

Resultados perinatales del *freebirth* con respecto al parto frente a otros modelos de atención liderados por matronas

Perinatal outcomes of freebirth compared to midwife-assisted delivery

Alba Limones Villa

Enfermera

RESUMEN

Objetivo: Resultados de salud entre mujeres que optan por el *freebirth* y aquellas que reciben asistencia por matronas.

Metodología: El presente trabajo se realizó a través de una revisión bibliográfica. Se utilizaron bases de datos internacionales de Ciencias de la Salud como PubMed, CINAHL, SCOPUS y WOS. En la búsqueda bibliográfica, se han cribado artículos sin restricción de idioma e incluyendo estudios publicados entre 2020 y 2025. La selección se realizó aplicando criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, centrados en el ámbito médico y de enfermería. Finalmente, se incluyeron 21 estudios que cumplían con la pregunta de investigación y los criterios metodológicos definidos.

Resultados: El *freebirth* se asocia a un aumento significativo de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal debido a la ausencia de intervención profesional y respuesta ante emergencias. En contraste, los partos asistidos por matronas, tanto en el ámbito hospitalario como domiciliario planificado, muestran resultados clínicos seguros y menores tasas de intervención. La atención profesional oportuna resulta clave para prevenir complicaciones graves y mejorar los resultados perinatales. Además, el modelo liderado por matronas se vincula a una mayor percepción de seguridad y altos niveles de satisfacción materna.

Conclusiones: Los datos disponibles asocian la atención por matronas con mejores resultados maternos y neonatales, aunque su comparación es limitada debido a que el *freebirth* está poco estudiado. Todo ello resalta la necesidad de más investigación y de modelos de atención al parto más respetuosos y centrados en la mujer.

PALABRAS CLAVE

freebirth, parto no asistido, matrona, resultados perinatales, complicaciones obstétricas

ABSTRACT

Objective: Health outcomes among women who choose freebirth and those who receive midwife-assisted care.

Methodology: This study was conducted through a literature review. International Health Sciences databases such as PubMed, CINAHL, SCOPUS, and WOS were consulted. The literature search included articles with no language restrictions and covered studies published between 2020 and 2025. Study selection was carried out by applying previously established inclusion and exclusion criteria, focused on the medical and nursing fields. Finally, 21 studies that met the research question and the defined methodological criteria were included.

Results: Freebirth is associated with a significant increase in maternal and neonatal morbidity and mortality due to the absence of professional intervention and emergency response. In contrast, births assisted by midwives, both in hospital settings and in planned home births, show safe clinical outcomes and lower intervention rates. Timely professional care is crucial for preventing severe complications and improving perinatal outcomes. Additionally, the midwife-led model is associated with a higher perception of safety and high levels of maternal satisfaction.

Conclusions: The available data associate midwife-led care with better maternal and neonatal outcomes, although their comparison is limited due to the fact that freebirth is poorly studied. This highlights the need for further research and for more respectful, woman-centered models of childbirth care.

KEYWORDS

freebirth, unassisted childbirth, unattended birth, midwifery, perinatal outcomes, obstetric complications

INTRODUCCIÓN

Parir no es únicamente un acontecimiento biológico, sino una experiencia vital compleja en la que intervienen factores físicos, psicológicos y socioculturales, y que tiene un profundo impacto en la mujer y su entorno. La asistencia al parto ha experimentado una transformación profunda, pasando de prácticas instintivas y empíricas a consolidarse como una disciplina regulada y fun-

damentada científicamente. La matrona constituye una de las profesiones sanitarias más antiguas, ejercida por mujeres que acompañan a otras mujeres en el proceso de parto desde la

era antigua. Con el tiempo, estas figuras evolucionaron desde un rol basado en la tradición oral hasta convertirse en profesionales reconocidas¹.

En los periodos más primitivos, las mujeres daban a luz en soledad, sin asistencia, expuestas a peligros ambientales. Con el tiempo surgió la figura de mujeres acompañantes con experiencia en partos².

En las civilizaciones antiguas, hasta la Edad Media, la asistencia al parto era un ámbito esencialmente femenino. Se utilizaban sillas de parto, métodos rudimentarios de asepsia y se aplicaban maniobras obstétricas para facilitar partos complicados. Desarrollaron casas de parto y empleaban recursos para inducción del parto o anticoncepción. Con la llegada del Renacimiento se marcó el inicio de la obstetricia moderna. Este periodo marca un punto de inflexión y la entrada paulatina de los cirujanos en la sala de partos hacia 1650^{1,2}.

Hasta entonces, el parto pertenecía al dominio privado y doméstico, un espacio íntimo de mujeres cuidando a mujeres. Con la institucionalización, este evento se desplazó hacia el dominio público y hospitalario, controlado casi exclusivamente por hombres, ya que solo ellos tenían acceso a la formación científica oficial. Este proceso fue acompañado por una desvalorización de los saberes tradicionales y la marginación de las matronas, cuyas prácticas comenzaron a considerarse peligrosas o ilegales, pese a su rol integral en la salud de mujeres y recién nacidos³. El siglo XX consolidó definitivamente la medicalización y hospitalización del parto en los países desarrollados¹.

En la actualidad, aunque la tecnología ha permitido reducir de forma drástica la morbilidad materna y neonatal, ha surgido un nuevo paradigma que busca equilibrar la seguridad clínica con un enfoque más humanizado del nacimiento².

Los nacimientos anuales aumentaron hasta alcanzar un máximo en 2016, con aproximadamente 142 millones a nivel mundial. Desde entonces, el número global de nacimientos ha comenzado a descender, registrándose en 2021 un total de 129 millones de partos en todo el mundo⁴.

En las últimas décadas se ha producido un aumento global de los partos institucionales atendidos por profesionales sanitarios, pasando del 62% al 80% de los nacimientos a nivel mundial⁵.

Según el estudio de Hernández-Vásquez et al., persiste una alta carga de partos domiciliarios en países de bajos ingresos, especialmente entre mujeres de bajo nivel educativo y bajos recursos económicos. Estas condiciones se asocian con un menor acceso a los servicios sanitarios y un mayor riesgo de complicaciones obstétricas no atendidas. En los países de altos ingresos, el parto domiciliario suele ser una decisión planificada y atendida por profesionales sanitarios. En contraste, en los países de bajos ingresos la mayoría de los partos en el hogar se producen sin personal capacitado, lo que se asocia a un aumento de la mortalidad materna y neonatal⁵.

En España, en el año 2021 se registraron un total de 332 771 partos, de los cuales 242 no fueron asistidos por personal sanitario. A nivel de Andalucía, se contabilizaron un total de 64 690 partos donde 38 de ellos no fueron asistidos por profesionales sanitarios⁶.

El parto suele ser un proceso seguro, pero existen riesgos físicos y psicológicos para la madre y el bebé que pueden manifestarse durante el nacimiento, en el posparto inmediato o incluso meses o años después. Las complicaciones maternas más frecuentes son el trabajo de parto obstruido (7,4% de los partos), la hemorragia posparto, que representa el 27% de las muertes maternas a nivel mundial y constituye la causa más frecuente, y los trastornos hipertensivos, presentes entre el 2% y el 6% de los embarazos⁸⁻¹⁰. En el recién nacido, la malpresentación (3%), la prematuridad (2,3%) y el bajo peso al nacer (13,7%) son responsables de una proporción importante de la mortalidad fetal, estimada en torno al 10%⁸⁻¹¹.

Otras consecuencias a medio y largo plazo en la madre son la dispareunia (35%), incontinencia urinaria y fecal (20-31%) y trastornos de salud mental (11-17%)¹²⁻¹³.

