

# ATENCIÓN AL PARTO PLANIFICADO EN CASA ASISTIDO POR MATRONA/MATRÓN EN CHILE

*Atenció al part planificat a casa assistit per una matrona a Chile*

*Care for Planned Home Birth Assisted by a Midwife in Chile*

---

**Loreto Beatriz Pantoja Manzanarez<sup>1</sup>, Francisca Javiera Castillo Aguilera<sup>2</sup>, Constanza Carolina Cornejo Olivares<sup>2</sup>, Camila Tania Hidalgo Faúndez<sup>3</sup>**

Autora correspondencia: Loreto Beatriz Pantoja Manzanarez

Correo electrónico: [lpantoja@uchile.cl](mailto:lpantoja@uchile.cl)

1. Matrona, Magíster en Salud Pública, Profesora Asociada del Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. *(Santiago de Chile, Chile)*
2. Estudiante de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, *(Santiago de Chile, Chile)*
3. Matrona, Magíster en Salud Pública. Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. *(Santiago de Chile, Chile)*

Recibido: 25/01/2023 Aceptado: 31/03/2023



## RESUMEN

Con la reintegración del protagonismo de las mujeres en procesos fisiológicos resurgió la idea del parto en domicilio. **OBJETIVO.** Describir los resultados obstétricos y perinatales del parto planificado en domicilio asistido por matronas de la Asociación Maternas Chile A.G., entre los años 2015-2021 en Chile. **MATERIAL Y MÉTODO.** Estudio cuantitativo, observacional, transversal. **RESULTADOS.** La población estudiada fue de 847 mujeres; 742 tuvieron un parto en casa atendido por profesional matrona. Un 49,12% de las mujeres terminó con un periné indemne y un 8,54% tuvo complicaciones posparto, de ellas, un 2,13% debieron ser trasladadas a un centro asistencial. Los motivos de traslado más frecuentes no tuvieron relación estadística significativa con la edad materna ni paridad. Un 6,2% de los recién nacidos tuvieron un diagnóstico adicional. **CONCLUSIONES.** Los resultados de este estudio concuerdan con estudios internacionales que indican baja incidencia en morbi-mortalidad de los partos domiciliarios. Sin embargo, se hace imprescindible la instauración de políticas públicas y protocolos que establezcan directrices para esta atención y la necesidad de coordinación directa con la red asistencial, con el fin de favorecer los resultados maternos-fetales.

**Palabras clave:** Parto en casa; Parto domiciliario; Matronas; Parto planificado en domicilio.

## RESUM

Amb la reintegració del protagonisme de les dones en processos fisiològics va ressorgir la idea del part en domicili. **OBJECTIU.** Descriure els resultats obstètrics i perinatals del part planificat en domicili assistit per matrones de l'Associació Maternes Xile A.G., entre els anys 2015-2021 a Xile. **MATERIAL I MÈTODE.** Estudi quantitatiu, observacional, transversal. **RESULTATS.** La població estudiada va ser de 847 dones; 742 van tenir un part a casa atès per professional matrona. Un 49,12% de les dones va acabar amb un perineu indemne i un 8,54% va tenir complicacions postpart, d'elles, un 2,13% degueren ser traslladades a un centre assistencial. Els motius de trasllat més freqüents no van tenir relació estadística significativa amb l'edat materna ni paritat. Un 6,2% dels nounats van tenir un diagnòstic addicional. **CONCLUSIONS.** Els resultats d'aquest estudi concorden amb estudis internacionals que indiquen baixa incidència en morbi-mortalitat dels parts domiciliaris. No obstant això, es fa imprescindible la instauració de polítiques públiques i protocols que estableixin directrius per a aquesta atenció i la necessitat de coordinació directa amb la xarxa assistencial, amb la finalitat d'afavorir els resultats maternos-fetals.

**Paraules clau:** part a casa; part domiciliari; matrones; part planificat en domicili.

## ABSTRACT

With the reintegration of the leading role of women in physiological processes resurfaced the idea of home birth. **OBJECTIVE.** To describe the obstetric and perinatal outcomes of planned home birth assisted by midwives of the Asociación Maternas Chile A.G., between 2015-2021 in Chile. **MATERIAL AND METHOD.** Quantitative, observational and cross-sectional study. **RESULTS.** The population studied was 847 women; 742 had a home birth attended by a professional midwife. 49.12% of the women ended up with an unscathed perineum and 8.54% had postpartum complications, of which 2.13% had to be transferred to a health care center. The most frequent reasons for transfer had no statistically significant relationship with maternal age or parity. 6.2% of newborns had an additional diagnosis. **CONCLUSIONS.** The results of this study are consistent with international studies that indicate low incidence of morbidity and mortality of home births. However, it is essential to establish public policies and protocols that establish guidelines for this care and the need for direct coordination with the care network, in order to favor maternal-fetal outcomes.

**Keywords:** Home Birth; Midwives; Planned Home Birth.

## INTRODUCCIÓN

La gestación y el parto son procesos que durante la historia han sufrido cambios en la forma como se ha llevado a cabo la atención. A finales del siglo XIX el parto se institucionalizó (Palharini et al., 2018), en conjunto con la profesionalización de su atención, formación universitaria de matronas y nuevas técnicas asépticas y obstétricas (OMS, 2019), que contribuyeron a la modificación de la atención del parto permitiendo mejorar las condiciones de salud y disminuir la morbilidad materna y neonatal (Sepúlveda et al., 2022).

Los esfuerzos por institucionalizar el parto no estuvieron exentos de efectos negativos, como es el caso del uso excesivo de intervenciones médicas en embarazos de bajo riesgo y la patologización del parto (Sepúlveda et al., 2022). Un ejemplo son los altos índices de cesáreas del informe *Panoramas de la Salud 2019 de la OCDE*, alcanzando cifras del 53% del total de nacimientos, ubicando a Chile como el tercer país con mayor índice de cesáreas (OECD, 2019), cifras superiores a las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en donde la tasa idealmente no debería superar el 15% (Carreño et al., 2018).

Este efecto es cuestionado, por lo que en los últimos años se propusieron modelos que reintegran el protagonismo de gestantes y parturientas (Taheri et al., 2018), con el propósito de reducir la alta medicalización y contemplar a la mujer como sujeto de derecho (García et al., 2013). Así mismo, la OMS ha impulsado el acompañamiento con un enfoque integral por parte de los profesionales de salud, impulsando una experiencia positiva del parto (OMS, 2018).

Bajo esta nueva mirada resurgieron los deseos de gestantes de tener un parto domiciliario (Benyamini et al., 2017). La mayoría de los partos sucede en hospitales y un pequeño porcentaje de mujeres opta por el parto en domicilio acompañado por matronas (Ortega, et al., 2017). El porcentaje de partos en domicilio difiere entre los países donde se ha institucionalizado, encontrando un 0,1% en Suecia, 2,4% en Estados Unidos y hasta un 20% en Países Bajos (Ortega, et al., 2017). En Chile, según el Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE), se estima que durante el año 2018 el 0,1% de los partos tuvo lugar en el domicilio con atención profesional (INE, 2018). Sin embargo, se desconoce la cantidad de partos que efectivamente fueron planificados de esta manera.

Las motivaciones por las que las mujeres eligen un parto en domicilio se deben a varios factores, como la percepción de mayor comodidad, seguridad, control del acceso de personas al parto, autonomía, disminuir las intervenciones médicas, experiencias previas negativas en un hospital, entre otras (Descieux et al., 2017). Debemos tener en cuenta que las gestantes que pueden acceder a esta opción son mujeres que deben cumplir ciertos criterios (Ortega et al., 2017), como son embarazo de bajo riesgo, feto único, de término, presentación cefálica, IMC  $\leq 30$  al inicio del embarazo, entre otras situaciones que estén exentas de riesgos (Alcaraz et al., 2018).

