

2020 / 2021 ikasturtea

**ETXEKO ERDITZEETAKO SEGURTASUNA BERMATZEKO EMAN BEHARREKO
ERIZAINNTZA ZAINKETAK**

MAIALEN MAIZA LEDESMA

LABURPENA

Sarrera. Emakume eta osasun langileak erditze humanizatu eta naturalago baten bila, etxean erditzera eraman dute. Ez dago erditzeko toki ideal bat. Erditzea ondo joateko, emakumea lasai sentitzen den tokian errezago egingo du bere lana. Batzuk ospitalean lortzen dute sentazio hori eta beste batzuk etxean.

Helburua. Lanaren helburu nagusia, emaginak emandako erizaintza zainketen bitartez etxeko erditzeen segurtasuna aztertzea eta berri ematea da.

Metodologia. Gaiaren inguruan idatzitako literatura zientifikoaren narrazio-berrikuspen deskribatzailea egin da, PIO estruktura erabiliz. Bilaketa bibliografikoa burutu da datu-baseetan, eta web-orrialde zein beste iturri batzuetara ere jo da. Irakurketa kritikoari esker, artikuluen ebaluazioa gauzatu da CASPe txantiloien bidez eta Haynes piramidearekin dokumentuen ebidentzia maila ziurtatu da.

Emaitzak. Erditzeek urteetan zehar aldaketak pairatu dituzte jaiotze lekuari dagokionean, egoera honen intzidentzia herrialde ezberdinetan aldakorra delarik. Beharrezkoa da erditze normala eta arrisku baxuko erditze kontzeptuak argitzea, baita etxean erditu ahal izateko bete beharreko baldintzak ezagutzea ere. Etxeko erditzeetako prestakuntza, erditzearen garatzea eta ospitalera lekualdatzea beharrezkoa izango balitz, emaginen zereginaz informatuko da emakumea. Bestalde, zenbait ikerketek morbiditate eta mortalitate tasak etxean zein ospitalean erditu berdinak direla baieztatu dute. Guzti hau garatu ahal izateko, osasun profesionaleko langileen artean etxeko erditzeen inguruko prestakuntza eta gaiarekiko duten ikuspuntua ezagutuko da.

Eztabaida. Etxeko erditzeak arrisku baxukoak direnean ospitalekoak bezain seguruak direla baieztatzen duten ikerlanak dauden arren, eta beste herrialde batzuetan etxeko erditzeak sustatu, gomendatu eta burutzen diren arren, zailtasunaren atzean, informazio eta ikerketa falta somatzen da, izan ere, gizartean gaiarekiko dagoen isiltasun eta ezjakintasunak, ikertzea zailtzen dute.

Ondorioak. Funtsezkoa da emaginen formakuntzan etxeko erditzeen inguruko gaietan sakontzea eta ikerlan gehiago burutzea, aurreiritziak alde batera uzteko eta ebidentzian oinarritutako ikerketen bitartez lantzen hasteko. Gainera, zenbait ikerlanek etxean erditzea ospitalean baino ekonomikoagoa dela azpimarratu dute. Bestalde, erditze

humanizatu bat lortzeko bidean, emakumearen arlo psikosoziala zaintzea funtseskoa dela ikusi da.

Hitz gakoak. Emakume haurdunak, etxean erditzea, erizaintza-zainketak, onurak, konplikazioak eta arriskuak.

AURKIBIDEA

1.	SARRERA.....	1
2.	HELBURUAK.....	2
3.	METODOLOGIA.....	3
3.1	Bilaketa bibliografikoaren estrategia.....	3
3.2	Bilaketa bibliografikoaren emaitzak.....	5
4.	EMAITZAK.....	6
4.1	Erditzeek urteetan zehar pairatutako aldaketak eta bilakaera.....	6
4.2	Etxeko erditzeen egoera herrialde ezberdinetan: finantzaketa eta intzidentzia.....	8
4.3	Erditzearen fisiologia: erditze normala eta arrisku baxuko kontzeptuak.....	10
4.4	Etxean erditu ahal izateko bete beharreko baldintzak.....	11
4.5	Etxeko erditzeetan eman beharreko erizaintza zainketak.....	12
4.5.1	Etxeko erditzeen prestakuntza.....	12
4.5.2	Etxeko erditzeen garatzea.....	13
4.5.3	Ospitalera lekualdatzea.....	14
4.6	Etxean erditzearen segurtasuna: ama haurraren osasun egoera eta hilkortasuna ..	16
4.7	Osasun profesionaleko langileen prestakuntza eta ikuspuntua etxeko erditzeen inguruan.....	17
5.	EZTABAIDA.....	19
6.	ONDORIOAK.....	20
7.	BIBLIOGRAFIA.....	22
8.	ERANSKINAK.....	28
1.	Eranskina. Datu-baseetako bilaketa bibliografikoaren prozesua eta emaitzak.	28
2.	Eranskina. Datu-baseetako bilaketa bibliografikoetatik hautatutako artikulak.	31
3.	Eranskina. Bilaketa bibliografikoan aukeratutako dokumentuen zehaztasunak.	33
4.	Eranskina. Datu-baseetatik lortutako dokumentuei pasatako CASPe gidak.	37
5.	Eranskina. Erditzeen ehunekoa autonomía Erkidego ezberdinetan, jaiotza lekuaren arabera.....	43
6.	Eranskina. Erditzetan arriskua adierazten duten gaixotasunak.....	44

TAULEN AURKIBIDEA

1.	Taula. Bilaketa bibliografikoa egiteko erabilitako hitz gakoak eta deskriptoreak.....	3
2.	Taula. Behin bilaketak egin ostean, aplikatu diren barneratze eta kanporatze irizpideak.....	4

IRUDIEN AURKIBIDEA

1. Irudia. Haynes piramidearen moldaketan oinarritutako informazio iturrien antolaketa. Bertan ageri diren zenbakiak bibliografian dagokien artikuluekin bat datozelarik.....	6
---	---

AKRONIMOEN AURKIBIDEA

- PIO: pazientea edo arazoa (P), interbentzioa (I) eta emaitzak (O)
- DeCS: Descriptores en Ciencias de laSalud
- MeSH: Medical Subject Headings
- BVS: Biblioteca Virtual en Salud
- OME: Osasuneko MunduErakundea
- CASPe: Critical Appraisal Skills ProgrammeEspañol
- SNS: Osasun Sistema Nazionala
- COIB: Bartzelonako Erizaintzako Eskola Ofiziala
- EAO: Estatuko Aldizkari Ofiziala
- BCCNM: Britania Columbiako Erizain eta Emaginen Unibertsitatea
- RANZCOG: Australia eta Zeelanda Berriko Obstetra eta Ginekologoek Unibertsitatea
- AOM: Ontarioko Emaginen Elkarteak
- SEGO: Espainiako Ginekologia eta Obstetriziaz Elkartea
- FAME: Espainiako Emaginen Elkarteen Federazioa
- NICE: Osasun eta Zaintza Ikerketarako Institutu Nazionala
- INE: Estatistika Institutu Nazionala

1. SARRERA

Erditze eta jaiotze bakoitza desberdina da, emakume bakoitzarentzat esperientzia bakarra eta pertsonala dena (1). Erditzera doan emakumearentzat, informatuta egotea eta bizi duen egoeraz jabetzea beharrezkoa da, ez soilik ahalik eta erditze seguruena bizitzeko, baita erditzea fisikoki zein psikologikoki esperientzia betegarria izateko ere (2). Horregatik, momentu hau amaren eta umearen beharretara egokitu behar da, emakumea ahaldundu behar da bere osasunari buruzko erabakiak hartzeko, baita jaiolekua edo asistentzia mota aukeratzeko ere (3).

2010. urtean, Giza Eskubideen Europako Auzitegi Gorenak ebatzi zuen edozein emakumeren eskubidea zela bere semearen jaioterria erabakitzea, erditzea etxean artatzea aukeratuko balu ere (4). Espainian, emakumeek ospitale batean, erditze-etxe batean edo etxean erditzea aukera dezakete. Azken bi hauetan, haurdunaldia arrisku baxukoa izatea beharrezkoa delarik (5). Espainian etxeko erditzea osasun publikoak finantzatzen ez duen arren, etxean erditzea legezkoa izan da beti. Zenbait autonomia-erkidegotan etxeko erditzeen intzidentziak gora egin duela ikusten bada ere, gehiengoek ospitalera jotzen dute, izan ere, 2017an erditze guztien % 0,32a soilik eman zen etxeetan (4,5).