La elección del lugar y la forma de parto es un derecho fundamental para la mujer que además influye directamente en los resultados maternos y del recién nacido. Es por ello que la rigidez actual del sistema ha generado una práctica emergente que desafía los modelos convencionales, el *freebirth*. El parto no asistido o *freebirth* se define como la decisión consciente de dar a luz sin la presencia ni la asistencia de profesionales sanitarios capacitados para atender el parto, aun siendo estos servicios accesibles¹⁴.

Esta práctica excluye los nacimientos no intencionados antes de llegar al hospital ya que el concepto del *freebirth* implica la elección deliberada de la mujer. Sin embargo, se deben incluir los partos asistidos por doulas o parejas puesto que no se incluyen dentro del personal profesional capacitado¹⁵.

Hay numerosos motivos que llevan a la mujer a la toma de esta decisión. Algunos de ellos son:

- Insatisfacción del modelo actual. Las mujeres cuentan con la percepción de que en el modelo médico actual no se apoya el parto fisiológico. Consideran que las matronas están medicalizadas y condicionadas por normativas y protocolos excesivamente rígidos, los cuales no contemplan la personalización del parto ni las preferencias de la mujer en muchos aspectos. Asimismo, perciben que el sistema sanitario prioriza políticas y procedimientos sobre las necesidades individuales¹⁶⁻²¹.
- Experiencias negativas previas en entornos hospitalarios o con profesionales sanitarios. Muchas mujeres afirmaban tener desconfianza hacia el sistema sanitario ya que habían experimentado partos anteriores traumáticos caracterizados por violencia obstétrica, trato deshumanizado, pérdida de autonomía e interacciones negativas con profesionales sanitarios^{16, 18-22}.
- Deseo de autonomía y control sobre el parto. La decisión se vincula con la necesidad de tener el control absoluto durante el proceso. Buscan ejercer su derecho a cómo dar a luz¹⁶⁻²².
- Creencias personales y culturales. Tienen la convicción de que el parto es un procedimiento natural y seguro. Valoran la calma y la intimidad como factores clave. Además, algunas expresan el deseo de realizar prácticas culturales y religiosas que no pueden llevarse a cabo en un entorno hospitalario^{16-18, 21, 22}.
- Restricciones y barreras estructurales. Existe una falta de acceso al parto domiciliario asistido en muchos países ya sea por protocolos estrictos o costes elevados. Además, se

lamenta la falta de continuidad en la atención que dificulta establecer una relación de confianza con la matrona^{18, 20}.

- Influencia de la pandemia de COVID-19. Durante la pandemia, el hospital pasó a percibirse como un lugar inseguro y contaminado. Esto generó temor en las embarazadas y las alentó a decidirse por el *freebirth*^{19, 22}.
- Motivación filosófica o instintiva. Algunas mujeres expresan el deseo de vivir el parto como un proceso que las conecta con la naturaleza, incorporando rituales, espiritualidad u oraciones. Este deseo no se fundamenta en experiencias previas sino en una convicción personal y en el instinto de dar a luz en soledad^{20, 21}.
- Repercusión de las redes sociales. Se facilita el acceso a historias mediante podcasts como los de Free Birth Society, grupos cerrados en redes sociales y mediante difusión oral^{16, 20}.

Además, el parto no asistido es legal en Reino Unido. Aunque las mujeres que eligen este método suelen enfrentarse a estigmatización y presiones, generando el debate de cómo equilibrar la seguridad clínica y el respeto a la diversidad de elecciones de parto²¹.

Dada la clandestinidad de la práctica, no existen datos cuantificables fiables ya que las estimaciones existentes se mezclan con eventos como nacimientos no intencionados antes de llegar al hospital o con tasas de partos prematuros²³.

En los últimos años han surgido comunidades digitales lideradas por influencers que promueven el parto como un acto exclusivamente natural y espiritual, desaconsejando la presencia de profesionales sanitarios. Entre ellas destaca Free Birth Society (FBS), que ofrece podcasts, cursos y acompañamiento alternativo. Aunque se presenta como una filosofía de empoderamiento, FBS funciona como un negocio multimillonario, con más de 13 millones de dólares en ingresos desde 2018 gracias a la venta de cursos, incluido uno de 6.000 dólares para convertirse en “*birthkeeper*”, una figura que no es sanitaria²⁴.

Las investigaciones periódicas han documentado decenas de muertes y lesiones evitables vinculadas a los métodos promovidos por la FBS. Entre los casos más frecuentes se encuentran bebés fallecidos tras partos que se prolongaron durante varios días, hemorragias posparto que pusieron en peligro la vida de las madres, discapacidades graves derivadas de la falta de atención médica inmediata y mujeres que ocultaron complicaciones por miedo a contradecir las instrucciones del grupo²⁵.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, la pregunta de investigación a usar en este trabajo es la siguiente:

¿Qué resultados en salud diferentes (O) tienen las mujeres (P) que dan a luz mediante freebirth (I) con respecto aquellas asistidas por matronas (C)?

OBJETIVOS

Objetivo general

Revisar los resultados de salud entre mujeres que optan por el parto no asistido (*freebirth*) y aquellas que reciben asistencia profesional por parte de matronas.

Objetivos específicos

- Describir las complicaciones maternas asociadas en las mujeres que optan por el *freebirth* y en aquellas que reciben asistencia por parte de matronas.
- Revisar los resultados en salud neonatales entre mujeres que optan por el parto no asistido y aquellas que reciben asistencia profesional por parte de matronas.
- Entender las diferencias en la percepción de seguridad y satisfacción materna entre mujeres que eligen *freebirth* y aquellas que paren con matronas.

METODOLOGÍA

El presente trabajo se realizó a través de una revisión bibliográfica en bases de datos internacionales de Ciencias de la Salud como PubMed, CINAHL, SCOPUS y WOS.

Criterios de selección

Los criterios de inclusión utilizados fueron:

- Año de publicación: 2020-2025.
- Área temática: Se seleccionaron estudios pertenecientes a las áreas de medicina y enfermería.
- Idiomas: Sin restricciones de idioma.

Criterios de exclusión:

- Tipo de artículo: Se excluyeron aquellas publicaciones que no cumplieran con criterios científicos, tales como artículos de opinión, folletos, informes, pósteres, revisiones académicas.

Estrategia de búsqueda

Las palabras clave empleadas en la estrategia de búsqueda fueron términos libres, ya que algunos conceptos centrales del estudio, como *freebirth*, no cuentan con descriptores específicos en DeCS/MeSH. Por ello, se utilizaron palabras clave textuales en español e inglés seleccionadas por su relevancia y frecuencia en la literatura científica. Las palabras claves utilizadas en este trabajo:

- Palabras clave en español: Freebirth, Parto no asistido, Matrona, Resultados perinatales, Complicaciones obstétricas.
- Palabras clave en inglés: Freebirth, Unassisted childbirth / Unattended birth, Midwifery, Perinatal outcomes, Obstetric complications.

El uso de diferentes cadenas de búsqueda se justifica por la necesidad de adaptar los términos a las características de indexación y motores de búsqueda de cada plataforma, asegurando así una recuperación exhaustiva de la literatura.

La estrategia de búsqueda empleada en cada base de datos junto con los resultados obtenidos se recoge en la Tabla 1.

Tabla 1. Resultados de búsqueda bibliográfica.