El derecho de acceso varía según política, geografía, economía y temas de salud entre países. En Inglaterra, Canadá, Australia y Países Bajos existen protocolos y cobertura por el sistema de salud respecto al parto domiciliario; sin embargo, otros países, incluyendo Chile, no cuentan con la misma realidad (Rodríguez y Goberna, 2021). Actualmente en Chile el acceso a un parto domiciliario no posee cobertura del Fondo Nacional de Salud (FONASA) ni del Sistema Privado de Salud (ISAPRE) (Rodríguez y Goberna, 2021), por lo que la población solo puede acceder a esta opción de forma independiente y con modalidad de pago particular (Asociación Maternas Chile A.G., 2021).

Dado que en Chile no se encuentra regularizado, en términos legales, las matronas se ajustan a lo señalado en el Código Sanitario artículo 117, en el cual se definen las competencias de la profesión de matrona que comprenden la atención del embarazo, parto y puerperio normales además del recién nacido sin indicar explícitamente el lugar, por lo que permitiría a matronas/es poder asistir legalmente los partos en domicilio (Ministerio de Salud, 1968).

Desde el año 2010 existe la Asociación Maternas Chile A.G., una asociación gremial de matronas que acompaña a mujeres en partos planificados en domicilio, basándose en la evidencia e incorporando guías y protocolos internacionales adaptados a la realidad nacional. Este escenario ha permitido a algunas mujeres chilenas la opción de tener un acompañamiento del parto en su propio hogar (Asociación Maternas Chile A.G., 2021).

Los resultados del parto domiciliario son controversiales. Por un lado, nueva evidencia asegura que los partos planificados en domicilio poseen beneficios tales como menores tasas de depresión posparto y cuadros de ansiedad (Gómez et al., 2019), mayor probabilidad de que el parto se desencadene espontáneamente y menores probabilidades de recibir intervenciones médicas respecto a hospitales (Escuriet et al., 2014). Las tasas

de morbilidad y mortalidad neonatal serían similares que en un hospital (Escuriet et al., 2014). Incluso aseguran que el parto en casa es tan seguro como el parto en un recinto hospitalario para mujeres de bajo riesgo y atendido por profesionales (Dahlen, 2019), y habría menor tasa de morbilidad materna en cuanto a hemorragia posparto, infecciones y laceraciones perineales. En relación con los beneficios neonatales habría mayor tasa de lactancia materna exclusiva en los nacimientos de casa. En consecuencia, habría mayor satisfacción relacionada con el parto en el hogar dado por un entorno con más comodidad y mayor control de la experiencia (Rosi y Prefumo, 2018).

En contraste, otros autores no recomiendan la planificación de partos domiciliarios, pues aseguran que existe mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal (Carvajal, 2017). También existiría un incremento del riesgo materno en mujeres con patologías y mayor riesgo neonatal, ya sea en tasa de mortalidad neonatal, bajas puntuaciones de Apgar, convulsiones neonatales (Grünebaum et al., 2015), distrés respiratorio, fallos en la reanimación y aspiración meconial, por lo que ellos advierten que el riesgo aumentado en las complicaciones es evitable con un parto intrahospitalario (Dos Santos et al., 2020).

A la fecha no hay consenso en los resultados obtenidos en la madre y recién nacido cuando se vive un parto en domicilio acompañado por una matrona. Es por esta razón que es importante dar a conocer los resultados de esta experiencia en Chile, que aporte evidencia para generar estrategias de afrontamiento de este modelo de atención.

El objetivo de este estudio es describir los resultados obstétricos y perinatales del parto planificado en domicilio asistido por matronas pertenecientes a la Asociación Maternas Chile A.G., entre los años 2015-2021 en Chile.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Este estudio tiene un diseño observacional descriptivo transversal.

La información fue recogida desde los registros de la base de datos electrónica perteneciente a la Asociación Maternas Chile A.G., cuyos datos fueron elaborados a partir de las atenciones realizadas en domicilio por parte de las matronas pertenecientes a la asociación.

Maternas Chile es una asociación gremial de matronas que busca defender el derecho de la mujer a parir dónde, cuándo y con quién ella desee y por lo tanto proteger la opción

de parir en casa bajo la asistencia de matronas/matrones con formación profesional universitaria. Las o los profesionales asociadas/os se concentran principalmente en la zona central del país, específicamente en la región de Valparaíso y región Metropolitana, las cuales concentran más de la mitad de la población total de Chile. Los criterios de inclusión y exclusión están basados en protocolos, guías y recomendaciones internacionales actualizadas, que establecen que las mujeres que se les puede atender el parto en casa son aquellas que cursen una gestación fisiológica en el ámbito materno y perinatal, control prenatal adecuado, edad gestacional entre 37 y 41 semanas y 6 días, presentación cefálica y una estimación de peso dentro de los límites normales establecidos por ecografía y con condiciones sanitarias básicas en el domicilio.

La muestra analizada se constituye de 847 partos desde enero del 2015 hasta diciembre del 2021, de los cuales se analizaron características sociodemográficas e indicadores maternos y perinatales de las mujeres que recibieron dicha atención.

En el análisis las variables continuas fueron descritas por promedio, desviación estándar y percentiles; comparadas con el periodo de nacimiento mediante un análisis de varianza y la comparación múltiple de Dunnet. Las variables categóricas fueron descritas mediante frecuencias absolutas y porcentajes. La comparación entre los años de registro se hizo utilizando el test de independencia de Chi-2. Las principales causas de traslado fueron asociadas con la edad y el número de parto mediante un análisis de regresión logística binaria. Todos los intervalos de confianza fueron de nivel de 95% y se utilizó una significación estadística del 5%. Los datos fueron procesados en STATA 16.0

### **Aspectos éticos**

La información fue entregada por la Asociación Maternas Chile A.G., con el objeto de la utilización de su base de datos para el desarrollo de este estudio, resguardando la identidad de las usuarias registradas y de las profesionales que acompañaron cada parto. Lo anterior sin fines lucrativos ni incentivos monetarios de por medio.

A pesar de que las investigadoras no tuvieron contacto con la población en estudio, puesto que este se basa en el análisis de datos secundarios, este protocolo se envió al Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile para su revisión y aprobación (acta 228-2021).

## RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 847 mujeres, de las cuales 742 (87,60%) tuvieron parto en casa y 105 (12,40%) tuvieron que ser trasladadas a un recinto hospitalario para tener su parto.

El perfil sociodemográfico de las mujeres demostró que la edad promedio es de 30 años. Las profesiones que más se presentaron fueron relacionadas con el arte (13,54%), ciencias sociales (13,18%) y dueñas de casa (10,64%). El 62,46% de los partos se concentran en la Región Metropolitana de Chile, seguida por la Región de Valparaíso con un 23,97%. Dentro de la Región Metropolitana la mayoría de los partos se concentra entre la zona centro (49,34%) y zona oriente (19,09%) de la ciudad de Santiago (**Tabla 1**).