Gaur egun, etxean erditzeak eztabaida handia sortzen du, bai biztanleriaren baita osasun-arloko profesionalen artean ere, haurra ospitaletik kanpo jaiotzen bada amaren bai semearen segurtasuna zalantzan jartzen delako (6). Beraz, jaiotza lekuaren inguruko eztabaidak agerikoak dira, iritzi ezberdinak aurkitzen direlako ikerlarien artean alde edo kontra azalduz (7). Etxean erditzea emagin batek (gutxienez) lagunduta burutzen denean eta haurdunaldia normala eta arrisku baxuko erditzea aurreikusten bada, morbillitate eta mortatilate tasak ospitalean zein etxean erditu, berdinak direla baieztatzen dute zenbait ikerketek (7-12).

Azken urteotan, erditzeetan emandako arretaren eredia aldatzen joan da: Emakume eta jaioberrian oinarritutako eredu batetik, paradigma interbentzionista, biomediko eta hierarkiko batera pasa da, non emakumeek beraien erditze prozesuan erabakietan parte hartzeko eskubidea murriztua ikusi duten (6). Egoera honen aurrean, 2018an, OME-k erditze esperientzia positiboa lortzeko gomendioak argitaratzea eraman zuen. Gainera,

emakumeak erditzeari buruz erabakitzeke duen eskubidearen alde egiten du, eta erabaki horrek, umea izateko moduz gain, non erditu nahi duen ere adierazten du (13). Hori guztia burutzeko, 2000. urtean Biurrun (2) ikerlariak, erditze humanizatuaren kontzeptua definitzeko beharra ikusi zuen, haurdunaren lehentasunak kontuan hartu eta baloratzen dituen erditzeari, haren denbora fisiologikoak errespetatuz, une oro emakumea protagonista izango den eta fetuaren jaiotza ahalik eta naturalena izango den espazio bat sortuz, beharrezkoak ez diren esku-hartzerik gabekoa dena.

Egoera honen aurrean, gaur egun erditzearen humanizaziorako joera gero eta handiagoa denez, erditze naturala zaintzeari buruzko gaietan sakontzea eta berrikuspena egitea planteatzen da lan honetan.

2. HELBURUAK

Lan honen helburu nagusia ondorengoa da: emaginak emandako erizaintza zainketen bitartez etxeko erditzeen segurtasuna aztertzea eta berri ematea.

Horretara iristeko, bigarren mailako helburu hauek planteatu dira:

- Erditzeek urteetan zehar pairatutako aldaketak eta bilakaeren berri izatea.
- Etxeko erditzetan ematen diren finantzaketa eta intzidentziak herrialde ezberdinetan ezagutzea.
- Erditze normala eta arrisku baxuko erditze kontzeptuak deskribatzea.
- Emakumeak etxean erditu ahal izateko bete beharreko baldintzak zerrendatzea.
- Erizaintza zainketak erditze prestakuntzan, garatzean eta ospilatera lekualdatzean arreta azaltzea.
- Etxeko erditzeetan amaren osasun egoera eta hilkortasuna aztertzea
- Osasun profesionaleko langileen prestakuntza eta ikuspuntua etxeko erditzeen inguruan ezagutzea.

3. METODOLOGIA

Hurrengo orrialdetan azalduko dira informazioa lortzeko erabili den estrategia eta lortu diren emaitzak.

3.1 Bilaketa bibliografikoaren estrategia

Bilaketa bibliografikoarekin hasi aurretik PIO/PICO galdera zientifikoa aplikatu da:

- **Patient** (pazientea, taldea): Emakume haurdunak.
- **Intervention** (eskuhartzea): Etxeetako erditzeetan emaginek eskaintzen dituzten erizaintza-zainketak.
- **Outcome** (emaitzak): Etxeetako erditzeetan onuren, konplikazioen eta arriskuen inguruen berri ematea.

Ondoren, hitz-gakoak eta beraiekin lotutako deskriptoreak lokalizatu dira, (Biblioteca Virtual en Salud (BVS) datu-baseko "Descriptores en Ciencias de la Salud" (DeCS) / "Medical Subject Headings" (MeSH) atalaren laguntzaz.

1. Taula. Bilaketa bibliografikoa egiteko erabilitako hitz gakoak eta deskriptoreak.

HITZ GAKOAK				DECS	MESH
	Euskaraz	Gazteleraz	Ingelesez		
P	Emakume haurdunak	Mujeres embarazadas	Pregnant women		
I	Etxean erditzea, erizaintza-zainketak	Parto en casa, cuidados de enfermería	Home birth, nursing care	Parto domiciliario, matrona, parto humanizado, parto natural, cuidados de enfermería.	Home childbirth, nurse midwives, humanizing delivery, natural childbirth, nursing care.
O	Onurak, konplikazioak, arriskuak	Beneficios, complicaciones, riesgos	Benefits, complications, risks	Beneficios, complicaciones, riesgos	Benefits, complications, risks

Iturria: propioa, BVS datu-baseko "Descriptores en Ciencias de la Salud" (DeCS) / "Medical Subject Headings" (MeSH) atalaren laguntzaz.

Deskriptoreak aukeratuta, bilaketa bibliografikorako, osasun zientzietan oinarritutako

ondorengo meta-bilatzaile eta datu-baseak erabili dira: Dialnet, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Medes, Pubmed, Cochrane, Scielo eta Cuiden. Horretarako, deskriptoreak konbinatu dira "AND" operadore boolearraren laguntzaz. Azkenik, hurrengo iragazkiak aplikatu dira:

- Argitalpen data: 2012tik aurrera argitaratuak izatea.
- Hizkuntza aldetik, euskara, gaztelania edo ingelesez izatea.

Ondoren, testuen aukeraketarako eta emaitza zehatzagoak izateko, hainbat barneratze eta baztertze irizpide finkatu dira:

2. Taula. Behin bilaketak egin ostean, aplikatu diren barneratze eta kanporatze irizpideak.

Barneratze-irizpideak	Kanporatze-irizpideak
<ul style="list-style-type: none"> - Etxeko erditze zainketen inguruan diharduten artikulak - Etxeko eta ospitaleko erditzeen arteko konparaketa egiten dutenak 	<ul style="list-style-type: none"> - Ospitalean ematen diren erditze zainketetan soilik diharduten artikulak

Iturria: propioa

Datu-baseetan bilaketak egiteaz gain, jarraian agertzen diren web-gune, legedi, asoziazioak eta gomendioak ere kontsultatu dira:

- Osasun Sistema Nazionala (SNS) (1).
- Bartzelonako Erizaintzako Eskola Ofiziala (COIB) (3).
- Osasuneko Munduko Erakundea (OME) (13, 15).
- Estatuko Aldizkari Ofiziala (BOE) (17, 40-43).
- Britania Colunbiako Erizain eta Emaginen Unibertsitatea (BCCNM) (18).
- Australia eta Zeelanda Berriko Obstetra eta Ginekologoen Unibertsitatea

(RANZCOG) (19).

- Ontarioko Emaginen Elkarte (AOM) (20, 47).
- Osakidetza (22, 25).
- Espainiako Ginekologia eta Obstetria Elkarte (SEGO) (24, 26).
- Espainiako Emaginen Elkarten Federazioa (FAME) (27, 45).
- Osasun eta Zaintza Ikerketarako Institutu Nazionala (NICE) (28).

Horietaz gain, Estatistika Institutu Nazionala (INE) (21) eta Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología (16) osasun aldizkaria ere kontsultatu dira.

Bestalde, etxean erditzeko zerbitzua eskaintzen duten emaginengana ere jo da. Donostian Magale etxera, Nafarroan Maternalia zentrorra eta Valentziako Emilio Bastida emaginarekin ere harremanetan jarri da, erabiltzen dituzten eta indarrean dauden protokoloen eta informazio osagarri eske.

3.2 Bilaketa bibliografikoaren emaitzak

Behin bilaketak egin ostean, artikuluen ebaluazioa burutu da, hauen baliotasun eta erabilgarritasuna ziurtatzeko. Honako pausuak jarraituz; izenburuaren analisia, gaintiko errebisioa, laburpenaren analisia, irakurketa ulerkorra, zalantzen argitzea eta artikuluen irakurketa arretatsua (ikus 1., 2. eta 3. Eranskina).