BASES DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	N.º DE ARTÍCULOS
PUBMED	(freebirth OR unassisted childbirth) AND (obstetric complications OR perinatal outcomes)	774
CINAHL	(freebirth OR unassisted childbirth) AND obstetric complications	44
SCOPUS	(freebirth OR unassisted childbirth OR unattended birth) AND obstetric complications	22
WOS	(freebirth OR unassisted childbirth) AND (obstetric complications OR perinatal outcomes)	19

Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Los resultados recopilados a partir de la literatura muestran un panorama complejo en torno al *freebirth* y sus implicaciones en la salud materna y neonatal.

Resultados en salud materna

La mortalidad materna es un evento poco frecuente y, hasta ahora, ningún estudio realizado en Estados Unidos ha podido analizar con precisión las diferencias según el lugar del parto²⁶. No obstante, se ha observado que los nacimientos sin asistencia profesional se asocian a un aumento considerable del riesgo, llegándose a reportar tasas de mortalidad materna hasta 90 veces superiores^{27,28}. Además, las demoras sistémicas en iniciar intervenciones de emergencia dentro de los hospitales son un factor principal y directo en las tasas de mortalidad materna, por lo que una atención profesional ágil y sin retrasos es vital para la supervivencia²⁹.

Los estudios cualitativos sobre mujeres que dieron a luz fuera de instalaciones sanitarias, ya sea sin asistencia o acompañadas por asistentes tradicionales no cualificadas, señalan como principales complicaciones el dolor intenso y la hemorragia excesiva durante y después del parto³⁰. En contraste, en un estudio realizado en España sobre partos en casa planificados y asistidos por matronas, la tasa de hemorragia fue de apenas el 2% en total (1,6% en nulíparas y 2,1% en multíparas)³¹.

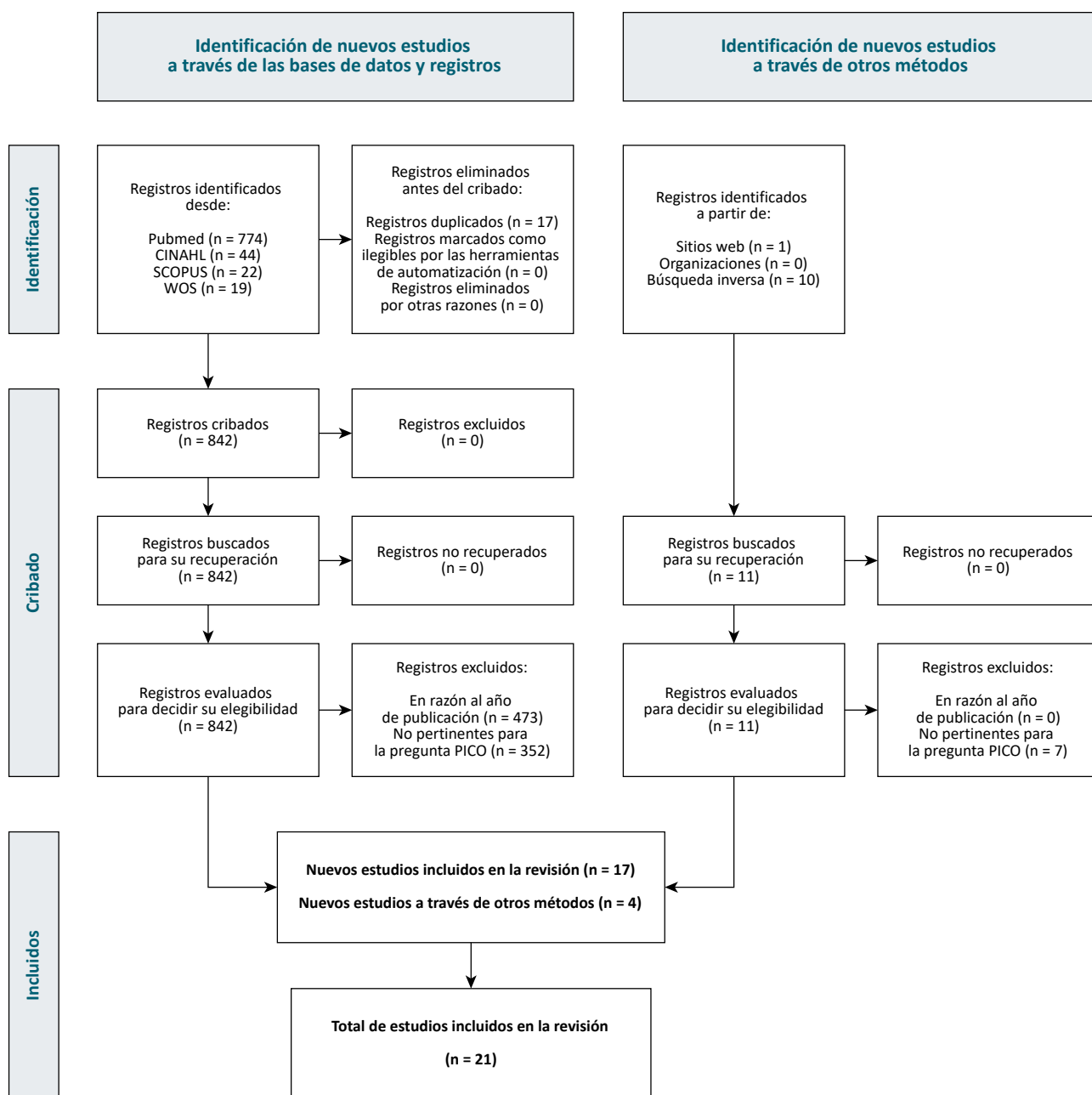
La preocupación central con el *freebirth* radica en que, ante complicaciones como un trabajo de parto obstruido o una hemorragia posparto, no se dispone de personal capacitado, medicamentos ni material adecuado para intervenir o realizar un traslado oportuno^{30,32}. Incluso en los partos planificados en casa y asistidos por matronas los datos de EE. UU. muestran que aproximadamente el 10% de los casos requieren un traslado hospitalario durante el parto³². En España, las cifras son similares: el 10.7% de las mujeres precisaron traslado al hospital³¹.

La evidencia demuestra que el modelo de atención liderado por matronas dentro del entorno hospitalario es altamente seguro y se asocia con tasas significativamente más bajas de cesáreas y partos instrumentados. Un extenso estudio realizado en Canadá

analizó más de 425 000 nacimientos en hospitales y desglosó las tasas de intervención según el nivel de riesgo médico de la madre. La tasa de cesárea para pacientes atendidas por matronas fue de solo el 7,2% cuando el riesgo era bajo. Incluso cuando el riesgo médico aumenta, las pacientes bajo el cuidado principal de una matrona experimentaron reducciones absolutas en el riesgo de cesárea del 55,3%. Asimismo, la tasa de parto instrumentado con matronas fue del 5,6%³³. Sin embargo, por definición, en un *freebirth* intencionado la tasa de cesáreas y partos instrumentados in situ es del 0%, ya que no hay ningún profesional capacitado presente para realizar estas intervenciones médicas. Las mujeres que dan a luz sin asistencia (o con asistentes tradicionales no cualificadas) se exponen a un riesgo extremo; si surge una complicación que requiera instrumental o cirugía, la falta de atención obstétrica dispara las tasas de mortalidad y morbilidad materna^{27,28}.