**Tabla 1. Caracterización sociodemográfica del total de mujeres que planificaron su parto en casa con atención profesional**

Variable		Año							
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Edad (años)	Mínimo	20	19	19	19	23	19	22	19
	Máximo	39	39	44	42	42	41	42	44
	Media	29,81	29,01	30,46	30,65	31,61	30,33	31,94	30,42
	D.E	4,10	4,48	4,70	4,64	4,17	4,58	4,49	4,56
		n (%)							
Ocupación	Dueña de casa	17 (17,89)	17 (9,71)	14 (11,02)	12 (10,62)	12 (11,32)	11 (9,91)	5 (5,00)	88 (10,64)
	Profesión relacionada al arte	21 (22,11)	28 (16,00)	11 (8,66)	16 (14,16)	16 (15,09)	13 (11,71)	7 (7,00)	112 (13,54)
	Profesión relacionada a las ciencias sociales	10 (10,53)	24 (13,71)	15 (11,81)	13 (11,50)	16 (15,09)	13 (11,71)	18 (18,00)	109 (13,18)
	Otros	47 (49,47)	106 (60,58)	87 (68,51)	72 (63,72)	62 (58,5)	74 (66,67)	70 (70)	518 (62,64)
Región de residencia	Valparaíso	6 (6,32)	37 (20,67)	37 (28,68)	27 (22,88)	30 (27,52)	42 (37,17)	24 (23,08)	203 (23,97)
	Metropolitana	80 (84,21)	123 (68,72)	70 (54,26)	81 (68,64)	72 (66,06)	55 (48,67)	48 (46,15)	529 (62,46)
	Otras	9 (9,47)	19 (10,61)	22 (17,06)	10 (8,48)	7 (6,42)	16 (14,16)	32 (30,77)	115 (13,57)
Zona (exclusiva de RM)	Sur	10 (12,50)	7 (5,69)	10 (14,29)	14 (17,28)	7 (9,72)	5 (9,09)	8 (16,67)	61 (11,53)
	Centro	49 (61,25)	84 (68,29)	41 (58,57)	26 (32,10)	24 (33,33)	21 (38,18)	16 (33,33)	261 (49,34)
	Oriente	9 (11,25)	23 (18,70)	7 (10,00)	23 (28,40)	19 (26,39)	10 (18,18)	10 (20,83)	101 (19,09)
	Otros	12 (15,00)	9 (7,32)	12 (17,14)	18 (22,22)	22 (30,56)	19 (34,55)	14 (29,17)	106 (20,04)

D.E: desviación estándar, n: frecuencia, (%): porcentaje, RM: Región Metropolitana.



Del total 63,9% eran multíparas y un 36,1% eran primigestas (**Tabla 2**). Un 29,04% de las mujeres padecían alguna enfermedad durante su embarazo, dentro de las patologías maternas más frecuentes están cicatriz de cesárea anterior (CCA) (28,46%), infección por Estreptococos Grupo B (22,76%), hipotiroidismo (13,01%), anemia (10,98%) y diabetes gestacional (9,35%); además, 37 mujeres (15,04%) tenían más de una patología concomitante.

**Tabla 2. Antecedentes obstétricos del total de mujeres que planificaron su parto en casa con atención profesional**

Variable		Año								
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total	
Edad gestacional (semanas)	Mínimo	37	37	36	37	36	36	37	36	
	Máximo	42	42	41	42	42	42	41	42	
	Media	39,4	39,3	39	39,3	39,4	38,9	39,2	39,2	
	D.E	1,18	1,12	1,13	1,16	1,54	1,54	0,92	1,8	
		<b>n (%)</b>								
Paridad	N° de gestaciones	1	40 (43,48)	70 (44,03)	44 (38,26)	29 (26,85)	24 (26,37)	35 (38,04)	26 (30,59)	268 (36,12)
		2	38 (41,30)	59 (37,11)	44 (38,26)	51 (47,22)	38 (41,76)	36 (39,13)	40 (47,06)	306 (41,24)
		3 o más	14 (15,22)	30 (18,86)	28 (23,48)	29 (25,93)	21 (31,87)	25 (22,83)	19 (22,35)	178 (22,64)
	N° de partos	0	43 (46,74)	79 (49,69)	47 (40,87)	38 (35,19)	31 (34,07)	41 (44,57)	31 (44,57)	310 (41,78)
		1	37 (40,22)	58 (36,48)	47 (40,87)	50 (46,30)	40 (43,96)	39 (42,39)	40 (47,06)	311 (41,91)
		2 o más	12 (13,04)	22 (13,83)	21 (18,26)	20 (18,51)	20 (21,97)	12 (13,04)	14 (8,37)	121 (16,31)
	N° de abortos	0	90 (96,84)	146 (92,18)	106 (92,25)	91 (84,75)	70 (77,06)	77 (82,30)	71 (82,69)	651 (87,25)
		1 o más	3 (3,16)	14 (7,82)	10 (7,75)	18 (15,25)	25 (22,94)	20 (17,70)	18 (17,31)	108 (12,75)
	Presencia de patología concomitante	Sí	19 (20)	38 (21,23)	40 (31,01)	37 (31,36)	30 (27,52)	43 (38,50)	39 (37,50)	246 (29,04)
		No	76 (80)	141 (78,77)	89 (68,99)	81 (68,64)	79 (72,48)	70 (61,95)	65 (62,50)	601 (70,96)
Número de patologías	1	18 (94,74)	35 (92,11)	36 (90)	33 (89,19)	21 (70)	35 (81,40)	31 (79,49)	209 (84,96)	
	2 o más	1 (5,26)	3 (7,89)	4 (10)	4 (10,81)	9 (30)	8 (18,60)	8 (20,51)	37 (15,04)	

N°: número, Med: media, D.E: desviación estándar, n: frecuencia, (%): porcentaje.

La duración media del trabajo del parto fue 6,76 horas. Un 87,18% de las mujeres utilizó medidas no farmacológicas para el manejo del dolor. Del total, un 58,8% tuvo la compañía de otra matrona o una doula. Dentro de los medicamentos más utilizados se encuentran antibióticos (29,38%), anestésicos locales (24,17%) y uso de oxitocina (15,17%) (**Tabla 3**).

**Tabla 3. Características del trabajo de parto del total de mujeres que planificaron su parto en casa con atención profesional**

Variable		Año							Total
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Duración trabajo de parto (horas)	Mínimo	1	0,2	0,1	0,5	1	1	1	0,1
	Máximo	45	43	38	36	36	31	26	45
	Media	7,45	7,39	6,25	5,49	7,27	6,91	6,22	6,76
	D.E	8,18	5,86	5,91	4,94	6,05	5,16	4,70	5,91
		<b>n (%)</b>							
Uso de medicamento	Si	16 (16,84)	26 (14,61)	33 (26,83)	39 (34,21)	36 (33,64)	42 (37,50)	41 (40,59)	233 (28,07)
	No	79 (83,16)	152 (85,39)	90 (73,17)	75 (65,79)	71 (66,36)	70 (62,50)	59 (58,42)	596 (71,81)
Uso de medidas no farmacológicas para el dolor	Si	71 (74,74)	127 (72,16)	108 (85,71)	113 (98,26)	101 (94,39)	107 (99,07)	94 (94,00)	721 (87,18)
	No	24 (25,26)	49 (27,84)	18 (14,29)	2 (1,74)	6 (5,61)	1 (0,93)	6 (6,00)	106 (12,82)
Presencia de ayudante	Sin ayudante	35 (36,84)	69 (38,55)	58 (44,96)	36 (30,51)	21 (19,27)	16 (14,41)	11 (10,89)	246 (29,22)
	Otra matrona	14 (14,74)	36 (20,11)	28 (21,71)	44 (37,29)	45 (41,28)	67 (60,36)	62 (61,39)	296 (35,15)
	Doula	43 (45,26)	54 (30,17)	29 (22,48)	28 (23,73)	23 (21,10)	9 (8,11)	14 (13,86)	200 (23,75)
Traslado a centro asistencial en preparto	No	92 (96,84)	159 (88,83)	115 (89,15)	108 (91,53)	91 (83,49)	92 (81,42)	85 (81,73)	742 (87,60)
	Si	3 (3,16)	20 (11,17)	14 (10,85)	10 (8,47)	18 (16,51)	21 (18,58)	19 (18,27)	105 (12,40)

De los 742 partos atendidos en casa, el 22,10% se realizó en agua. Las posiciones más comunes fueron cuclillas (36,25%), cuatro apoyos (20,75%) y de pie (9,57%). Del total de mujeres, el 49,12% tuvo un periné indemne, mientras que el 43,05% tuvo un desgarro grado 1, solo al 0,54% se les realizó una episiotomía. El 8,54% de mujeres tuvieron complicaciones en el posparto, tales como inercia uterina (20,83%), hemorragia posparto (16,67%), rotura prematura de membrana (12,5%), retención placentaria (12,5%), entre otras (Tabla 4).

