las mujeres que planean un parto en el hospital. Las probabilidades fueron mayores cuando el análisis se limitó a los estudios de alta calidad y a los</p>	<p>Conclusiones: Al comparar y sintetizar los resultados de tres entornos de nacimiento distintos, esta revisión ofrece evidencia valiosa para informar las decisiones sobre el lugar de nacimiento. Los resultados demuestran que, entre los estudios cuidadosamente seleccionados de mujeres con embarazos de bajo riesgo en países de altos ingresos, el lugar de nacimiento planificado parece tener poco impacto significativo en los resultados perinatales adversos. Además, las mujeres que planeaban dar a luz en un centro de parto o en el hogar tenían probabilidades significativamente más bajas de intervención y morbilidad severa en el trabajo de parto y el parto.</p>	<p>Comentarios: La calidad de la investigación es alta y adecuada, solo que hace referencia a países donde los ingresos son altos y además tienen integrado al sistema de salud la posibilidad de parto en diferentes escenarios.</p>	<p>Calidad de la evidencia: Alta</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
					estudios que utilizaron una definición más específica de parto vaginal no instrumental sin inducción del parto, anestesia epidural, espinal o general. El análisis de sensibilidad con la definición más estricta encontró que las mujeres que planean partos en centros de partos tienen probabilidades significativamente más altas de nacimientos vaginales normales sin otras intervenciones (n = 3, OR = 2.12 [IC 95%: 1.54?2.92]).	Ayudan a ampliar el conocimiento existente sobre los riesgos y resultados potenciales de diferentes lugares de nacimiento y las circunstancias necesarias para optimizar la seguridad y el bienestar de las madres y los recién nacidos.		

Anexo 2

Imagen de Clasificación de los niveles de Oxford.

Tabla 8. Clasificación de los niveles de evidencia de Oxford (OCEBM)**

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Tratamiento, prevención, etiología y daño	Pronóstico e historia natural	Diagnósticos	Diagnósticos diferencial y estudios de prevalencia	Estudios económicos y análisis de decisión
A	1a	RS con homogeneidad de EC controlados con asignación aleatoria	RS de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables, en la misma dirección y validadas en diferentes poblaciones	RS de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y en diferentes centros clínicos	RS con homogeneidad de estudios de cohortes prospectivas	RS con homogeneidad de estudios económicos de nivel 1
	1b	EC individual con intervalo de confianza estrecho	Estudios de cohortes individuales con un seguimiento mayor de 80% de la cohorte y validadas en una sola población	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico o probado en un centro clínico	Estudio de cohortes prospectiva con buen seguimiento	Análisis basado en costes o alternativas clínicamente sensibles; RS de la evidencia; e incluyendo análisis de la sensibilidad
	1c	Eficiencia demostrada por la práctica clínica. Considera cuando algunos pacientes mueren antes de ser evaluados	Resultados a partir de la efectividad y no de su eficacia demostrada a través de un estudio de cohortes. Series de casos todos o ninguno	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico	Series de casos todos o ninguno	Análisis absoluto en términos del mayor valor o peor valor
B	2*	RS de estudios de cohortes, con homogeneidad	RS de estudios de cohorte retrospectiva o de grupos controles no tratados en un EC, con homogeneidad	RS de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad	RS (con homogeneidad) de estudios 2b y mejores	RS (con homogeneidad) de estudios económicos con nivel mayor a 2
	2b	Estudio de cohortes individual con seguimiento inferior a 80% (incluye EC de baja calidad)	Estudio de cohorte retrospectiva o seguimiento de controles no tratados en un EC, o GPC no validados	Estudios exploratorios que, a través de una regresión logística, determinan factores significativos, y validados con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba)	Estudios de cohortes retrospectivos o de seguimiento insuficiente	Análisis basados en costes o alternativas clínicamente sensibles; limitado a revisiones de la evidencia; e incluyendo un análisis de sensibilidad

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Tratamiento, prevención, etiología y daño	Pronóstico e historia natural	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial y estudios de prevalencia	Estudios económicos y análisis de decisión
	2c	Estudios ecológicos o de resultados en salud	Investigación de resultados en salud		Estudios ecológicos	Auditorías o estudios de resultados en salud
	3a	RS de estudios de casos y controles, con homogeneidad		RS con homogeneidad de estudios 3b y de mejor calidad	RS con homogeneidad de estudios 3b y mejores	RS con homogeneidad de estudios 3b y mejores
	3b	Estudios de casos y controles individuales		Comparación enmascarada y objetiva de un espectro de una cohorte de pacientes que podría normalmente ser examinado para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio. Estudios no consecutivos o sin la aplicación de un estándar de referencia		Estudio no consecutivo de cohorte, o análisis muy limitado de la población basado en pocas alternativas o costes, estimaciones de datos de mala calidad, pero incluyendo análisis de la sensibilidad que incorporan variaciones clínicamente sensibles
C	4	Serie de casos, estudios de cohortes, y de casos y controles de baja calidad	Serie de casos y estudios de cohortes de pronóstico de poca calidad	Estudio de casos y controles, con escasos o sin estándares de referencia independiente	Series de casos o estándares de referencia obsoletos	Análisis sin análisis de sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica o basado en teoría económica o en "principios fundamentales"