Es cierto que los partos asistidos en el ámbito hospitalario pueden requerir intervenciones instrumentales, las cuales, si bien son esenciales para resolver complicaciones en la segunda etapa del parto, conllevan riesgos considerables de morbilidad materna. El parto instrumentado mediante fórceps, ventosa o espátulas y sus complicaciones maternas se agrupan en efectos inmediatos y secuelas a largo plazo³⁴. A corto plazo, aumentan de forma significativa el trauma perineal y genital: las tasas de episiotomía alcanzan el 50-60% con ventosa y más del 90% con fórceps, mientras que los desgarros graves (III-IV grado) se sitúan entre el 1-4% y el 8-12% respectivamente. También son frecuentes otras lesiones vulvovaginales, hematomas y laceraciones^{34,35}. A largo plazo, el uso de instrumentos incrementa el riesgo de disfunción del suelo pélvico: la avulsión del elevador del ano es tres veces más frecuente que en un parto no instrumentado, y la incontinencia urinaria o anal puede persistir hasta en un 34% de las mujeres a lo largo de los 15 años posteriores³⁴. Es fundamental matizar que la intervención médica "precoz" salva vidas cuando surge una anomalía o complicación. Sin embargo, en mujeres con embarazos de bajo riesgo cuyo parto está en fase latente, acelerar el proceso de forma temprana (como aplicar oxitocina sintética de rutina) no está médicamente justificado. En ausencia de complicaciones, los profesionales deben adoptar un enfoque conservador para proteger la fisiología del parto, reservando la intervención para cuando sea estrictamente necesaria³⁶.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA. Resultados de la búsqueda y selección.



Fuente: Elaboración propia.

Resultados en salud neonatal

El *freebirth* y el parto asistido por matronas cualificadas presentan resultados neonatales distintos. La ausencia de personal capacitado para detectar sufrimiento fetal, monitorear el progreso o realizar maniobras de reanimación neonatal aumenta significativamente los riesgos de morbilidad y mortalidad para el bebé²⁸. En un estudio realizado en Mali sobre mujeres que llegaron al hospital tras partos no asistidos, el 16,7% de los recién nacidos presentaron un mal estado de salud al nacer y el 15,6% sufrieron traumas obstétricos. En el mismo estudio de Mali, el 13,6% de los bebés nacieron muertos como consecuencia de la falta de asistencia³⁷.

En Estados Unidos, al evaluar nacimientos en casa donde a menudo hay ausencia de integración médica (lo que puede

incluir *freebirth* y asistencia no regulada), se reportó que los bebés tienen unas 10 veces más probabilidades de nacer con un puntaje de Apgar de 0 a los 5 minutos de vida en comparación con los partos en hospitales, y este riesgo sube a 14 veces más en el caso de madres primerizas³⁸.

En contraste, un análisis en España sobre partos en casa planificados y asistidos por matronas documentó una tasa de mortalidad intraparto y neonatal temprana del 0%, sin ningún ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). En este mismo estudio, más del 99,8% de los recién nacidos obtuvieron un Apgar superior a 7 a los cinco minutos, y las desviaciones de salud en los bebés representaron menos del 0,2% de la muestra³¹. Durante la segunda etapa del parto (el expulsivo), si surge agotamiento materno o sufrimiento fetal, se requieren intervenciones inmediatas. La evidencia demuestra que el tiempo de respuesta

profesional es decisivo. Según un estudio realizado en Nigeria, existe el concepto de *decision to delivery interval* (DDI), el cual no debería superar los 30 minutos. Este término hace referencia al tiempo transcurrido desde la identificación de una complicación obstétrica hasta el nacimiento del feto y resalta la importancia de una respuesta rápida ante situaciones de urgencia durante el parto. En los partos no asistidos, al no contar con profesionales sanitarios ni con recursos como el fórceps o la ventosa, pueden producirse retrasos significativos en la atención. Cuando el tiempo de respuesta es excesivo, especialmente si supera los 30 minutos, la tasa de muerte fetal intrauterina aumenta de forma drástica y estadísticamente significativa en comparación con las intervenciones realizadas sin demora, lo que refuerza la importancia del parto asistido³⁹.

La evidencia canadiense demostró que los recién nacidos atendidos por matronas en casa tienen menos probabilidades de requerir reanimación en el momento del parto, de necesitar terapia de oxígeno más allá de las 24 horas y de sufrir el síndrome de aspiración de meconio³⁸. Asimismo, un estudio en Uganda demostró que las mujeres asistidas por matronas aplicando prácticas basadas en la fisiología (como el pujo espontáneo y el cuidado continuo) tuvieron una reducción significativa de bebés con un puntaje de Apgar menor a 7 a los 5 minutos, además de un riesgo notablemente menor de traslado a la UCIN⁴⁰.

La ausencia de un profesional sanitario significa que no existe capacidad para diagnosticar ni manejar una malposición (como la posición occipito-posterior) o una mal presentación (como la presentación de nalgas) antes o durante el trabajo de parto. Si el parto se obstruye o surge una emergencia debida a la posición del feto, no hay nadie capacitado in situ para realizar maniobras de rotación, liberar una cabeza atrapada o detectar un prolapso del cordón umbilical^{30, 41}. La falta de un traslado hospitalario temprano y coordinado ante estas complicaciones aumenta drásticamente el riesgo de asfixia, traumatismos graves y mortalidad neonatal⁴¹. Por el contrario, el manejo de las malposiciones en el parto asistido por matronas se basa en el diagnóstico activo, la corrección fisiológica y la derivación oportuna. Las guías clínicas internacionales y los protocolos establecen que las presentaciones anómalas son contraindicaciones absolutas para planificar un parto en casa o en centros de nacimiento²⁶. Ante malposiciones cefálicas, las matronas utilizan enfoques fisiológicos fomentando posiciones de parto dinámicas, como la cuadrupedia, ponerse de rodillas o el decúbito lateral, las cuales facilitan la rotación del bebé y reducen el riesgo de desgarros⁴⁰. En caso de ser necesario, si el parto es en domicilio planificado, las matronas monitorizan la progresión del parto y si la malposición causa un parto prolongado o estancado, derivan a la mujer al hospital antes de que se convierta en una emergencia fatal. En un amplio estudio sobre partos planificados en la comunidad, se evidenció que la mal presentación o malposición fue la causa principal de traslado intraparto al hospital, motivando el 85,2% de los traslados en los casos donde el feto venía de nalgas⁴¹.

Los datos a nivel nacional e internacional demuestran que no existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción de muertes fetales intraparto ni en las muertes neonatales tempranas o tardías entre los partos planificados en casa, los centros de nacimiento y los partos en hospitales, pero siempre y cuando estén asistidos por matronas⁴². En contextos de bajos recursos, como Nigeria, un extenso estudio poblacional reveló que los partos totalmente no asistidos (*freebirth*) tuvieron, de hecho, menores probabilidades de muerte neonatal que los

partos asistidos por parteras no cualificadas. Este hallazgo indica que la intervención de personas empíricas sin formación formal en reanimación o manejo de emergencias obstétricas puede resultar en peores resultados para el recién nacido que la ausencia total de asistencia⁴³.

Percepción de seguridad y satisfacción materna

Las mujeres que eligen el parto asistido por matronas (ya sea en casa o en centros de nacimiento) suelen percibir esta opción como el entorno más seguro para proteger la fisiología natural del parto y evitar intervenciones médicas innecesarias. Muchas mujeres perciben a las matronas como una garantía de seguridad emocional y psicológica³⁸. Sin embargo, quienes planifican un *freebirth* de forma intencional suelen percibirlo desde un espacio de alta preparación y empoderamiento, basando su seguridad en una confianza innata en el proceso de parto y en su propio cuerpo, rechazando cualquier interferencia profesional^{27, 32}. En muchos casos, la decisión de dar a luz sin asistencia no nace de sentir que el hogar es clínicamente más seguro, sino de un miedo extremo al entorno hospitalario. Esto se evidenció durante la pandemia de COVID-19, donde los hospitales fueron percibidos como focos de contagio y lugares donde las mujeres serían separadas de sus parejas o doulas³². Cuando el parto sin asistencia ocurre por falta de acceso o por miedo al sistema, la percepción de seguridad se desmorona durante el trabajo de parto. Las mujeres relatan haber sentido un profundo terror a las complicaciones al ser conscientes de que no había nadie capacitado para salvarlas si algo salía mal³⁰. Mientras que en el parto con matronas la seguridad se percibe como un equilibrio entre la protección médica básica y el respeto emocional, en el *freebirth* la seguridad a menudo se percibe de forma puramente instintiva o como una medida desesperada de autoprotección psicológica frente a un sistema médico que consideran hostil o peligroso^{27, 32, 38, 44}.