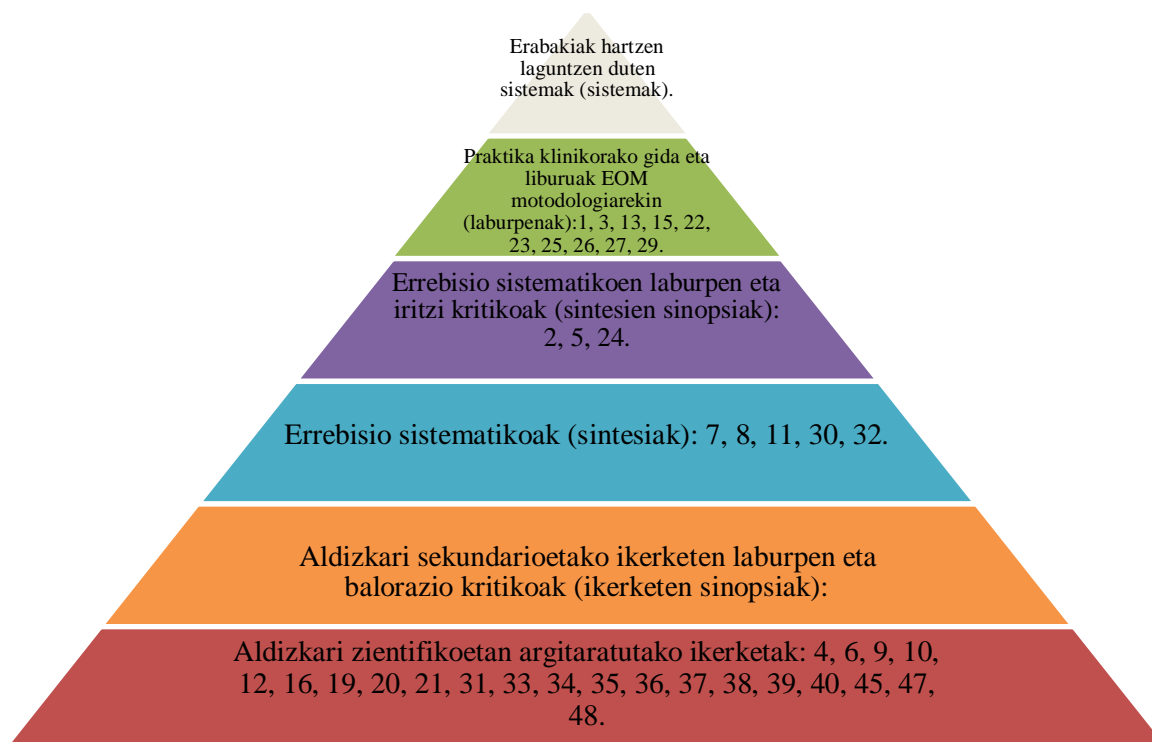
Bestetik, fidagarritasuna ziurtatzeko asmotan, irakurketa kritikoa burutzeko Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe) gida tresnak erabili dira, datu-baseetako dokumentuen ezinbesteko alderdiak baloratu eta ikerketa-diseinuen kalitate metodologikoa aztertze (ikus 4. Eranskina). Bilaketa estrategia hori aurrera eramanda 18 izan dira lana burutzeko datu-baseetatik aukeratutako artikulak.

Horietaz gain, 3 gida praktiko kliniko, tesi 1, ospitale eta asoziazio ezberdinetako web orrialdeetako 17 publikazio, aldizkari 1 eta 2 liburu erabili dira. Gainera, Estatuko Aldizkari Ofizialeko 5 lege ezberdinetara ere jo da.

Azkenik, Haynes-ek argitaratutako ebidentzian oinarritutako modelo piramidalaren

moldaketari esker sailkatu dira, hain zuzen, 6 mailatan. Hori horrela, mota eta kalitate ezberdinetako dokumentuak erabili dira, maila gorenekoei garrantzia eman zaielarik (ikus 1. Irudia). Guztira, 47 iturri erabili dira.

1. Irudia. Haynes piramidearen moldaketan oinarritutako informazio iturrien antolaketa. Bertan ageri diren zenbakiak bibliografian dagokien artikuluekin bat datozelarik.



Iturria: Antonio Martín; Javier Jaén. Unidad 2. Nuevos tipos de estudios y documentos. Distribución de la información [Internet]. Eskuragarri: http://orlevidencia.org/documentos/texto_de_la_unidad_en_pdf.html

***Oharra:** piramidean agertzen diren zenbakiak bibliografian dagokien erreferentziarekin batdatoz.

4. EMAITZAK

4.1 Erditzeek urteetan zehar pairatutako aldaketak eta bilakaera

Erditzea prozesu fisiologiko bat den arren, zenbait zaintza eta arreta eman behar dira, historian zehar zeregin horren ardura emaginarena izan da. Erdi Aroan, medikuek erditze-prozesuaren inguruko interesa piztu eta ezagutza teorikoan jarri zuten arreta, kasu berezietan bakarrik jarduten zutelarik. XVII. mendetik aurrera, ordea, joera hori

aldatzen joan zen, erditze arretan zirujauen figura agertzen hasi zen, forzepsaren erabilerarekin batera, honek, erditzeen teknifikazioari hasiera eman zion. XIX. mendearen amaieratik aurrera, zientzia biomedikoak eredu mekanizistak lantzen hasi ziren eta eredu horiek osasun-arretan ezarri ziren. Testuinguru horrek eragina du erditze prozesua ospitaletan artatzearen hasieran, haurdun dagoen emakumea asistentzia medikua behar duen emakume gaixotzat hartzen delako (2). XX.mendean, Bigarren Mundu Gerraren ondoren, garapen eta aurrerapen zientifikoaren ondorioz, aldaketa nabarmenak ematen hasi ziren erditzearen inguruko zainketetan: infekzioen kudeaketa, odol transfusioak, anesthesiaren eta antibiotikoen erabilera... (7). Honekin batera, 1950ean, Osasun Sistema Nazionalaren zerbitzuak ospitalean erditzea gomendatzen zuen, etxeetan bete beharreko higie eta baldintzen gabeziak zirela eta. Horrekin lotua teknika terapeutikoetan emandako aurrerapenek, mina arintzeko epiduralaren erabilerak eta bermatutako segurtasunak, ospitaletako erditzeen gorakada nabarmena ekarri zuten (6). Emakumeak etxean erditzetik ospitalean erditzen hasi ziren, segurtasunagatik eta emaitza obstetrikogatik justifikatuta. Egoera hau nagusitzearen ondorioz, emakumeak bere gorputzarekiko zuen kontrola galtzeaz gain erditze tokiaren inguruko erabakietan parte hartzeko boterea ere galdu zuen (14). Osasun-langileen botereak eredu biomedikora bideratzen du amatasuna, haurdunaldia eredu teknokratiko, paternalista eta autoritario batean oinarritutako ikuspegi batetik baloratzen hasten da. Hala ere, 1980ko hamarkadan zenbait estatu eta nazioarteko erakunde lege-aldaketak eman zituzten ildo horretan (2). 1985ean, Fortalezan (Brasil), OMEren Europako Eskualde bulegoak, Osasunaren Erakunde Panamerikarrak eta Ameriketako Eskualde-Bulegoak, erditzetan erabili beharreko teknologia egokiari buruzko konferentzia multidisziplinaria burutu zuten. Geroago, Ginebran, 1996an, OMEk erditze normaletan eman beharreko Zainketei buruzko Gida Praktiko bat argitaratu zuen (15). Gainera, erakunde honek zehaztu zuen emakumeak, eskubidea duela erditzean arreta egokia, integrala eta holistikoa jasotzeko, erditze lekua edozein zela ere (13).

2000. urte hasieran, ekimenak sortzeko beharra sortu zen, erditzeetan ematen zen zainketen kalitatea hobetu eta egokitu ahal izateko. Jaiotzean "arreta integrala" kontzeptua entzuten hasi zen, haurdun dauden emakumeen segurtasunarekin, kalitatearekin, kulturarekin eta beharrekin erlazioa sortu eta ulertzen zuena (6, 16).

2010ean, Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioak jaiotze planaren

dokumentua landu zuen, bertan, haurdun dauden emakumeek erditze prozesuko eta jaiotzako nahiak, beharrak eta itxaropenak islatzen ziren (1). Kontuan izan behar da Jaiotza Plana, azaroaren 14ko 41/2002 Legearen arabera, baimen informatuaren balioa duen dokumentua dela, gaixoaren autonomia arautzen duen Oinarrizko Legeak balioztatua. Honen aurrean, osasun sistemako profesionalek kontuan hartu behar dute dokumentuan agertzen diren eskaerak eta erabakiak errespetatu behar dituztela. Gainera, haurdun dauden emakumeek eskubidea dute erditze prozesua nola eta nondik nora joan erabakitzeko, arlo horretan espezializatua dagoen osasun profesional baten informazio guztia jaso ondoren (17).