**Tabla 4. Características del parto y post parto inmediato de las mujeres que tuvieron su expulsivo en casa**

Variable		Año							Total
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Partos en casa	n	92	159	115	108	91	92	85	742
	(%)	(96,84)	(88,83)	(89,15)	(91,53)	(83,49)	(81,42)	(81,73)	(100)
Duración expulsivo (minutos)	Mínimo	2	3	1	2	3	3	3	1
	Máximo	180	240	300	480	300	300	480	480
	Media	40,04	44,87	32,10	41,74	51,32	50,92	53,20	44,40
	D.E	41,87	50,05	42,38	67,95	62,11	56,55	71,51	56,39
		n (%)							
Parto en agua	Si	15 (16,30)	32 (20,13)	24 (20,87)	21 (19,44)	17 (18,68)	33 (35,87)	22 (25,88)	164 (22,10)
	No	77 (83,70)	127 (79,87)	91 (79,13)	87 (80,56)	74 (81,32)	59 (64,13)	63 (74,12)	578 (77,90)
Posición del parto	4 apoyos	16 (17,39)	27 (16,98)	24 (20,87)	19 (17,59)	20 (21,98)	21 (22,83)	28 (31,76)	154 (20,75)
	Cuclillas	46 (50)	71 (44,65)	44 (38,26)	34 (31,48)	27 (29,67)	26 (28,26)	21 (24,71)	269 (36,25)
	De pie	5 (5,43)	14 (8,81)	7 (6,09)	16 (14,81)	10 (10,99)	11 (11,96)	8 (9,41)	71 (9,57)
	Sentada con apoyo	3 (3,26)	14 (8,81)	14 (12,17)	13 (12,04)	9 (9,86)	8 (8,70)	9 (10,59)	70 (9,43)
	Sentada en tina/piscina	9 (9,78)	13 (8,18)	12 (10,43)	12 (11,11)	6 (6,59)	11 (11,96)	7 (8,24)	70 (9,43)
	Otras	13 (14,14)	20 (12,57)	14 (12,18)	14 (12,97)	19 (20,91)	15 (16,29)	12 (15,29)	108 (14,62)
	Periné	Indemne	59 (63,44)	85 (53,46)	65 (56,52)	54 (50)	36 (39,56)	42 (45,65)	23 (27,71)
	Desgarro grado I	31 (33,33)	69 (43,40)	44 (38,26)	42 (38,89)	41 (45,05)	42 (45,65)	50 (60,24)	319 (43,05)
	Desgarro grado 2	3 (3,23)	3 (1,89)	6 (5,22)	10 (9,26)	11 (12,09)	7 (7,61)	10 (12,05)	50 (6,75)
	Desgarro grado 3	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1,85)	2 (2,20)	0 (0)	0 (0)	4 (0,54)
	Episiotomía	0 (0)	2 (1,26)	0 (0)	0 (0)	1 (1,10)	1 (1,09)	0 (0)	4 (0,54)
Traslado post parto		6 (6,32)	5 (2,79)	1 (0,78)	3 (2,54)	0 (0)	2 (1,77)	1 (0,96)	18 (2,13)
Complicación materna	Si	1 (1,15)	6 (3,90)	6 (5,26)	12 (11,32)	14 (15,38)	11 (12,22)	12 (14,29)	62 (8,54)
	No	86 (98,85)	148 (96,10)	108 (94,74)	94 (88,68)	77 (84,62)	79 (87,78)	72 (85,71)	664 (91,46)

D. E: desviación estándar, n: frecuencia, (%): porcentaje.

En total 105 mujeres (12,5%) fueron trasladadas a un centro asistencial durante el trabajo de parto y 18 mujeres (2,13%) en el posparto. Los motivos de traslado que más se presentaron durante el trabajo de parto fueron por dolor (18,8%) y dilatación estacionaria (9,4%); la resolución de los partos de estos traslados resultó en un 49,53% con parto de término vértice espontáneo (PTVE), 45,71% cesárea y 4,76% fórceps. En paralelo, los traslados del posparto

se dieron por placenta retenida (35,29%), metrorragia posparto (11,76%) y alumbramiento incompleto (11,76%).

A partir de los motivos de traslado más frecuentes se realizó una asociación con la edad y paridad. Esta asociación no fue significativa estadísticamente para ninguna de las dos variables (Tabla 5).

**Tabla 5. Motivos de traslado más comunes y su relación con la edad materna y paridad**

Variables			Edad materna		Paridad	
	freq (n: 117)	%	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
<b>Dolor</b>	22	18,80	0,93 (0,84-1,03)	0,17	1,04 (0,48-2,25)	0,93
<b>Dilatación estacionaria</b>	13	11,11	0,95 (0,84-1,08)	0,46	1 (0,38-2,65)	1,00
<b>Dilatación estacionaria con dolor</b>	11	9,40	0,87 (0,76-1,01)	0,60	0,59 (0,16-2,41)	0,46
<b>Líquido amniótico con meconio</b>	8	6,84	0,96 (0,82-1,12)	0,59	0,41 (0,06-2,99)	0,38
<b>Expulsivo prolongado</b>	9	7,69	0,98 (0,84-1,15)	0,83	1,08 (0,36- 3,25)	0,89
<b>Distocia fetal</b>	7	5,98	0,96 (0,82-1,13)	0,65	0,47 (0,07-3,41)	0,46
<b>Placenta retenida</b>	6	5,13	1,24 (0,99-1,55)	0,06	1,56 (0,53-4,60)	0,42

Freq: frecuencia, %: porcentaje, OR: odds ratio, IC: intervalo de confianza, p: p valor.

Respecto a los recién nacidos en casa, tuvieron un peso medio de 3415 gramos, una talla media de 50,3 cm y una circunferencia craneana media de 35 cm. El Apgar de los recién nacidos en promedio fue de 9; obteniendo un 99,32% de recién nacidos con un Apgar normal (puntaje 7-10), y solo un 0,27% de los recién nacidos tuvo una depresión neonatal severa. Respecto a la relación del peso con la edad gestacional, resultó que el 87,87% era adecuado para la edad gestacional (AEG). En relación con el contacto piel con piel, el promedio fue mayor a tres horas (Tabla 6).

Se registraron 46 recién nacidos (6,2%) con una observación adicional al diagnóstico debido a la condición de salud posterior al nacimiento, entre las más frecuentes se encuentran 9 (1,21%) recién nacidos que presentaron distrés respiratorio transitorio, 7 (0,94%) que presentaron depresión respiratoria neonatal, 7 (0,94%) con hipoglicemia neonatal y otros 7 (0,94%) que presentaron ictericia que requirió de tratamiento. Otras complicaciones que se reportaron fueron dificultad en el acople (0,26%), fractura de clavícula (0,13%), asfixia neonatal (0,13%), apnea neonatal (0,13%), entre otras. En el año 2017, se registró una muerte de un neonato de cuatro días de vida por enterocolitis necrotizante que se encontraba

hospitalizado por una hipoglicemia a las veinticuatro horas de vida. Además, en el año 2018, se registró otra muerte neonatal a las horas de vida por una hemorragia cerebral, este recién nacido fue trasladado a un centro asistencial inmediatamente posterior al nacimiento, falleciendo a su llegada al recinto.