El parto asistido por matronas se asocia sistemáticamente con niveles muy altos de satisfacción materna. Esto se debe a que este modelo de atención responde a sus necesidades sociales y psicológicas de forma personalizada, permitiéndoles mantener el control y la autonomía sobre su cuerpo^{31, 38}. La satisfacción es tan alta que estudios muestran que el 100% de las mujeres que dan a luz en casa con matronas cualificadas desean repetir la experiencia en futuros embarazos⁴⁵. Por el contrario, la satisfacción y la experiencia emocional en el *freebirth* es mucho más compleja. Aunque algunas mujeres eligen el *freebirth* desde un espacio de alta preparación y búsqueda de empoderamiento absoluto, cuando el parto sin asistencia o con asistentes no cualificados ocurre por miedo al entorno hospitalario o por falta de acceso, las consecuencias emocionales suelen ser perjudiciales. Un estudio en Mali que analizó a mujeres que tuvieron partos no asistidos reveló que el 45,6% sintió arrepentimiento después de dar a luz y el 23,1% reportó haber sentido gran ansiedad durante el proceso³⁷. En contextos donde las mujeres recurren al parto fuera del sistema con asistentes tradicionales no cualificados, la insatisfacción también se deriva de la falta de higiene adecuada, de privacidad y, en algunos casos, el haber sufrido acoso o agresiones verbales y físicas³⁰. Pero es cierto que cuando la decisión es tomada por la mujer de forma consciente la satisfacción materna suele ser positiva. Las mujeres valoran estar en un ambiente cómodo y familiar, percibiendo el parto en casa como algo más natural y menos estresante que el entorno de un hospital o centro médico³⁸. Además, el parto fuera del hospital asegura que la mujer no sea separada de su bebé ni de sus personas de apoyo (pareja,

doulas, familiares). Esto cobró especial relevancia durante la pandemia de COVID-19, donde las mujeres eligieron el parto en casa para evitar las estrictas restricciones hospitalarias y garantizar un apoyo emocional continuo^{32, 46}.

CONCLUSIONES

Los partos no asistidos por profesionales sanitarios se asocian a mayores complicaciones maternas, fundamentalmente dolor y hemorragia obstétrica, en comparación con aquellos que tuvieron lugar con asistencia. Esta diferencia es independiente del lugar del nacimiento, ya que cuando las mujeres estuvieron acompañadas por matronas, tanto en partos hospitalarios como en partos domiciliarios planificados, dichas complicaciones fueron poco frecuentes.

Con respecto a los resultados de salud en los neonatos, también se observa un aumento de morbilidad y mortalidad en aquellos nacimientos sin asistencia profesional en comparación con aquellos que fueron asistidos por matronas. Esta diferencia se mantiene independientemente del lugar del nacimiento, ya sea en un hospital, en centros de nacimiento o en el domicilio. La presencia de matronas profesionales resulta clave, ya que incluso ante la aparición de complicaciones como malposiciones u otras, estas profesionales están instruidas en maniobras de liberación o bien en un traslado sin demoras a un centro sanitario para su resolución.

En conclusión, la atención profesional posibilita una vigilancia adecuada del progreso del parto, la detección precoz de posibles complicaciones y una actuación rápida y eficaz cuando estas se producen, pudiendo acceder a los medicamentos e instrumentos necesarios para garantizar la seguridad tanto de la madre como del recién nacido.

En cuanto a la percepción de seguridad y satisfacción, los estudios muestran que en el caso del *freebirth* la decisión de las mujeres muchas veces se basa en un miedo extremo al sistema. Esto puede ocasionar un derrumbe de su percepción de seguridad ante una mínima complicación, lo que repercute también negativamente en la experiencia global del parto y en la satisfacción materna. Por el contrario, cuando el parto en

casa se desarrolla con el acompañamiento de matronas profesionales, tanto la percepción de seguridad como los niveles de satisfacción materna alcanzan niveles máximos.

Esta revisión también evidencia que muchos de los motivos que llevan a algunas mujeres a optar por el *freebirth* pueden ser atendidos mediante alternativas seguras, como el parto planificado en domicilio asistido por matronas. Siempre que exista una adecuada selección de mujeres con embarazos de bajo riesgo, una planificación rigurosa y una correcta integración con el sistema sanitario.

No obstante, es necesario señalar que la comparación entre ambos modelos presenta un sesgo de selección, ya que el *freebirth* continúa siendo una práctica escasamente estudiada y, en muchos casos, los datos disponibles no permiten diferenciar con precisión entre partos no asistidos de forma intencionada y aquellos que ocurren sin asistencia por falta de acceso a servicios sanitarios o por circunstancias sobrevenidas. Del mismo modo destacar expresamente la heterogeneidad metodológica, geográfica y asistencial de los estudios incluidos lo que resulta una limitación en la comparativa de los dos modelos.

Esta limitación condiciona algunas comparaciones y subraya la necesidad de futuras investigaciones específicas sobre esta práctica.

Por otro lado, los resultados de esta revisión invitan a reflexionar sobre la gestión actual del proceso de parto dentro del sistema sanitario. La percepción negativa que muchas mujeres tienen del entorno hospitalario, especialmente en relación con protocolos rígidos, medicalización excesiva y una limitada autonomía en la toma de decisiones, parece desempeñar un papel relevante en la elección del *freebirth*. Esta realidad nos invita a revisar y adaptar los modelos de atención obstétrica, apostando por protocolos más flexibles, individualizados y centrados en la mujer, que respeten sus preferencias y favorezcan su participación activa en el proceso de parto. Además, al mismo tiempo, se reduciría la elección del *freebirth* como una respuesta extrema frente a un sistema percibido como poco acogedor o excesivamente intervencionista, reforzando así la importancia de promover modelos de atención al parto seguros, respetuosos y centrados en la mujer.