4.2 Etxeko erditzeen egoera herrialde ezberdinetan: finantzaketa eta intzidentzia

Europako hainbat herrialdetan etxeko erditzea osasun publikoak finantzatzen du. Emaginak etxera bertaratzen dira, ospitaleko disziplina anitzeko lantaldeekin koordinatuz, edozein momentutan arazoren bat suertatuko balitz berehala lekualdatzeko aukerarekin. Beste hainbat herrialdetan, aldiz, etxeko erditzea legezkoa den arren zerbitzu pribatu gisa eskaintzen da. Bestalde, badaude legezkotzat jotzen ez dutenak, hau da, osasun profesionaleko langileek etxean erditzeren bat artatuko balute, epaituak izango lirateke legez kanpo jokatzegatik (4).

Holandan eta Ingalaterran etxean erditzea osasun sistema publikoak finantzatzen du eta arrisku baxuko erditzea duten emakume guztiengan sustatua da, bai kasu hauetan etxean erditzearen segurtasuna frogatua eta bermatua dagoelako, baita administrazioari suposatzen dion gutxieneko gastuagatik ere, izan ere, emakumeak etxean erditzen badu, ez ditu ospitaleko instalazioak erabiltzen. 2015ean Erresuma Batuan, esate baterako, erditzeekin lotutako gastua % 50 baxuagoa izan zen etxeetan ospitaletan baino (4). Hori dela eta, bi herrialde hauetan etxeko erditzeak maizago ematen dira: Holandan jaiotza guztien % 16,3 (18) etxeetan ematen da eta Ingalaterran % 2 baino gehiago (12).

Txekiar Errepublika, Ukraina, Kroazia edo Lituania bezalako herrialdeetan, debekatua dago etxean erditzea, hau da, guztiz ilegala da, legeak osasun arloko profesionalei etxeko erditzeak planifikatzea guztiz debekatzen die (4).

Etxeko jaiotza guztiz edo partzialki finantzatzen da herrialde nordikoetan, hau da, Danimarkan, Islandian, Suedian eta Norvegian. Danimarkan, osasun sistema publikoak finantzatzen du, emakumeak etxean erditzeko programa bat du eskuragarri eta emagina

eta erditzeko tokia aukeratu dezake. Islandian, nazioarteko gomendioak jarraitzen dira, etxean erditzea doakoa da, hau da, osasun sistema publikoak finantzatzen du, baita erditu osteko lehen asteko jarraipena ere. Suedian, nahiz eta gobernuak etxean erditzea sustatzen duen eta emaginei hobariak ematen dizkieten, emakumea da emagina bilatzen eta ordaintzen duena. Norvegian, aldiz, emakume lehenerdiek ez dute etxean erditzeko eskubiderik (4).

Australian eta Zeelanda Berrian, zerbitzu pribatu zein publiko gisa eskaintzen eta finantzatzen da. Australian erditze guztien % 4 inguru etxeetan ematen da eta Zeelanda Berrian % 1 (19).

Kanadan, lurralde hau osatzen duten hamar probintzietatik zazpitan eskaintzen eta finantzatzen da etxeko erditzea, emakume lehenerdien % 15ek etxean erditu zuen eta % 19ak haurdun multiparoen kasuetan (20).

Espanian aukera hau osasun publikoak finantzatzen ez duen arren, etxean erditzea legezkoa izan da beti, beraz, etxean erditu nahi duen emakume batek emagin edo zerbitzu pribatu batera jo behar du. Espainian ez dago etxeetan ematen diren erditzei buruzko erregistro zehatzik, hala ere, 2012an Alacanteko Unibertsitateak eta Educerek (Alacanten kokatutako diziplina anitzeko profesional taldea, haurdunaldiarekin zerikusia duten gaietan familiei eta profesionalei arreta eta prestakuntza eskaintzen diena) etxean burututako erditzeen erregistroen hurbilketa baten ikerketa lan bat argitaratu zuten INEren datuetan oinarriturik (21).

INE-ren datuen arabera (ikus 5. Eranskina), Espainian erditze guztien % 0.3a soilik ematen da etxeetan, urtean 800 erditze inguru. Erregistratutako erditzeen asistentzia mota kontutan harturik, azken hamar urteetan emandako etxeko erditzeak % 0,25 ingurukoak dira, 2005a izan zelarik etxeko erditze gehien erregistratu zen urtea % 0,38, 2014ean, % 0,28koa izan zen (21). 2013an Katalunia da, batez ere, etxeko erditzeen intzidentzia gehien ematen den autonomia erkidegoa % 0.63 inguru. Segidan, Euskal Autonomia Erkidegoak azaltzen ditu ehunekorik handienak % 0,46 (4, 21).

Lehen aipatu bezala, Espainian etxean erditzea ez dago gizarte segurantzaren barnean eta era pribatuan kudeatu behar da. Zerbitzu osoaren balioa 1.500 eta 3.000 euroren artean kokatzen da (4, 5). Osasun sistema publikoan, Osakidetzan, esate baterako, erditze baten kostua 2015ean 2.414 eurokoa zen, 2016 eta 2017 urteetan, 2.489 eta 2725

eurokoa hurrenez hurren (22).

OMEk eta nazioarteko dokumentu ezberdinek arrisku baxuko erditzeak direnean etxean erditzea gomendatzen duten arren, gaur egun, ez dago familia askoren aukeren artean. Arrazoietakoa bat, gobernuen instituzionalizazio eta finantzazio falta dira, herrialde askotan finantzatuta ez dagoenez, ezinezkoa egiten du aukera hori gaur egun emakume askorentzat (4).

4.3 Erditzearen fisiologia: erditze normala eta arrisku baxuko kontzeptuak

Erditza prozesu fisiologikoa da eta haurrak eta emakumeak hori gauzatzeko biologikoki prestaturik daude (5). Azken hamarkadetan, asko dira, oinarrian prozesu fisiologikotzat hartu beharko litzaken prozesua soilik medikuntzaren arlotik artatua izatearen arrisku eta ondorioak azpimarratzen dituztenak. Esku hartzeetarako joera honek, gaur egun emakume askok “normaltzat” prozesu desberdinak hartzea ekarri du, hala nola, hormona sintetiko bidezko erditzearen eragitea, erditzean anestesia jartzea edo instrumental obstetrikoren erabilera (16, 23).

SEGOk dionaren arabera, erditze normaltzat, haurdunaldian zehar arrisku faktorerik izan ez duen eta bat-batean hasten den erditze aktiboa da, 37-42 astean ematen dena. Dilatazio eta erditzearen eboluzio fisiologikoa izan ostean, umetokiaz kanpoko bizitzara egokitzen den haur jaioberri baten jaiotzarekin amaitzen delarik. Plazentaren egozte eta berehalako erditze osteak ere eboluzio fisiologikoa izan behar dute. Esku hartzerik gabeko erditzetzat, erditze normalaren definizioan biltzen diren ezaugarriak bete eta erditzearen fisiologian eragiten duten prozesu terapeutikorik erabili gabe artatu dena da (24).

Osakidetzako “Atención al parto de bajo riesgo en el medio hospitalario” osasun programan, erditze normaltzat hartzen da emakume osasuntsu batean, haurdunaldiko 37 eta 42 aste bitartean ematen dena, fetua aurkezpen zefalikoan, erditze-prozesuan konplikaziorik agertzen ez duena eta jaioberri osasuntsu baten jaiotzarekin amaitzen dena (25).

OMEk erditze-esperientzia positibo gisa definitzen du, emakumearen aurretiko uste eta itxaropen pertsonalak eta soziokulturalak betetzen edo gaingitzen dituen (13).

Etxean erditzea haurdunaldian arrisku-faktorerik ez duen emakumearentzat gomendagarria da, hau da, arrisku baxuko erditzea izan behar du. OMEren arabera, erditze lanaren hasieran, haurdun dauden emakume guztien % 70 eta % 80 artean arrisku baxukoak dira (13).

Alde batetik, SEGOk, arrisku baxuko haurdunaldia honela definitzen du: “amaren eta fetuaren ongizatea bermatzen duten baldintza optimoak ematen direnean eta ama edo fetuak gaixotasun bat garatzeko probabilitatea handitzen duten aurrekari patologikorik edo epidemiologikorik ez duen egoera” (26).