**Tabla 6. Resultados neonatales de los recién nacidos de mujeres que tuvieron su expulsivo en casa**

Variable			Año							
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Sexo	Masc.	n (%)	51 (55,43)	63 (39,62)	61 (53,04)	50 (46,30)	45 (49,45)	45 (50,60)	42 (50,60)	357 (48,24)
	Fem.	n (%)	41 (44,57)	96 (60,38)	54 (46,96)	58 (53,70)	46 (50,55)	47 (51,09)	41 (49,40)	383 (51,76)
Peso (g)	Mínimo		2480	2500	2165	2500	2390	2420	2600	2165
	Máximo		4650	4360	4460	4330	4325	4300	4610	4650
	Media		3371,2	3333,2	3420,8	3480,9	3408,4	3436,1	3528,6	3416,5
	D.E		426,5	388,4	386,8	432,4	363,2	383,9	360,2	396,3
Talla (cm)	Mínimo		47	45	44	45	46	46	47	44
	Máximo		55	55	55	56	54	55	56	56
	Media		50,6	49,8	50,0	50,6	50,2	50,4	50,8	50,3
	D.E		1,7	1,6	1,8	2,1	1,7	1,8	1,8	1,8
CC (cm)	Mínimo		32	31	31	32	32	32	33	31
	Máximo		37	38	38	38	39	38	38	39
	Media		35,0	34,7	34,7	35,0	34,9	34,6	35,1	34,8
	D.E		1,2	1,3	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2	1,2
Apgar	1 min	Mín	7	2	7	2	7	6	5	2
		Máx	10	10	10	10	10	10	10	10
		Med	9,0	8,9	8,9	8,8	8,9	8,8	8,8	8,9
		D.E	0,3	0,7	0,5	0,8	0,4	0,5	0,7	0,6
	5 min	Mín	8	4	8	5	9	8	8	4
		Máx	10	10	10	10	10	10	10	10
		Med	9,8	9,7	9,7	9,7	9,7	9,6	9,5	9,7
		D.E	0,4	0,6	0,5	0,7	0,5	0,5	0,5	0,6
Dg.	AEG	n (%)	74 (81,32)	138 (87,90)	105 (91,30)	88 (84,62)	82 (90,11)	83 (90,22)	75 (90,36)	645 (87,99)
	PEG	n (%)	11 (12,09)	13 (8,28)	5 (4,35)	5 (4,81)	3 (3,30)	2 (2,17)	2 (2,41)	41 (5,59)
	GEG	n (%)	6 (6,59)	6 (3,82)	5 (4,35)	11 (10,58)	6 (6,59)	7 (7,61)	6 (7,23)	47 (6,41)
Contacto piel con piel (min)	Mín		15	0	60	10	60	0	60	0
	Máx		Continuo	Continuo	Continuo	Continuo	Continuo	Continuo	Continuo	Continuo
	Med		137,1	146,1	205,6	215,3	227,1	256,4	220,5	195,3
	D.E		93,5	147,9	220	230,9	230,9	257,2	209,4	204,3

Mín: mínimo, Máx: máximo, Med: media, D.E: desviación estándar, n: frecuencia, (%): porcentaje, Fem: femenino, Masc: masculino, g: gramos, cm: centímetros, min: minutos, dg: diagnóstico, Obs: observación. AEG: adecuado para la edad gestacional, PEG: pequeño para la edad gestacional, GEG: grande para la edad gestacional, continuo: no se separó de su madre.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación demuestran una baja tasa de morbimortalidad materna y neonatal en partos domiciliarios atendidos por profesional matrona, reflejado en indicadores tales como Apgar neonatal, requerimiento de traslado a centro asistencial, complicaciones maternas, entre otros.

La mortalidad materna asociada al parto en este estudio fue 0 durante el periodo estudiado. Sin embargo, se requiere un mayor número de mujeres con partos en casa para determinar la tasa de mortalidad. A pesar de ello, la mortalidad materna al año 2017 en Chile era 13 por cada 100.000 nacidos vivos, la cual sigue siendo baja en comparación a otros países de Sudamérica (Grupo Banco Mundial, 2017). A su vez, se registraron 2 muertes neonatales, ambas ocurridas en recintos hospitalarios. A pesar de que no podemos determinar la tasa exacta de mortalidad neonatal, al parecer sería similar a la de nivel nacional durante el año 2020 de 4 por cada 1.000 nacidos vivos (Grupo Banco Mundial, 2020). Sin embargo, se hace latente la necesidad de coordinación institucionalizada integrada de estos partos con el nivel terciario de atención, pues cerca del 14,5% de las mujeres y/o recién nacidos de este estudio requirió traslado a centro asistencial. La evidencia apunta a que el parto planificado en domicilio asistido por matronas es seguro en gestantes de bajo riesgo, en países con altos ingresos económicos, que cuentan con sistemas integrados y donde existe regulación del parto domiciliario (Hutton et al., 2019; Dahlen, 2019). En Chile no existe regulación del parto en domicilio, ni tampoco un sistema integrado de servicios que permita un traslado oportuno en casos de urgencia. Debido a esto, cuando ocurre una urgencia que requiere de traslado, se adhiere a la Ley de Urgencias, la cual proporciona asistencia médica en el servicio de urgencia más cercano ya sea público o privado (FONASA, 2022); sin embargo, no contempla el traslado, el cual debe realizarse de forma particular o integrarse al modelo de sistema de emergencias que rige en el país (SAMU, 2022), conllevando un inconveniente cuando surge una emergencia.

Por otro lado, al comparar el perfil sociodemográfico de las mujeres de este estudio con el perfil nacional, la edad de las madres es idéntica a la edad materna promedio en Chile, que según el INE el promedio nacional oscila entre los 20 y 34 años. Adicionalmente, la mayoría de las mujeres en este estudio tenían una ocupación activa versus a un 10% de mujeres que eran dueñas de casa, a diferencia de la realidad nacional, en que el 40% de las mujeres indicaron ser dueñas de casa (INE, 2018). Por tanto, las

mujeres que en Chile optarían por partos en casa son mayoritariamente activas profesionalmente. Respecto a la ubicación geográfica donde ocurrieron los partos, considerando las regiones en donde Asociación Maternas Chile A.G. entrega su atención, se concentran en la región Metropolitana (RM) y la región de Valparaíso, siendo la RM donde hay más incidencia de partos en domicilio. Esto en parte se justifica porque en la RM se encuentra la ciudad de Santiago, capital de Chile, lugar que posee la mayor población del territorio del país (Gobierno Regional Metropolitano de Santiago, 2022). La zona centro y zona oriente de la RM son los lugares con mayor cantidad de partos en domicilio, que agrupan las comunas de Santiago con menor prioridad social, es decir, tienen la mejor condición socioeconómica de la RM (Gajardo, 2020), además de tener los niveles de desarrollo más altos del territorio nacional (Bonivento et al., 2020). En suma, son mujeres con un nivel económico y educacional mayor las que escogen este modelo por preferencias del entorno del parto y para evitar la medicina convencional, pues cuestionan el modelo institucional, por lo que prefieren buscar otras opciones (Descieux et al., 2017), además de tener los medios para otro tipo de atención. Esto reafirma lo que señalan estudios internacionales según los cuales mujeres con mayor nivel socioeconómico y educacional optarían por partos en casa (Zielinski et al., 2015).