BIBLIOGRAFÍA

- Mandziuk J. Outline of the history of obstetrics until the 20th century. *Q J Fides Ratio*. 2022; 4 (52): 9-17. doi: 10.34766/fetr.v4i52.1098.
- Sedano M, Sedano C, Sedano R. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Rev Med Clin Condes*. 2014; 25 (6): 866-873. doi: 10.1016/S0716-8640(14)70632-1.
- Palharini LA, Figueiróa SFM. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2018; 25 (4): 1039-1061. doi: 10.1590/S0104-59702018000500008.
- GBD 2021 Fertility and Forecasting Collaborators. Global fertility in 204 countries and territories, 1950-2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024; 403 (10440): 2057-2099. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00550-6.
- Hernández-Vásquez A, Chacón-Torrico H, Bendezu-Quispe G. Prevalence of home birth among 880,345 women in 67 low- and middle-income countries: a meta-analysis of Demographic and Health Surveys. *SSM Popul Health*. 2021; 16: 100955. doi: 10.1016/j.ssmph.2021.100955.
- Instituto Nacional de Estadística. Partos por residencia de la madre y asistencia sanitaria. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2021. Disponible en <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=32621>. [Acceso: 11/01/2026].
- Light L, Virdee SK, Dickens C, Diogo R. Obstructed labor, evolution, and health disparities. *Biology (Basel)*. 2024; 13 (12): 1001. doi: 10.3390/biology13121001.
- Tadese M, Dagne K, Wubetu AD, Abeway S, et al. Assessment of the adverse pregnancy outcomes and its associated factors among deliveries at Debre Berhan Comprehensive Specialized Hospital, Northeast Ethiopia. *PLoS One*. 2022; 17 (7): e0271287. doi: 10.1371/journal.pone.0271287.
- Vogel JP, Nguyen PY, Ramson J, De Silva MS, et al. Effectiveness of care bundles for prevention and treatment of postpartum hemorrhage: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2024; 67-91. doi: 10.1016/j.ajog.2024.01.012.
- Roberts JM. Preeclampsia epidemiology(ies) and pathophysiology(ies). *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2024; 94: 102480. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2024.102480.
- Machado JS, Ferreira TS, Lima RCG, Vieira VC, Medeiros DS. Premature birth: topics in physiology and pharmacological characteristics. *Rev Assoc Med Bras*. 2021; 67 (1): 150-155. doi: 10.1590/1806-9282.67.01.20200501.
- Vogel JP, Jung J, Lavin T, Simpson G, et al. Neglected medium-term and long-term consequences of labour and childbirth: a systematic analysis of the burden, recommended practices, and a way forward. *Lancet Glob Health*. 2024; 12: e317-e330. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00454-0.
- Stewart DE, Vigod SN. Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annu Rev Med*. 2019; 70: 183-196. doi: 10.1146/annurev-med-041217-011106.
- McKenzie G, Robert G, Montgomery E. Exploring the conceptualisation and study of freebirthing as a historical and social phenomenon: a meta-narrative review of diverse research traditions. *Med Humanit*. 2020; 46: 512-524. doi: 10.1136/medhum-2019-011786.
- Baranowska B, Węgrzynowska M, Tataj-Puzyna U, Crowther S. “I knew there has to be a better way”: women’s pathways to freebirth in Poland. *Women Birth*. 2022; 35: e328-e336. doi: 10.1016/j.wombi.2021.07.008.
- Henriksen L, Nordström M, Nordheim I, Lundgren I, Blix E. Norwegian women’s motivations and preparations for freebirth: a qualitative study. *Sex Reprod Healthc*. 2020; 25: 100511. doi: 10.1016/j.srhc.2020.100511.
- Lou S, Dahlen HG, Hansen SG, Rodkjær LØ, Maimburg RD. Why freebirth in a maternity system with free midwifery care? A qualitative study of Danish women’s motivations and preparations for freebirth. *Sex Reprod Healthc*. 2022; 34: 100789. doi: 10.1016/j.srhc.2022.100789.
- Velo Higuera M, Douglas F, Kennedy C. Exploring women’s motivations to freebirth and their experience of maternity care: a systematic qualitative evidence synthesis. *Midwifery*. 2024; 134: 104022. doi: 10.1016/j.midw.2024.104022.
- Greenfield M, Payne-Gifford S, McKenzie G. Between a rock and a hard place: considering “freebirth” during COVID-19. *Front Glob Womens Health*. 2021; 2: 603744. doi: 10.3389/fgwh.2021.603744.
- McKenzie G. Quest narratives and heroine journeys: the road to freebirth and the joy of undisturbed physiological birth. *Front Glob Womens Health*. 2025; 5: 1495914. doi: 10.3389/fgwh.2024.1495914.
- Feeley C. Freebirthing: a case for using interpretative hermeneutic phenomenology in midwifery research for knowledge generation, dissemination and impact. *J Res Nurs*. 2019; 24 (1-2): 9-19. doi: 10.1177/1744987118809450.
- Shorey S, Jarašiūnaitė-Fedosejeva G, Akik BK, Holopainen A, et al. Trends and motivations for freebirth: a scoping review. *Birth*. 2023; 50: 16-31. doi: 10.1111/birt.12702.
- McKenzie G, Robert G, Montgomery E. Exploring the conceptualisation and study of freebirthing as a historical and social phenomenon: a meta-narrative review of diverse research traditions. *Med Humanit*. 2020; 46: 512-524. doi: 10.1136/medhum-2019-011786.
- ABC. Freebirth: la corriente digital que impulsa el parto sin asistencia en casa. ABC Sociedad. 4 ene 2026. Disponible en: <https://www.abc.es/sociedad/freebirth-corriente-digital-impulsa-parto-asistencia-casa-20260104030316-nt.html>. [Acceso: 17/02/2026].
- elDiario.es, The Guardian. Sociedad del parto libre: la “secta” de influencers millonarias relacionada con muertes de bebés. elDiario.es. 1 dic 2025. Disponible en: https://www.eldiario.es/internacional/theguardian/sociedad-parto-libre-secta-influencers-millonarias-relacionada-muertes-bebes_1_12805385.html. [Acceso: 17/02/2026].
- Grünebaum A, Bornstein E, McLeod-Sordjan R, Lewis T, et al. The impact of birth settings on pregnancy outcomes in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2023; 228 (5): S965-S976. doi: 10.1016/j.ajog.2022.08.011.
- Lang G, Farnell EA, Quinlan JD. Out-of-hospital birth. *Am Fam Physician*. 2021; 103 (11): 672-680.