Bestetik, FAMEk honela definitzen du: “hasiera espontaneo da, konplikaziorik gabe garatzen eta amaitzen dena, ume osasuntsu bat jaio eta laguntza integrala eta errespetuzkoa baino behar ez duena” (27).

4.4 Etxean erditu ahal izateko bete beharreko baldintzak

NICE gidan, etxean erditu ahal izateko bete beharreko baldintzak biltzen dira, haurdunaldian arrisku-faktorerik ez duten emakumeentzat bakarrik gomendatua delarik (28):

- Haurdunaldiko 37-42 aste bitarteko berezko erditzea izatea.
- Haurdunaldi ez anizkoitza.
- Aurkezpen zefalikoak.
- Hemoglobina (Hb) ≥ 10 g/dl.
- Gorputz-masaren indizea ≤ 30 Kg/m² haurdun geratzean.
- Konplikaziorik eta arazo obstetrikorik gabeko historia klinikoa.
- Konplikaziorik gabeko historia obstetrikoa.
- Haurdunaldiko konplikazioen zeinu edo sintoma garrantzitsurik gabe.
- Haurdunaldiko konplikazioekin erlazionatutako zeinu eta sintoma garrantzitsurik gabe, hala nola preeklampsia, haurdunaldiko gibel barneko kolestasia.

Hortaz, etxean erditzea ez da gomendagarria honako kasuetan (28):

- Haurdunaldian amaren edo haurraren arrisku faktore edo gaixotasunen bat detektatu denean. Kasu honetan osasun profesionala da arrisku posiblea aztertu behar duena, gurasoei dauden aukeren inguruko informazioa eman eta elkarrekin erabaki egokienak hartu beharko dira (ikus 6. Eranskina).
- Jaiotze goiztiarra (36 asteen aurretik), edo garai osteko jaioberria denean (42 asteen ondoren).
- Haurra posizio zefalikoan ez dagoenean.
- Osasun langilearen (emagina edo ginekologoa) etxeko laguntza baieztatu ezin daitekeenean.
- 30 minuturen barruan ospitale batean egoteko aukerarik ez dagoenean, bertara joatea beharrezko bihurtuko balitz.
- Erditze anizkoitza edo aurretiko haurdunaldian zesarea burutu izana.

4.5 Etxeko erditzeetan eman beharreko erizaintza zainketak

4.5.1 Etxeko erditzeen prestakuntza

Etxean erditzeko emakumeak erabakia hartu ondoren, egin beharreko lehen pausoa osasunaren ikuspegitik balorazioa lortzea da, haurdunaldian aukera hori aukeratzea eragozten duten arrisku-faktorerik ez dagoela egiaztatzeko. Haurdunaldi osoan zehar jarraipen zorrotza egingo dute, behar diren proba eta kontrolen bidez, egoera hori mantentzeko (5, 23).

Hurrengo urratsa haurdun dagoen emakumeari erditzean lagunduko duen profesionalaren edo espezialistarekin harremanetan jartzea da, lehen bisita hau 22-24 astean egitea gomendatzen da. Etxera egiten dena, aldiz, haurdunaldiaren 37. astea baino lehen burutuko da (28). Oro har, emaginak irudikatzen du figura hori, haurdun dagoen emakumearen jarraipena, kontrola eta zainketak artatuko dituen. Bestalde, jarraipen honen bidez, emakumea eta erditzean egongo diren profesionalen arteko konfiantza eta elkar ezagutza sustatuko da (23).

Emagina, besteak beste, etxearen egokitasuna baloratzeaz eta baldintza eta baliabide egokiak betetzen dituela egiaztatzeaz gain, espazio fisikoaren prestakuntzara ere egokitzen da, lekua ezagutu eta beharrezko aholkularitza ematen du, erditzearen garapenean onuragarria izan daitekeelarik (5).

Onuragarria da baita ere, erditze prestakuntza emakumeari erditzean lagunduko dioten profesional berekin egitea. Honek konfiantza lantzen lagunduko du, informazioa emateko, erditzean egongo direnen artean akordioak adosteko eta bakoitzak dagokion roletik hurraren jaiotzan laguntzeko (5, 23).

4.5.2 Etxeko erditzeen garatzea

Talde profesionalak bere artapena haurdunaldian hasten du, bisiten kopurua planifikatuz. Emagin talde bakoitzak erabakiko du bisiten kopurua, hala ere, horietako bat etxean burutzea derrigorrezkoa izango da (28). Bisita horietan, haurdunaldiaren jarraipena egingo da, arrisku faktorerik ez dagoela ziurtatu, bikoteari informazioa eman eta jaiotzarako prestakuntza burutuko da. Bisitez gain, haurdunaldi osoan zehar, eguneko 24 orдутan deitzeko aukera ere ematen da. Erditze aktiboa hasten den unean, taldea etxera gerturatuko da. Erditze ostean, bi bisita burutuko dira, horietako bat 24 ordutara eta bigarrena, 3-4 egunetara egingo da, amaren eta jaioberriaren balorazioa eta zaintza egiteko, behar izanez gero bularra ematen laguntzeko eta sortzen diren zalantza guztiak argitzeko. Prozesu osoan zehar taldeak konfiantzaz, gardentasunez eta ama, bikotea edo momentuko laguntzailea, zein haurrarekiko errespetuz jokatu da, unean uneko erabakiak hartzeko beharrezko informazio guztia emanez (5, 23).

Etxeko erditzean naturak ezarritako erditzearen garapen modua errespetatzen da, erditze bakoitza bakarra delako, dena den, orokorrean garapena honakoa izaten da(5, 23):

Erditze aktiboa hasi izanaren zantzuak daudenean profesionala emakumearen etxera joaten da balorazioa egin eta erditzea hasi ote den baieztatzera.

Dilatazio fase guztian zehar emakumea intimitatea babestuko da, familia bakoitzaren beharretara egokituko dira, emakumea lasai eta ondo sentitzen den gorputz jarrerak errespetatuz. Profesionalek, fetuaren bihotz taupaden monitorizazioa burutuko dute, aldizkako auskultazioaren, Dopplerraren edo Pinard-en estetoskopioaren bidez, hurraren ongi izatea ziurtatzeko.

Monitorizazioa 30 minuturo burutuko da 2 uzkurketa 10 minututan ematen direnean, eta 3 uzkurketa edo gehiago 10 minututan ematen badira, 15 minuturo monitorizatuko da. Hala ere, emaginak beharrezkoa ikusten badu, gehiagotan burutu dezake (28).

Dilatazioa amaitzean emakumeari egozpen-faseko bultzatzeak egin eta uzkurdurak egokien eramateko beharrezko gorputz jarrerak aurkitzen lagunduko zaio.

Haurra jaiotzen den unean bertan amaren nahiak errespetatuko dira eta haurrondokoa botatze fasea itxarongo da, hau da, karena eta horrekin lotutako gainerako mintzak kanporatzen diren unea. Emakumearen zein haurraren osasun egoera aztertuko da eta denen erosotasuna erraztuko da.

Une egokia iristean profesionalak joan egingo dira 24 orduetara egiten den azterketara arte, familiak atsedeen hartu eta une bakar horiek intimitatean bizi ditzaten.

4.5.3 Ospitalera lekualdatzea

Kontuan hartu behar da etxean erditzeak ez duela esan nahi ospitaleko arreta arbuizatzen denik, baizik eta, haurdunaldian edo erditzean ospitalean artatzea beharrezko egiten duen gertakaririk ez badago, ez dela bertara joango. Bataz beste, etxean prestaturiko zazpi erditzetik bat amaitzen da ospitalean, familia etxean eroso ez dagoelako edo emagin taldeak ospitalera joatea komenigarria egiten duen arrazoiren bat detektatu duelako (29). Orokorrean, ospitalera lekualdatzea eragiten duten arrazoi ohikoenak ondorengoak dira: amaren nekea, analgesiaren beharra edo aurrera egiten ez duen erditzea, bai umetokiko uzkurtasun ezagatik edo etxean zuzendu ezin daitekeen fetuaren malposizioagatik. Amarekin erlazioa duten beste arrazoi batzuk izan daitezke: sukarra, hipertentsio arteriala, plazentaren atxikipena eta hemorragia. Haurraren kasuan: takikardia edo bihotz taupadaren auskultazioan alterazioen presentzia, mekonioaren xurgatzea edo pediatra batek ebaluatzeko beharra dagoenean, umetokitik kanpoko bizitzara egokitzeko arazoak direla eta (28).