Como ya se señaló, el pago del parto en casa en Chile se realiza de manera particular, lo que conlleva que solo las mujeres y familias que tienen suficientes medios económicos puedan acceder a esta atención, mientras que las mujeres que no cuentan con dichos medios estén destinadas a asistir a un centro asistencial. Además, el valor de esta atención no está establecido, por lo que solo queda a consideración de la profesional matrona que realizará dicha atención. Lo anterior es considerado una inequidad, pues desde el enfoque de derechos, finalmente no todas las mujeres podrían optar por el lugar y la forma en que se desarrollarían sus partos.

Uno de los criterios básicos para un parto en casa es la edad gestacional a término (Alcaraz et al., 2018). Sin embargo, en este estudio se presentaron gestaciones desde las 36 semanas. Aun así, no es recomendable la realización de partos en domicilio con menos de 37 semanas, pues las complicaciones asociadas al parto prematuro corresponden principalmente a mayor morbilidad neonatal, siendo el 35% de muertes a nivel mundial, además de mayores requerimientos médicos y monitorización que poseen estos recién nacidos (Mendoza et al., 2016).

En este estudio, más del 50% de las mujeres que decidieron planificar su parto en domicilio era múltipara, por lo que podríamos pensar que las razones por las que las mujeres optan por un parto domiciliario se pueden relacionar con experiencias previas, respondiendo a la necesidad de buscar experiencias positivas de nacimiento y evitar la sobremedicalización obstétrica (Bina et al., 2022; Troncoso et al., 2022). Como ya sabemos, la paridad es un predictor de resultados perinatales, y sería interesante para un estudio futuro estratificar los resultados perinatales según paridad para conocer el impacto que habría en ellos, y si existen diferencias significativas entre los partos en casa y hospitalarios según la paridad de las mujeres (Hutton et al., 2019).

Las mujeres que tuvieron parto en casa en este estudio fueron de bajo riesgo a pesar de presentar patologías preexistentes o propias de la gestación. En un estudio realizado en Estados Unidos se señala que la presencia de patologías fue menores en las mujeres que tuvieron un parto en casa versus las que tuvieron un parto en hospital (Snowden et al., 2015). Esto se debe a los criterios que se utilizan para determinar las candidatas a un parto en casa, los cuales también son utilizados por la Asociación Maternas Chile A.G., que evalúa la condición de cada gestante y si presenta un riesgo para realizar el parto domiciliario, derivando a todas las mujeres que no son candidatas a un centro asistencial, disminuyendo significativamente las mujeres con parto en casa con patologías concomitantes.

La mayor parte de mujeres manejó el dolor con técnicas no farmacológicas, las cuales fueron favorables para el manejo del dolor sin requerir traslado por necesidad de anestesia epidural. Hay que considerar que no todas las mujeres desean recibir medicamentos para el manejo del dolor en su trabajo de parto, por esta razón hay mujeres que optan por parto en casa. Además, habría mayor preparación de las gestantes para aliviar el dolor con técnicas no farmacológicas (Zielinski et al., 2015). Dado que en tiempos recientes el parto se ha considerado un proceso patológico que requiere el uso de variadas intervenciones médicas (Conrad y Waggoner, 2014), muchas mujeres, tratando de evitar esta situación, ven en esta opción un espacio para ser atendidas con menores intervenciones y tener un proceso más fisiológico.

El tiempo de trabajo de parto depende de diversos factores. Aunque la literatura asegura que parir en casa aumenta la posibilidad de partos espontáneos (Alcaraz et al., 2018; Gómez et al., 2019), se hace difícil comparar los tiempos de trabajo de parto entre estudios y asegurar que hay diferencias significativas entre el parto en casa y partos en



recintos hospitalarios, ya que este estudio no estratifica según algunos elementos que podrían incidir en la variabilidad de los tiempos como la paridad, la conducción del parto, entre otras situaciones, las cuales son más comunes en un recinto hospitalario con el fin de reducir los tiempos de trabajo de parto, por lo que realizar una comparación no sería verídica.

Las mujeres que planean su parto en casa tienen tres veces más posibilidades de tener un parto vaginal, disminuyendo la probabilidad de cesáreas y partos instrumentalizados (Scarf et al., 2018). Lo que explica que una gran proporción de las mujeres que planificó un parto en casa terminara en un parto vaginal. En este estudio se atendieron 742 partos vaginales en casa, de los cuales un 22,1% se realizaron en agua. A los partos en agua se les atribuyen varios beneficios tanto para la madre como para el recién nacido a nivel físico, emocional y obstétrico; existe un efecto analgésico y reducción en la tensión del suelo pélvico que permite adoptar posiciones más cómodas, que a su vez contribuye a disminuir los traumatismos perineales (Alcaraz et al., 2018; Tejeda et al., 2018). Sin embargo, otros autores difieren totalmente señalando que aumenta el riesgo de traumatismo perineal debido a que disminuye la adaptación de la presión de la musculatura perineal, además habría más riesgos perinatales, como la exposición a una rotura accidental de cordón y aspiración de agua por inmersión (Romero et al., 2018).

Las preferencias posturales que adoptaron las mujeres durante el expulsivo fueron mayormente cuclillas y 4 apoyos, alcanzando más del 50% de las mujeres de este estudio. Esto en contraposición con un estudio que establece que más del 80% de las mujeres que tienen sus partos intrahospitalariamente tiene su expulsivo en posición de litotomía (Herrera, 2006). Es conocido que las posturas verticales o no supinas favorecen la ampliación de los diámetros pélvicos, favoreciendo así la expulsión del feto, y disminuye alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, por lo que se puede deducir que la libertad de movimientos en los partos ocurridos en casa favorece los resultados maternos y fetales (García y Jiménez, 2017).

En conjunto a estos factores, se disminuye el riesgo de traumatismo perineal. En este estudio, casi la mitad de las mujeres resultaron con un periné indemne y la otra mitad tuvo un desgarro en diferente grado, mayoritariamente grado I. Menos del 10% tuvo un desgarro grado III y IV, mientras que menos de 1% se realizó una episiotomía. Se estima que alrededor del 31% de las mujeres en el mundo tienen un desgarro en diferente grado, un 65% corresponde a un parto vaginal (Muñoz et al., 2022). Estos hallazgos son

congruentes con otros estudios que señalan que hay menos probabilidades de sufrir desgarros perineales de grado III y IV, además de menores posibilidades de requerir episiotomía cuando se tiene un parto domiciliario versus al parto hospitalario (Reitsma et al., 2020). Esto es beneficioso, pues un menor índice de desgarros perineales se asocia a menores complicaciones a corto y largo plazo (Herrera y Pillajo, 2018). El pronóstico de los desgarros III y IV es reservado debido la relación que existe con las complicaciones sépticas y riesgo de incontinencia anal (MINSAL, 2015). Por tanto, prevenir y disminuir la incidencia de traumatismos perineales mejora la calidad de vida y disminuye complicaciones de las mujeres (Narvaez et al., 2018).

Si comparamos lo anterior con lo observado a nivel institucional en Chile, el nivel de intervenciones es menor en mujeres atendidas en casa, en comparación con mujeres de bajo riesgo atendidas en maternidades en Chile (Binfa et al, 2016).

Las complicaciones más frecuentes en las mujeres son la hemorragia posparto a causa de inercia uterina, restos placentarios, alteraciones de la coagulación o lesiones del tracto genital. Se estima que 150.000 mujeres en el mundo mueren a consecuencia de hemorragias posparto (MINSAL, 2015). Las complicaciones maternas del posparto más comunes en este estudio son inercia uterina, retención placentaria y hemorragia posparto no especificada, lo que concuerda con las complicaciones más frecuentes en el ámbito intrahospitalario. Aunque existen estudios los cuales no indican diferencias significativas entre las hemorragias posparto en partos en casa en comparación a los partos domiciliarios (Scarf et al., 2018), otros estudios demuestran que estas complicaciones tienen una menor probabilidad cuando el parto ocurre en casa, en suma, sería menos probable de recibir transfusiones de sangre y disminuye la probabilidad de desarrollo de *shock* (Zielinski et al., 2015).