28. Taye BT, Zerihun MS, Kitaw TM, Demisse TL, et al. Women's traditional birth attendant utilization at birth and its associated factors in Angolella Tara, Ethiopia. *PLoS One*. 2022; 17 (11): e0277504. doi: 10.1371/journal.pone.0277504.
29. Mahmood HR, Hossain L, Azrin F, Sajib MRUZ, et al. Enhancing emergency obstetric care navigation through a 'Welcome Person' model: insights from a health system strengthening initiative in Bangladesh. *J Glob Health*. 2025; 15: 04128. doi: 10.7189/jogh.15.04128
30. Woofter R, Varghese K, Mboya J, Golub G, Sudhinaraset M. Women's experiences giving birth outside of health facilities in Kenya during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *BMJ Open*. 2025; 15: e101458. doi: 10.1136/bmjopen-2025-101458
31. Galera-Barbero TM, Aguilera-Manrique G. Planned home birth in low-risk pregnancies in Spain: a descriptive study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18: 3784. doi: 10.3390/ijerph18073784.
32. Davis-Floyd R, Gutschow K, Schwartz DA. Pregnancy, birth and the COVID-19 pandemic in the United States. *Med Anthropol*. 2020; 39 (5): 413-427. doi: 10.1080/01459740.2020.1761804.
33. Stoll K, Titoria R, Turner M, Jones A, Butska L. Perinatal outcomes of midwife-led care, stratified by medical risk: a retrospective cohort study from British Columbia (2008-2018). *CMAJ*. 2023; 195: E292-E299. doi: 10.1503/cmaj.220453.
34. Bahl R, Hutton E, Crofts J, Draycott T. Assisted vaginal birth in 21st century: current practice and new innovations. *Am J Obstet Gynecol*. 2024. doi: 10.1016/j.ajog.2022.12.305.
35. Chawanpaiboon S, Titapant V, Pooliam J. Maternal complications and risk factors associated with assisted vaginal delivery. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023; 23 (1): 756. doi: 10.1186/s12884-023-06080-9.
36. Alòs-Pereñíguez S, Vallejo N, O'Malley D, Daly D. Factors associated with augmentation of labour with synthetic oxytocin: a cross-sectional study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2025; 313: 114623. doi: 10.1016/j.ejogrb.2025.114623.
37. Dembele S, Diassana M, Macalou B, Sibibe A, et al. Socio-epidemiological aspects and prognosis of unassisted deliveries arriving at Fousseyni Daou Hospital in Kayes. *Open J Obstet Gynecol*. 2023; 13: 360-371. doi: 10.4236/ojog.2023.132035.
38. Ahmed NME, Altayib MHM, Elmamoun M, Osman HI. Intrapartum obstetric complications of home birth versus hospital birth among Sudanese women Ad-Damar city, River Nile State January 2021 – June 2021. *Int J Res Publ*. 2024; 150 (1): 137-160. doi: 10.47119/IJRP1001501620246671
39. Eze P, Lawani LO, Chikezie RU, Ukaegbe CI, Iyoke CA. Perinatal outcomes of babies delivered by second-stage Caesarean section versus vacuum extraction in a resource-poor setting, Nigeria: a retrospective analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20 (1): 1-8. doi: 10.1186/s12884-020-02995-9.
40. Blomgren J, Wells MB, Amongin D, Erlandsson K, et al. Improving Apgar scores and reducing perineal injuries through midwife-led quality improvements: an observational study in Uganda. *BMC Public Health*. 2025; 25 (1): 19. doi: 10.1186/s12889-024-21137-w.
41. Schafer R, Bovbjerg ML, Cheyney M, Phillippi JC. Maternal and neonatal outcomes associated with breech presentation in planned community (home and birth center) births in the United States: a prospective observational cohort study. *PLoS One*. 2024; 19 (7): e0305587. doi: 10.1371/journal.pone.0305587.
42. Sidery S, Bisits A, Spear V, Cummins A. Insights from a publicly funded homebirth program. *Women Birth*. 2025; 38: 101864. doi: 10.1016/j.wombi.2024.101864.
43. Okpani AI, Umar L, Karim ME. Traditional birth attendant-assisted versus unassisted births: a comparison of neonatal deaths in Nigeria, 2008-2018. *Ann Epidemiol*. 2022; 75: 1-8. doi: 10.1016/j.annepidem.2022.08.042.
44. Yalley AA. The politics of reproduction and the realities of obstetric violence in Ghana. *Front Glob Womens Health*. 2025; 6: 1627928. doi: 10.3389/fgwh.2025.1627928.
45. Hu Y, Allen J, Ellwood D, Slavin V, et al. The financial impact of offering publicly funded homebirths: a population-based microsimulation in Queensland, Australia. *Women Birth*. 2024; 37: 137-143. doi: 10.1016/j.wombi.2023.07.129.
46. Burt M, Tumin D, Bates N, Crockett K, Whiteside JL. Maternal and perinatal outcomes of birth center births compared to planned home births: a nation-wide, propensity-matched analysis. *J Obstet Gynaecol Res*. 2025; 51 (6): e16329. doi: 10.1111/jog.16329.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Limones Villa A. Resultados perinatales del freebirth con respecto al parto frente a otros modelos de atención liderados por matronas. *Hygia de Enfermería*. 2026; 43(2): 60-71

ANEXO I. TABLA DE REFERENCIAS USADAS EN LA REVISIÓN

TÍTULO	AUTORES	AÑO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDIO	RESULTADOS
Intrapartum Obstetric Complications of Home Birth Versus Hospital Birth Among Sudanese Women	Ahmed, Najla Mohammed Elmofadel et al.	2021	Estudiar las complicaciones intraparto maternas y fetales en partos en casa frente a partos hospitalarios.	Estudio transversal, prospectivo	El parto en casa se asoció con hemorragia posparto (24.4% vs 2.9% hospital), placenta retenida (9.2% vs 1.1%) y parto obstruido. Muertes fetales mayores en casa (4.6% vs 0.5%) y más admisiones a UCIN (15.6% vs 4.8%).
Factors associated with augmentation of labour with synthetic oxytocin: A cross-sectional study	Alòs-Pereñíguez, Silvia et al.	2025	Identificar la prevalencia y los factores asociados a la augmentación del parto con oxitocina sintética (AOL) en un hospital terciario de Irlanda.	Estudio transversal	La prevalencia del aumento de parto fue del 18.7%. Se asoció con mayores probabilidades de parto asistido por instrumentos (aOR 2.38-2.76), mayor riesgo de hipoxia fetal y hemorragia posparto.
Assisted vaginal birth in 21st century: current practice and new innovations	Bahl, Rachna; Hotton, Emily; Crofts, Joanna; Draycott, Tim	2024	Revisar la práctica actual del parto vaginal asistido (PVA), su seguridad y compararlo con la cesárea en la segunda etapa del parto.	Revisión de expertos	El PVA es una opción segura; los fórceps tienen mayor éxito que el vacum (RR 0.58), pero los de cavidad media aumentan lesiones del esfínter anal (OR 1.83). La cesárea en dilatación completa tiene mayor morbilidad materna y neonatal que un PVA completado. El PVA es más rápido y costo-efectivo en la segunda etapa prolongada.
Improving Apgar scores and reducing perineal injuries through midwife-led quality improvements	Blomgren, Johanna et al.	2025	Explorar cómo posiciones dinámicas y protección perineal impactan lesiones y puntuación de Apgar.	Estudio observacional de cohorte	Lesiones perineales y bajos puntajes de Apgar disminuyeron ($p < 0.001$). Posiciones dinámicas se asociaron con perineo intacto (AOR 0.6). La protección perineal redujo Apgar <7 (AOR 0.3) y traslados a UCIN (4.1% vs 12.4%).
Maternal and perinatal outcomes of birth center births compared to planned home births: A nation-wide, propensity-matched analysis	Burt, Madeline et al.	2025	Comparar la morbilidad materna y neonatal entre partos en casas de nacimientos (birth centers) y partos planificados en casa en Estados Unidos.	Estudio de cohorte retrospectivo	La morbilidad general fue mayor en centros de nacimiento que en el hogar (OR 1.13), debido principalmente a mayor trauma perineal severo materno (OR 1.57). No hubo diferencias significativas en la morbilidad infantil general.
Maternal complications and risk factors associated with assisted vaginal delivery	Chawanpaiboon, Saifon et al.	2023	Identificar las complicaciones maternas y los factores asociados a parto vaginal asistido.	Estudio retrospectivo, descriptivo.	La hemorragia posparto fue la complicación predominante (7.3%). El parto asistido por fórceps aumentó significativamente el riesgo de hemorragia (AOR 5.11) frente al parto espontáneo. El trabajo prolongado y la macrosomía son factores de riesgo.
Pregnancy, Birth and the COVID-19 Pandemic in the United States	Davis-Floyd, Robbie; Gutschow, Kim; Schwartz, David A.	2020	Investigar cambios en prácticas de atención materna por COVID-19 y el desplazamiento hacia partos fuera del hospital.	Estudio cualitativo y antropológico	Aumento del interés en parto domiciliario por miedo al contagio. Se estima un ahorro de 9.1 mil millones de USD si el 10% de partos en EE. UU. fuesen comunitarios. El 97% de mujeres que vivieron parto asistido y cesárea prefirieron el asistido por vacum.
Socio-Epidemiological Aspects and Prognosis of Unassisted Deliveries Arriving at Fousseyini Daou Hospital	Dembele, S. et al.	2023	Estudiar aspectos socio-epidemiológicos y pronóstico de partos no asistidos (sin personal calificado).	Estudio descriptivo prospectivo	Frecuencia de parto no asistido: 4.1%. Complicaciones: hemorragia (25%), lesiones perineales (14.4%), anemia grave (30%). Neonatos: 13.6% nacidos muertos y 15.6% con trauma. Mortalidad materna al llegar del 3%.