Erditzean, lekualdatzeko probabilitate gehien duten arrazoiak, aurrera egiten ez duen erditzea (% 5,2-9,8 bitartekoa) eta fetuaren taupadak auskultatzean ematen diren alterazioarekin (% 1-3,6 bitartekoak) erlazioa dutenak dira. Erditze ostean, emakumearekin erlazioa duen lekualdatzeko arrazoi ohikoena erditze osteko odoljariora da, % 0-0,2 artekoa, eta haurrarekin erlazioa dutenak, arnas arazoak dira % 0,3-1,4 artekoa (29).

Emaginak osasun langileen berehalako laguntza behar ez badu, hau da, anbulantziaren berehalako beharra ez badago, lekualdaketa autoz egingo da. Haurdunaldiaren jarraipeneko azken bisitan, lekualdaketa plana finkatzen da, hau da, transferentzia beharrezkoa balitz, zein autotan egingo litzatekeen, nork gidatuko duen edo autoa aparkatuta non dagoen jakitea beharrezkoa izango da. Oinarrizko segurtasun-neurriak hartuko dira lekualdaketa dagokionez: depositua betea izatea, autoa hurbilen dagoen ospitalearen norabide berdinean aparkatuta izatea, garajea egonez gero, atea eskuz irekitzen jakitea akats elektrikorik balego. Gainera, etxeke erditze-giden arabera, gertuen dagoen ospitalea autoz 30 minutu baino gehiagora ez egotea gomendatzen da (5, 23).

Etxetik ospitalera lekualdatzea eman dezaketen egoera desberdinak daude (28):

- Ezohiko aurkezpena eta/edo malposizio fetala.
- Fetuaren mugimenduen murriztea azken 24 orduetan.
- Fetuaren bihotz taupaden presentzia eza.
- II-III motako mekonioaren presentzia nabarmena.
- Jaioberri pisu arina edo astuna adin gestazionalerako.
- Etengabe monitorizatzeko beharra fetuaren auskultazioan bihotz maiztasun ezohikoengatik.
- Uzkuak eragiten duten minarekin erlaziorik gabeko sabeleko mina: umetokiko haustura susmoa.
- Amaren takikardiak
- Mintzak hautsi eta 24 ordu igaro ondoren erditzea aktibatzen ez bada edo bilakaera onik ez badago.
- Amak sukarra izatea.
- Alterazioak tentsioan.
- Hirugarren eta laugarren mailako urradura edo beste edozein trauma perineal

konplikatu, etxean konpondu ezin dena.

- 5 minututara APGAR <7 edo suspertzea luzea izatea.
- Gernu erretentzioa.
- Amaren eskaeragatik.

Egoera hauek, 30 minutu baina lehenago ospitalean artatu beharreko egoerak litzateke, hala ere, aipatutako faktoreren bat emango balitz, baina haurraren jaiotza berehalakoa bada, etxean erditzea edo ospitalera lekualdatzea baloratu beharko litzateke.

4.6 Etxean erditzearen segurtasuna: ama haurraren osasun egoera eta hilkortasuna

Gai honen inguruan eztabaida handia dago, dauden iritzi desberdinak direla eta. Europa mailako datuek, nahiz eta partzialak izan, Espainiak erditze instrumentalizatu eta zesarea tasa altuagoak dituela adierazten dute Europako batz bestekoarekin alderatuz. Datu honek zenbait administrazio publiko eta profesional elkarteek ospitaletako erditzeen kudeaketa modeloak esku hartze obstetrikoko tasa anormal hauengan duen eraginaren inguruan hausnartzea eragin du (30). 2020ean Australian Reitsma et al. (31) ikerlarien arabera, etxeko erditzeetan esku hartze gutxiago eta erditze instrumentalizatuen tasak baxuagoak direla baieztatzen dute.

Etxean erditzeko gomendioen artean, Kataluniako etxeko erditze-gida (3) edo Ingalaterrako NICE (28) biltzen diren protokoloetan, arrisku baxuko haurdunaldietara zuzendurik dauden irizpideak jarraitzen dituzte. Ingalaterrako NICE da ibilbide eta errekonozimendu gehien duen gida, emaginentzat beraien lege eskuliburua bilakatu delarik. Bertan biltzen diren irizpideetara egokituz, Hollowellet et al.-ek (32) ondorioztatu zuten, berezko erditze arrakastatsuen probabilitateak emakume lehenerdietan % 79,4koak zirela eta % 98,4koa multiparoetan.

Etxean erditzearen segurtasuna neurtzeko, ama haurraren osasunean eta hilkortasunean jarriko da arreta. Azken urteetan gai honen inguruko zenbait ikerketa argitaratu dira. Horien artean aipagarrienetariko bat, 2017.urteko metanalisi da, Van der Kooy et al (33) ikerlarien arabera, haurdunaldia arrisku baxukoa denean ospitalean zein etxean erditu, haurren hilkortasun tasetan desberdintasunik ez dagoela adierazten dute, % 0,15

etxeetan erditua, % 0,18 ospitalean erditua. Gainera, morbiditatea etxeko erditzeetan txikiagoa dela azpimarratzen da.

Halaber, azterlan batzuetan Hutton et al.-ek (34) etxean zein ospitalean erditu, hilkortasun-tasek antzeko datuak erakusten dituzte, bai etxean, bai ospitalean, % 1eko heriotza-tasa bi taldeentzat. Badira beste zenbait ikerketa ondorio horiek baieztatzen dituztenak: Olsen eta Clausen (11), Ruiz-Callado et al. (35) eta Hutton et al. (10).

Espanian, 2012an Ruiz et al.-en (35) ikerlanean, 1995 eta 2009 urte bitartean emandako jaiotzen artean, etxean zein ospitaleko heriotza tasen konparaketa burutzen dute. Bi eszenatokitan, hiru oinarrizko segurtasun baldintza ematen badira, haur bakarra, 37 eta 42 aste bitartean emandako erditzea eta osasun profesionalen presentzia erditzean, heriotza tasetan alderik ez dagoela baieztatzen da. Ospitalean emandako erditze totaletatik (6.296.877) 1.228 haur (% 0,0195) hil ziren bitartean, etxean emandako erditze guztietatik (26.683) 3 haur (% 0,0112) hil ziren

Bestalde, Cheyney et al.-ek (36), ondorioztatzen dute etxeko erditzea berezko erditze baginal tasa altuekin lotuta dagoela, % 91 eta % 94 bitartekoak dira arrakastaz ematen diren erditzeak normaltasunaren barruan. Era berean, Cheng et al. (37), Konigsmarkova et al. (38), Hutton et al. (34) eta Blix et al.-en (39) ikerlanetan, etxeko erditzeak esku-hartze gutxiagorekin eta erditze instrumental tasa txikiagorekin lotzen dela ondorioztatzen dute.

4.7 Osasun profesionaleko langileen prestakuntza eta ikuspuntua etxeko erditzeen inguruan

OMEk adierazten duen bezala, emakume guztiek eskubidea dute unean uneko euren osasun egoerari buruzko informazioa eskuragarri izateko, eta horrekin batera, dituzten aukera guztien inguruko informazio eta azalpen ulergarria jasotzeko, prozedura bakoitzaren onurak eta arriskuak zehaztuz. Erabaki hauek hartzeko, beharrezkoa izango da, osasun profesionaleko langileak ildo desberdinetan prestakuntza etengabe egotea, emakumeak informazio guztia jaso ondoren libreki aukera guztien artean erabakitzeko (13).

Profesionalen etengabeko prestakuntzaren eta ezagutzak eguneratzeko betebeharra gure herrialdean araututa dago. Osasun lanbideen antolaketari buruzko Azaroaren 21eko

44/2003 legeko 4. artikuluan, osasun profesionalek hainbat funtzio bete behar dituztela aipatzen da, besteak beste, osasun-hezkuntzari buruzkoak. Jarduterako orduan irizpideak bateratuko dituzte, hauek ebidentzia zientifikoan, protokoloetan, eskuragarri dauden praktika kliniko eta asistentzialeko gidetan oinarrituta egon behar direlarik. 5.artikuluan, profesionalek gaixoei "informazio nahikoa eta egokia" eman behar dietela biltzen du, hauek erabakiak hartu ahal izateko (40).