A pesar del deseo de las mujeres por tener un parto en casa, hay situaciones en las cuales debe trasladarse a un centro asistencial, es por esto por lo que cada parto planificado en casa se debe tener un plan de traslado al centro asistencial de mayor complejidad más cercano. En el caso de este estudio, 123 mujeres fueron trasladadas. Los motivos más comunes fueron dolor, dilatación estacionaria, líquido amniótico con meconio, expulsivo prolongado, distocia fetal y placenta retenida. Esto coincide con los motivos de traslado mencionados en la *Guía de asistencia al parto en casa* publicada en el año 2018, la cual indica que la situación de traslado más frecuente es la necesidad de analgesia epidural, seguida por situaciones no tranquilizadoras en la condición fetal o

materna, además de otras situaciones que requieren traslado asociadas a presentaciones atípicas, falta del descenso fetal, partos estacionarios en cualquier fase, necesidad neonatal e incluso por deseo materno (Alcaraz et al., 2018). Al analizar estos motivos relacionados con la edad materna y paridad no existe una relación causal según la edad materna o paridad y la necesidad de traslado.

De acuerdo con los resultados perinatales y neonatales obtenidos en este estudio, las características antropométricas en los pesos, tallas y circunferencias craneales promedio de los recién nacidos son las esperadas para la población chilena. Asimismo, se realiza una adecuación del peso a la edad gestacional según las curvas antropométricas Alarcón y Pittaluga (Milad et al., 2010). Los resultados de esta adecuación dependen de varios factores que inciden en el crecimiento intrauterino durante la gestación, y en este caso no tiene que ver con el lugar del trabajo de parto y parto (Milad et al., 2010). Sin embargo, el Apgar nos da información sobre la adaptación del recién nacido en los primeros minutos de vida. En este estudio el promedio de Apgar fue mayor a 8 al minuto y mayor a 9 a los 5 minutos, concentrando la mayoría de recién nacidos en una puntuación normal. Esto equivale a otros estudios que señalan que al tener un parto en casa se tiene puntajes de Apgar más altos y menor incidencia de reanimación neonatal (Hutton et al., 2019).

El tiempo de contacto piel con piel en un parto en casa se ve favorecido, pues al no requerir traslados de unidades ni intervenciones por otro personal sanitario el recién nacido puede permanecer más tiempo junto a su madre. Debido a la tecnologización, se incrementa la separación precoz del recién nacido de su madre, disminuyendo los índices de lactancia durante la primera hora de vida y perjudicando el vínculo emocional (Lavanderos et al., 2021). Además, en los partos hospitalarios en los recintos que se permite apego, este no supera las 2 horas (Lavanderos et al., 2021), a diferencia de los partos en domicilios registrados en este estudio en donde el tiempo promedio fue mayor a 2 horas, por lo que el parto en domicilio favorece en mayor medida el apego, la lactancia precoz y con ello el vínculo madre e hijo/a.

Las complicaciones neonatales de este estudio no superan el 7% y, dentro de las complicaciones más prevalentes, se presentaron síndrome de *distress* respiratorio transitorio, hiperbilirrubinemia a los 2 días de vida e hipoglicemia. Esto concuerda con estudios en donde se evidencia que son las complicaciones más comunes en recién nacidos de término (Armandans et al., 2010), independientemente del lugar en donde nacen. Estas patologías tienen buen pronóstico si se hacen intervenciones oportunas.

## **Limitaciones del estudio**

Dentro de las limitaciones de este estudio se contempla que los resultados obstétricos y perinatales solo fueron descritos por variables consignadas en la base de datos, lo que otorga un análisis limitado de variables.

## **CONCLUSIONES**

Actualmente se cuenta con una baja cantidad de estudios nacionales, de modo que en el presente estudio se brindan datos más actuales de Chile, proporcionados por Asociación Maternas Chile A.G., con el objetivo de visibilizar los resultados de los partos en domicilio acompañados y asistidos por profesionales capacitados que protegen el bienestar materno y neonatal.

Es urgente consolidar la calidad y seguridad de la atención del parto en domicilio, basado en estándares internacionales, brindando cuidados maternos y neonatales adecuados y respetuosos, considerando los derechos reproductivos, la autonomía de las familias, su pertinencia cultural y ejerciendo prácticas obstétricas de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible. Asimismo, progresar en la instauración de sistemas integrados de salud obstétrica, para que las mujeres que deseen esta opción puedan hacerlo de forma segura y su acceso sea equitativo.

En conclusión, los hallazgos en este estudio son similares a estudios internacionales que señalan resultados perinatales y maternos favorables cuando ocurre un parto en casa asistido por un/a profesional competente en mujeres de bajo riesgo. Es recomendable que para aseverar que estos resultados sean comparables con los partos hospitalarios se realicen estudios comparativos con grupos control.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Asociación Maternas Chile A.G. por su interés en nuestro estudio y facilitarnos los datos necesarios para su realización. A la Universidad de Chile por su apoyo en esta investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCARAZ, Lucia, et al. *Guía de asistencia al parto en casa* [en línea]. 2018. [Consulta: 28 de julio de 2022]. Disponible en: [www.maternaschile.com/files/ugd/ca9000\\_36265651a2d241eeb4c01bf01e323512.pdf](http://www.maternaschile.com/files/ugd/ca9000_36265651a2d241eeb4c01bf01e323512.pdf)
- ARMADANS, M., et al. Morbilidad en Recién Nacidos de Término en Relación a su Edad Gestacional. En: *Rev. chil. pediatr.* 2010, vol. 81, núm. 5, pp. 402-408.
- ASOCIACIÓN MATERNAS CHILE A.G. [Consulta: 15 de agosto de 2021]. Disponible en: [www.maternaschile.com/informacion-actualizada](http://www.maternaschile.com/informacion-actualizada).
- BENYAMINI, Yael, et al. Women's attitudes towards the medicalization of childbirth and their associations with planned and actual modes of birth. En: *Women and birth: Journal of the Australian College of Midwives*. 2017, vol. 30, núm. 5, pp 424-430.
- BINFA, L., et al. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. En: *Midwifery*. 2015, vol. 35, pp. 53-61.
- BINFA, L., et al. *La sobre medicalización del Parto y Nacimiento en Chile*. Santiago, Chile: Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Chile, 2022.
- BONIVENTO, J., et al. *Índice de desarrollo comunal* [en línea]. Chile: Universidad autónoma de Chile, 2020. Disponible en: [https://media.elmostrador.cl/2020/09/V7\\_digital.pdf](https://media.elmostrador.cl/2020/09/V7_digital.pdf)
- CARREÑO, Barbara, et al. Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson: Análisis comparativo entre dos hospitales universitarios. En: *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018, vol. 83, núm. 4, pp. 415 - 425.
- CARVAJAL, Jorge. Parto programado en el domicilio: mirada desde la SOCHOG. En: *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2017, vol. 82, núm. 2, pp. 94-95.
- CONRAD, P.; WAGGONER, M. Medicalization. En: *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*. American Cancer Society, 2014, pp. 1448-1452. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/9781118410868>.
- DAHLEN, Hannah. Is it time to ask whether facility bases birth is safe for low-risk women and ther babies? En: *EClinicalMedicine*. 2019, vol. 14, pp. 9-10.
- DESCIEUX, Katie, et al. Why Women choose home birth: A narrative review. En: *MAHEC online journal of research*. 2017, vol. 3, núm. 2.
- DOS SANTOS, Gabriela, et al. Dificultades de la asistencia en el nacimiento domiciliario desde la perspectiva de las enfermeras obstétricas. En: *Rev. baiana enferm*. 2020, vol. 34.
- ESCURIET, Ramon, et al. La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). En: *Matronas Prof*. 2014, vol. 15, núm. 2, pp. 62-70.
- ESTEBAN-SEPÚLVEDA, Silvia, et al. The experience of giving birth in a hospital in Spain: Humanization versus technification. En: *Enfermería clinica (English Edition)*. 2022, vol. 32, núm. 1, pp. S14-S22.