(Continúa en la siguiente página)

TÍTULO	AUTORES	AÑO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDIO	RESULTADOS
Perinatal outcomes of babies delivered by second-stage Caesarean section versus vacuum extraction in a resource-poor setting, Nigeria – a retrospective analysis	Eze, Paul et al.	2020	Evaluar el estado perinatal de recién nacidos tras parto instrumental (AVD) versus cesárea en segundo estadio (CS).	Estudio retrospectivo	Se analizaron 559 nacimientos. No hubo diferencias significativas en resultados perinatales graves ($p=0,811$), puntuaciones de Apgar a los 5 minutos ($p=0,355$) ni ingreso en la UCIN ($p=0,946$). El parto asistido mostró un intervalo decisión-parto más corto (<30 min en 93.4%) y menor muerte fetal durante este intervalo (1.4% vs 5.5% en cesárea).
Parto domiciliario planificado en embarazos de bajo riesgo en España: un estudio descriptivo	Galera-Barbero, Trinidad M.; Aguilera-Manrique, Gabriel	2021	Identificar características y resultados de salud de partos domiciliarios planificados con profesionales en Baleares.	Estudio descriptivo retrospectivo	De 820 partos, el 97.1% fueron vaginales espontáneos. La tasa de traslado al hospital fue del 10.7%. La mortalidad materna y neonatal fue del 0%. El 99.8% de los neonatos tuvo Apgar > 7 a los 5 minutos. El 75% de las mujeres no sufrió trauma perineal.
The impact of birth settings on pregnancy outcomes in the United States	Grünebaum, Amos et al.	2023	Investigar el impacto de los entornos de parto (hospital, hogar, centros de nacimiento) en los resultados del nacimiento en EE. UU.	Revisión de expertos	Partos fuera del hospital tienen menos intervenciones (episiotomías, cesáreas, anestesia). No obstante, hay un aumento en resultados adversos evitables: mortalidad neonatal en partos domiciliarios de 13.66 por 10,000 frente a 3.27 en hospital con matronas.
The financial impact of offering publicly funded homebirths: A population-based microsimulation in Queensland, Australia	Hu, Yanan et al.	2024	Evaluar la diferencia en los costes de hospitalización entre ofrecer partos domiciliarios públicos frente a no ofrecerlos.	Microsimulación poblacional	Ofrecer parto domiciliario al 5% de mujeres de bajo riesgo ahorraría 303.13 AUD por embarazo. El ahorro total anual estimado es de 11 millones de AUD. Se asocia con menores tasas de intervención (cesáreas y partos instrumentales).
Out-of-Hospital Birth	Lang, Gregory; Farnell IV, Edwin A.; Quinlan, Jeffrey D.	2021	Revisar riesgos y beneficios del parto fuera del hospital (domicilio y centros de nacimiento) y guiar la selección de pacientes.	Revisión de expertos	El parto planificado fuera del hospital reduce intervenciones y cesáreas. Sin embargo, en EE. UU. aumenta el riesgo de muerte perinatal (exceso de 1 por 1,000) y morbilidad neonatal (convulsiones). El riesgo de muerte es mayor en nulíparas y gestaciones ≥ 41 semanas.
Enhancing emergency obstetric care navigation through a 'Welcome Person' model: insights from a health system strengthening initiative in Bangladesh.	Mahmood, Hassan Rushekh et al.	2025	Evaluar cómo el modelo Welcome Person (persona de acogida) puede reducir el tercer retraso y mejorar la navegación y el acceso oportuno a la atención obstétrica de emergencia en Bangladesh.	Estudio transversal	La implementación de una persona de apoyo redujo el tiempo de entrada a tratamiento a 15 minutos, mejorando la navegación y agilizando la admisión, especialmente en centros de salud locales.
Traditional birth attendant-assisted versus unassisted births: a comparison of neonatal deaths in Nigeria, 2008–2018	Okpani, Arnold Ikedichi et al.	2022	Comparar el riesgo de muerte neonatal entre partos asistidos por parteras tradicionales (TBA) y partos no asistidos.	Estudio de cohorte retrospectivo	Los partos no asistidos tuvieron menores probabilidades de muerte neonatal que los asistidos por TBA sin formación (aOR 0.81). La asistencia de una TBA sin regulación no garantiza la supervivencia neonatal.
Maternal and neonatal outcomes associated with breech presentation in planned community (home and birth center) births in the United States	Schafer, Robyn et al.	2024	Investigar resultados maternos y neonatales en presentación de nalgas en partos comunitarios (hogar y centros de nacimiento).	Estudio de cohorte observacional	Partos de nalgas en comunidad tuvieron altas tasas de traslado (49.5%) y cesárea (42.4%). Riesgo aumentado de muerte neonatal (OR 8.5) y prolapso de cordón (2.2% vs 0.1%). No hubo diferencias por tipo de presentación de nalgas.

(Continúa en la siguiente página)

TÍTULO	AUTORES	AÑO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDIO	RESULTADOS
Insights from a publicly funded homebirth program	Sidery, Sheryl et al.	2025	Describir la implementación de un servicio de parto domiciliario público y comparar resultados con partos hospitalarios.	Estudio de cohorte comparativo retrospectivo	El parto domiciliario tuvo mayor probabilidad de parto fisiológico ($p<0.001$) y periné intacto ($p<0.0001$), con menor tasa de hemorragia posparto ($p<0.0001$). Se registraron menos partos asistidos y cesáreas incluso en casos con traslado al hospital.
Perinatal outcomes of midwife-led care, stratified by medical risk	Stoll, Kathrin et al.	2023	Comparar resultados perinatales entre partos atendidos por matronas frente a médicos, estratificados por riesgo médico.	Estudio de cohorte retrospectivo	La atención por matronas resultó en mayores tasas de parto vaginal espontáneo y menores tasas de cesáreas e instrumentales en todos los niveles de riesgo. En bajo riesgo, la cesárea fue 7.2% (matronas) vs 42.3% (obstetras) sin aumento de riesgos neonatales.
Women's traditional birth attendant utilization at birth and its associated factors in Angolella Tara, Ethiopia	Taye, Birhan Tsegaw et al.	2022	Determinar la prevalencia del uso de parteras tradicionales (TBAs) y los factores asociados entre mujeres que dieron a luz en los últimos dos años en Angolella Tara, Etiopía.	Estudio transversal	El 31.5% de las mujeres utilizó TBAs. El uso se asocia a la distancia al centro de salud (>1 hora), falta de educación sobre signos de peligro y la valoración cultural y cercanía de las TBAs.
Women's experiences giving birth outside of health facilities in Kenya during the COVID-19 pandemic: a qualitative study.	Woofter, Rebecca et al.	2025	Explorar las experiencias de mujeres kenianas que dieron a luz fuera de centros de salud durante la pandemia de COVID-19, usando el marco de Atención Materna Centrada en la Persona (PCMC).	Estudio cualitativo descriptivo	Las mujeres recibieron apoyo emocional de parteras tradicionales y familiares. No obstante, reportaron falta de privacidad, higiene deficiente, maltrato físico y verbal por parte de algunas parteras, y estrés por temor a complicaciones.
The politics of reproduction and the realities of obstetric violence in Ghana	Yalley, Abena Asefuaba	2025	Explorar la dinámica de la violencia obstétrica a partir de los relatos de mujeres en zonas rurales y urbanas de Ghana.	Estudio cualitativo	Identificación de una cultura de violencia: maltrato físico (golpes, suturas sin anestesia), abandono, humillación verbal y discriminación. Los hallazgos destacan un fuerte impacto psicológico y desconfianza en el sistema de salud.