Gainera, Espainiako deontologia-kodean zenbait artikuluk (medikuak: 7, 9, 25 artikulua eta erizaintzakoak: 70, 71, 73 artikulua), profesional guztiak momentu oro informatuak egon eta gaurkotasuna ezagutu behar dutela baieztatzen dute, baita ebidentzian oinarritutako osasunerako hezkuntza egin behar dutela ere. Era berean, beren prestakuntza norberak burutzeko eta ikasteko beharrak ebaluatzeko gai izan behar dira (41, 42).

Espainiako emaginen prestakuntza-programari dagokionez, 2009ko maiatzaren 28an EAOn argitaratutako prestakuntza programan, etxeko erditzea, Espainiako emaginen eta etxeko erditzea eskaintzen duten emagin elkarten ikasketa planaren barruan sartzen da. Hala ere, gradu-ondoko prestakuntzan, ikastaro gutxi eskaintzen dira etxean erditzeko asistentziari dagokionez (43).

Prestakuntzarekin batera, kontutan izan behar da osasun-arloko profesionalek jarrera desberdinak dituztela haurdunaldiaren jarraipenean eta erditze-laguntzan, etxean erditzea aukera segurutzat edo ez-segurutzat hartzeko orduan.

Alde batetik, 1999an Herbehereetako Emaginen eta Obstetren Eskola Ofizialak eskuliburu bat argitaratu zuen, osasun profesionalek haurdun dauden emakumeei kalitatezko eta banakako arreta ematen laguntzeko gomendioekin. Bertan, etxean erditzearen alde posizionatzeaz gain, emakumeari laguntzen dioten profesional guztien lankidetzaren garrantziaz ere dihardute (44).

Bestetik, Australiako eta Zeelanda Berriko Obstetren eta Ginekologoen Eskolak haurdun dauden emakumeei non erditu nahi duten aukeratu dezaketela babestu arren, etxeko erditzearen aurrean ospitalea lekuri segurua dela baieztatzen dute. Amerikako Obstetren Eskola, azken honekin ados egon arren, emagin kualifikatu batek (American Midwifery Certification Board) lagunduta ematen bada, etxean erditzea ere aukera segurua dela ondorioztatzen dute (19).

2015ean, Britania Columbia emaginen Eskolak ikerketa bat egin zuen herrialde ezberdinen alderapena eginez, erditzea arautzen, babesten eta sustatzen zen jakiteko. Azterketa horretan, Erresuma Batuko emaginek arazo eta erronka ugari zituztela ikusi zen, arlo profesional bereko beste osasun langile batzuen iritzien aldetik. Inkestaren bidez lortutako datuetan, emaginek gobernuek etxeko erditzeak sustatzeko aurkeztutako planak onartzen zituzten, obstetrak iritzi neutralagoak azaldu zituzten eta pediatrek orokorrean etxean erditzeko aukera ukatzen zuten (18).

2015ean, FAME-k argitaratutako dokumentu batean, ebidentzia zientifikoan oinarrituta, haurdun dagoen emakumeak eta haren bikotekideak semearen jaiotze tokia aukeratu ahal izatearen alde posizionatzen da. Modu honetan, etxean erditzeari babesa ematen dio, beti ere, baldintza egokiak bermatuz, osasun profesionalen laguntzaz eta amafetuaren arrisku tasa baxuak badira (45).

2016an, Victorian (Australia) etxeko erditze-programari buruz emaginek eta obstetrek zer ikuspuntu zuten jakiteko azterlan bat egin zen. Emaginen % 93ak diru publikoekin finantzatutako etxeko erditzearen alde atera zen, obstetren artean, berriz, askotariko iritziak azaldu ziren, eta desadostasunak zeuden amaren eta fetuaren segurtasunari dagokionez (46).

Kanadako Emaginen Eskola Ofizialak etxean erditzearen aldeko jarrera hartzen du. 2016ean egindako gidan, "Etxean erditzearen segurtasuna", azpimarratu eta baieztatzen dute, etxean erditzea segurua dela eta arrisku baxuko haurdunaldia duten emakumeentzat aukerarik onena dela (47).

Espanian, 2010ean, Bartzelonako Erizainen Eskola Ofizialak etxean erditzen laguntzeko gida argitaratu zuen, 2018an eguneratua izan zen gomendio berriak kontuan hartuta. Dokumentu honen helburua, etxeko erditzeetara joaten diren emaginei laguntzeko gida bat eskura izatea zen, arreta egokia eta kalitatezkoa eman ahal izateko. Gida horrek FAMEren babesa eta laguntza du (3).

5. EZTABAIDA

Arrisku baxuko erditzeak direnean, etxean erditzea segurua dela baiztatzen duten bibliografia ugari dagoen arren, azken berrikuspen sistematikoek agerian utzi dute azterketa gehiago burutu behar direla (7-11). Ildo horretan ikertuz gero, erditzeko unean

zaintzan parte hartzen duten profesionalen jarrera kolektiboa zehaztu ahalko litzateke, ebidentzian oinarritutako informazio bera emanaz eta erabiltzaileek jaiolekua aukeratzea erraztuz. Agian horrela planteatu ahal izango da gure herrialdean etxeko erditzeen asistentzia finantzatzea, horrek, asistentziaren kalitatea hobetzeaz gain, aurrezpen ekonomiko handia ekarriko luke osasun-sistema nazionalarentzat, azterlan batzuek adierazten duten bezala (4). FAMEk, ildo horretan lan eginez, etxeko erditzearen aurrean duen jarrera adierazi du, eta Osasun Sistema Nazionalaren zerbitzuetako bat bezala sartzeko eskatu du, adostasun-dokumentu bat lantzen ari dira, etxean erditzearen arretari buruzko azken ebidentzietan oinarrituta (45).

Bestalde, irabazi-asmorik gabeko elkarteak (El Parto es Nuestro eta Nacer en Casa) sortu dira, etxeko erditzearen alde dauden amek eta profesional sanitarioek osatuak. Erditze humanizatuak babesten eta sustatzen dituzte, eskura duten ebidentzia zientifikoan oinarritutako segurtasun-baldintzak kontutan harturik.

Espanian, etxean erditzea legezkoa izan arren, ez dago araututa, eta horrez gain, gobernuak ez du bultzatzen, ezta diruz lagundu ere. Beraz, modu pribatuan jarduten dute emaginek. Hala ere, etxean erditzen laguntzeko, emaginek araututa dagoen beste herrialde batzuetako estandarrak jarraitzen dituzte, hala nola, Britainia Handia, Alemania, Danimarka, Kanada, Herbehereak... Hala, emakumeek ekimen propioz jotzen dute emagin hauengana. Gehienetan, etxean erditu den norbait ezagutzen dutelako, edo gai honi buruzko informazioa bilatu dutelako (4, 5). Ebidentzia zientifikoan oinarritzen dira, NICE gidan (28) eta OMEren gomendioetan (13). Helburua da osasun publikoak aukera hau ematea (besteak beste, Ingalaterran, Herbehereetan, Italian, Suitzan, Alemanian eta Kanadan bezala) edo behintzat familiek diru laguntza jasotzea. Azkenean, aukera guztiak aurrean izanda, emakumeei eskaini nahi zaiena merezi duten zerbitzua eskaintzea da, kalitatezkoa, emaginez lagundua eta berme guztiekin, etxean erditzea aukeretako bat izanik (4, 5).

Horregatik, ikerlan gehiago behar dira, batez ere, isiltasun sozialarekin amaitzeko eta emakume zein hauen bikotekideen testuinguru psikosoziala zaintze aldera.

6. ONDORIOAK

Narrazio-berrikuspren deskribatzaile hau burutu ondoren, hurrengo ondorioak atera dira:

Alde batetik, osasun profesionalen artean etxean erditzeari buruzko iritzi ezberdinak aurkitzen direla, honen aurrean, OMEk eta nazioarteko dokumentu ezberdinek arrisku baxuko haurdunaldiak direnean, emaginekin eta sistema integratzailearen laguntzarekin, ospitaleetako erditzeak bezain seguruak direla baieztatzen dute. Hala ere, aukera hau aukeratzen duten familien ehunekoa oraindik txikia da ospitalekoarekin alderatuz. Izan ere, gobernu desberdinen instituzionalizazio eta finantzazio gabezia dago, osasun arloko profesionalen arteko adostasun falta agerian da eta emaginenganako prestakuntza, konfiantza eta laguntzen gabezia ere narbarmen dira. Beraz, gizartea ez dago behar bezala informatua eta profesionalen artean, ezjakintasunean oinarritutako aurreiritziak aurkitzen dira. Funtsezkoa da formakuntza hobetzea, egungo informazio zientifikoa oinarrituta protokoloak gaurkotzea, profesionalek emakumeen eskubideak ezagutu eta errespetatzea eta dauden aukera desberdinen inguan infomazioa ematea.