- FONASA. *Ley de urgencia. Gobierno de Chile*. 2022. Disponible en: [www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/ley-de-urgencia](http://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/ley-de-urgencia)
- GAJARDO S. *Región Metropolitana de Santiago. Índice de Prioridad Social de Comunas 2020. Seremi de Desarrollo Social y Familia Metropolitana. Área de Estudios e Inversiones Seremi de Desarrollo Social y Familia R.M., 2021*. Disponible en: [https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/boletin\\_interno/INDICE\\_DE\\_PRIORIDAD\\_SOCIAL\\_2020\(1\).pdf](https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/boletin_interno/INDICE_DE_PRIORIDAD_SOCIAL_2020(1).pdf)
- GARCÍA, Dailys; DÍAZ, Zoe; ACOSTA, Marlen. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. En: *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013, vol. 39, núm. 4, pp. 718-732.
- GARCÍA, M; JIMÉNEZ, C. Las posiciones maternas durante el parto: una visión diferente desde la enfermería [Trabajo fin de grado]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina, 2017. Disponible en: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680296/garcia\\_hernandez\\_mariatfg.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680296/garcia_hernandez_mariatfg.pdf?sequence=1)
- GOBIERNO REGIONAL METROPOLITANO DE SANTIAGO. *Datos Geográficos* [en línea]. 2022 Disponible en: [www.gobiernosantiago.cl/datos-geograficos/](http://www.gobiernosantiago.cl/datos-geograficos/)
- GÓMEZ, A.; DÍAZ-JIMÉNEZ, D.; SOMAVILLA, C. Parto en casa versus parto en el hospital. Revisión bibliográfica de la literatura actual. En: *SANUM*. 2019, vol. 3, núm. 3, pp. 6-15.
- GRÜNEBAUM, Amos, et al. Perinatal risks of planned home births in the United States. En: *American journal of obstetrics and gynecology*. 2015, vol. 212, núm. 3, p. e1-6.
- GRUPO BANCO MUNDIAL. *Tasa de mortalidad materna (por cada 1000 nacidos vivos) - Chile* [en línea]. Banco Mundial, 2017. [Consulta: 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT?locations=CL>
- GRUPO BANCO MUNDIAL. *Tasa de mortalidad neonatal (estimado mediante modelo, por cada 1000 nacidos vivos) - Chile* [en línea]. Banco Mundial. [Consulta: 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.NMRT?locations=CL>
- HERRERA, B., et al. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica [en línea]. En: *Matronas Prof*. 2006, vol. 7, núm. 1, pp. 27-33.
- HERRERA, D.; PILLAJO, D. *Factores asociados a desgarros perineales en mujeres hospitalizadas por parto cefalovaginal en el periodo enero a julio del 2018 en el servicio gineco-obstetricia del hospital Carlos Andrade Marín*. [Tesis doctoral]. 2018. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15380/TESIS%20TOTAL%20FINANCIAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- HUTTON, E. K., et al. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to

- give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. En: *EClinicalMedicine*. 2019, vol. 25, núm. 14, pp. 59-70.
- INE. *Estadísticas vitales* [en línea]. 2018. [Consulta: 28 de julio de 2022] Disponible en: <https://redata-ine.ine.cl/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=EV&lang=esp>.
- LAVANDEROS, S.; DÍAZ-CASTILLO, C. Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. En: *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2021, vol. 86, núm. 6, pp. 563-572.
- MENDOZA, L., et al. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. En: *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2016, vol. 81, núm. 4, pp. 330-342.
- MILAD, M., et al. Recomendación sobre Curvas de Crecimiento Intrauterino. En: *Rev. chil. pediatr.* 2010, vol. 81, núm. 3, pp. 64-274.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *DFL 725. Decreto 725* [en línea]. 1968. [Consulta: 25 septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=5595>.
- MINSAL. *Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio*. 2015, pp. 58-129. Disponible en: [www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO\\_web.-08.10.2015-R.pdf](http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf)
- MUÑOZ, R., et al. Desgarro perineal, posparto y variables obstétricas y sociodemográficas en mujeres peruanas altoandinas. En: *Medisur*. 2022, vol. 20, núm. 3, pp. 402-408.
- NARVÁEZ, P., et al. Desgarros perineales. En: *Rev. Obstet. Ginecol.* 2018, vol. 13, núm. 1, pp. 25-30.
- OECD. *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing. 2019. [Consulta: 25 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Mortalidad materna*. 2019. [Consulta: 25 de agosto de 2021]. Disponible en: [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. OMS, 2018. [Consulta: 13 de agosto de 2021] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ORTEGA, E., et al. Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa [en línea]. En: *Ene*. 2017, vol. 11, núm. 1.
- PALHARINI, Luciana Aparecida; DE MENDONÇA FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. En: *Historia, ciencias, saude—Manguinhos*. 2018, vol. 25, núm. 4, pp. 1039-1061.
- REITSMA, A., et al. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who

- intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. En: *EClinicalMedicine*. 2020, vol. 5, p. 100319.
- RODRÍGUEZ-GARRIDO, P.; GOBERNA-TRICAS, J. *Birth cultures: A qualitative approach to home birthing in Chile*. En: *PLoS One*. 2021, vol. 16, núm. 4.
- ROMERO, S., et al. Parto acuático: complicaciones y beneficios más relevantes respecto al parto vaginal convencional. En: *Revisión Integradora. Agora de salud*. 2018, vol. 5, pp. 289-298.
- ROSI, Cristina; Prefumo Federico. Parto en el hogar planificados versus partos planificados en el hospital en mujeres con embarazos de bajo riesgo: una revisión sistemática de metaanálisis. En: *EJOG*. 2018, vol. 222, pp. 102-108.
- SAMU. *Modelo de atención del SAMU Metropolitano*. SAMU, 2022. Disponible en: <https://samu.cl/modelo-de-atencion-samu-metropolitano/>
- SCARF, V., et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. En: *Midwifery*. 2018, vol. 62, pp. 240-255. Disponible en: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613818300974](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613818300974)
- SNOWDEN, J., et al. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. En: *N Engl J Med*. 2015, vol.373, pp. 2642-2653.
- TAHERI, Mahshid, et al. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. En: *Reproductive health*. 2018, vol. 15, núm, 1, pp. 73.
- TEJEDA, Christian, et al. Trauma perineal: parto acuático versus parto convencional en Centro Hospitalario Nuevo Sanatorio Durango en la Ciudad de México. En: *Rev. sanid. mil*. 2018, vol. 72, núm. 2, pp. 125-132.
- TRONCOSO-ESPINOZA, P. V.; FIGUEROA-LASSALLE, C. F. Hacia una atención de calidad integral en las maternidades con perspectiva de derechos humanos. En: *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2022, vol. 87, núm. 2, pp. 137-44.
- ZIELINSKI, R., et al. Parto domiciliario planificado: beneficios, riesgos y oportunidades. En: *Int J Salud de la Mujer*. 2015, vol. 7, pp. 361-77.