Bestetik, ikusi da, sistemarentzako ekonomikoagoa dela etxean erditzea, prezio horren baitan, haurdunaldiko bisitak, emaginaren guardia, artatzea, material guztia, erditze ondoko bisitak eta edoskitze aholkularitza ematen dira. Horregatik, Europako zenbait herrialdek arrisku baxuko haurdunaldiekin etxean erditzearen aldeko apustua egiten ari dira. Espainiaren kasuan, etxean erditzea pribilegio bilakatzen da, familiak ordaindu behar duelako. Honen aurrean, erroka da aukera hau pribilegio bat izan ordez, emakume guztien eskubide bilakatzea.

Gainera, azpimarratu da, segurtasunaz gain, emakume haurduna artatzerakoan gehienbat alderdi fisikoa kontuan hartzen dela, eta hausnartu da, erditze humanizatu eta naturala ahazten direla. Beraz, nabarmentzekoa da emakumearen alderdi psikologikoaren, sozialaren eta osasun-langileek berarekin duten komunikazioaren garrantzia gehiago azpimarratu beharko litzatekela, alderdi fisikoa bezain garrantzitsuak baitira. Azken finean, erditzea prozesu holistikoa da, barruko emozio asko ateratzen dira eta emozio batzuk lantzeko denbora behar da.

Estigmatizazioak aldera batera utzita, etxean erditzeak ez du zertan guztion gustukoa izan behar, baina aukera horren aldeko apustua egiten duen familia errespetatzea ezinbestekoa da, ospitalean jaiotzea bezain egokia eta segurua delako. Ez dago erditzeko leku hoberenik; emakume bakoitzak erabakitzen duena da onena.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Osasun Sistema Nazionala. *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. Gasteiz; 2010. [kontsulta data 2020-12-20] Eskuragarri: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
2. Biurrun Garrido A. La Humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión bibliográfica. *Matronas profesión*. [Internet]. 2013 [kontsulta-data 2020 abenduak 28]; 14(62-66). Eskuragarri: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revision-bibliografica.pdf>
3. Bartzelonako Erizainen Eskola Ofiziala. *Guía de asistencia del parto en casa*. Barcelona; 2018. [kontsulta data 2020 abenduak 20] Eskuragarri: http://www.llevadores.cat/docs/publicacions/Guia_PartCasa_2018.pdf
4. Ortega Barreda E, Cairós Ventura LM, Clemente Concepción JA, Rojas Linares C, Pérez González AM. Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa [Internet]. 2017 [kontsulta-data 2020 abenduak 27]; 11(1). Eskuragarri: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000100005
5. Bastida EJ. *Mi parto en casa*. Alacante; 2020.
6. Walker JJ. Planned home birth. [Internet]. 2017 [kontsulta-data 2020 abenduak 27]; 43: 76-86. DOI: [10.1016/j.bpobgyn.2017.06.001](https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.06.001)
7. Zielinski R, Ackerson K, Low LK. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities [Internet]. 2015 [kontsulta-data 2021 abenduak 27]; 7, 361-377. doi: [10.2147/IJWH.S55561](https://doi.org/10.2147/IJWH.S55561)
8. Hutton EK, Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K. 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 [Internet]. 2019 [kontsulta-data 2020 abenduak 27]; 14, 59-70. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>
9. Sandall J. Birthplace in England research implications of new evidence [Internet]. 2013 [kontsulta-data 2020 abenduak 27]; 22(2): 77. doi: [10.1891/1058-1243.22.2.77](https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.2.77)

10. Hutton EK, Cappelletti A, Reitsma AH, Simioni J, Horne J, McGregor C, et al. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies [Internet]. 2016 [kantsulta-data 2020 abenduak 27]; 188(5): 80-90. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.150564>
11. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth [Internet] 2012 [kantsulta-data 2020 abenduak 27]; (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000352.pub2>
12. Licqurish S, Evans A. “Risk or Right”:a discourse analysis of midwifery and obstetric colleges homebirth position statements [Internet]. 2016 [kantsulta-data 2020 abenduak 27]; 23(1): 86-94. <https://doi.org/10.1111/nin.12111>
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Organización Panamericana de la Salud. 2018.
14. Alemany Anchel M.J. Matronas y cambio social en la segunda mitad del siglo XX. De mujeres y partos. [Tesis doctoral] universidad de Valencia; 2014.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva.1996.
16. Uribe C, Contreras A, Bravo P, Villarroel del Pino L, Abarzúa F. Modelo de asistencia integral del parto: Concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad. Revista chilena de obstetricia y ginecologia [Internet]. 2018 [kantsulta-data 2020 abenduak 26]; 83(3): 266 – 276.
17. 41/2002 Lege Organikoa, azaroaren 14koa, pazientearen autonomia eta informazio eta dokumentazio klinikoaren arloko eskubide eta betebeharrei buruzkoa. Estatuko aldizkari ofiziala, 274 zbk. (2002 azaroak 15). Eskuragarri: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
18. Jurisdictional review of midwifery scopes and models. College of midwives of British Columbia [Internet] 2015 [kantsulta data 2020 abenduak 22].
19. Home Births. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists [Internet] 2017 [kantsulta data 2020 abenduak 22]; Eskuragarri: [https://ranzcof.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Home-Births-\(C-Obs-2\)-Review-July-17.pdf?ext=.pdf](https://ranzcof.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Home-Births-(C-Obs-2)-Review-July-17.pdf?ext=.pdf)
20. Midwifery by the numbers. Association of Ontario Midwives [Internet] 2017

[kontsulta data 2020 abenduak 22].

21. Instituto Nacional de Estadística. Fenómenos demográficos, movimiento natural de la población, partos [Internet]. 2016 [kontsulta data 2020-12-21]. Eskuragarri: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177007&menu=ultiDatos&idp=1254735573002
22. Osakidetza. Coste efectivo de los servicios de salud [Internet]. [kontsulta data 2020 abenduak 22]. Eskuragarri: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/transparencia-buen-gobierno/-/coste-efectivo-servicios-de-salud/>
23. Casadevall L. Guía para un embarazo consciente. Barcelona: Penguin Random House; 2021.
24. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. 2008. Eskuragarri: <https://www.uv.es/jjsanton/Parto/08SEGOasistenciaparto.pdf>
25. Osakidetza. OSI Araba. Protocolo administrativo de Atención al parto de bajo riesgo en el medio hospitalario. 2018. [Jatorria: DUO, Erditze Unitatea edo Ginekologia eta obstetziako zerbitzua]. Eskuragarri: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_embarazo_parto_posparto/es_def/adjuntos/protocolos/Atencion-parto-bajo-riesgo-medio-hospitalario.pdf
26. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2018; 61 (5): 510-527. DOI: 10.20960/j.pog.00141
27. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Definición de “parto normal”. 2006. [kontsulta data 2020 abenduak 21]. Eskuragarri: <https://www.federacion-matronas.org/revista/ipn/parto-normal/>
28. Osasun eta Zaintza Ikerketarako Institutu Nazionala NICE. *Intrapartum care for healthy women and babies*. Ingalaterra; 2017. [kontsulta data 2020 abenduak 20] Eskuragarri: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>
29. Blix E, Kumle M, Kjaergaard H, Oian P, Lindgren H. Transfer to hospital in planned home births: a systematic review [Internet]. 2014 [kontsulta-data 2020 abenduak 26]; 14 (179). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-179>

30. AceitunoVelasco L. Tasa de partos instrumentales en España [Internet]. 2009 [konsulta-data 2020 abenduak 27]; 52(10): 609-615. [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(09\)72629-9](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(09)72629-9)
31. Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton E. 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 [Internet]. 2020 [konsulta-data 2020 abenduak 27]; 21. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100319>
32. Hollowell J, Rowe R, Townend J, Knight M, Li Y, Linsell L, Redshaw M. et al. The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth [Internet]. 2015 [konsulta-data 2020 abenduak 27]; 3; 36. DOI: [10.3310/hsdr03360](https://doi.org/10.3310/hsdr03360)
33. Van Der Kooy J, Birnie E, Denktas S, Steegers EA, Bonsel GJ. Planned home compared with planned hospital births: mode of delivery and perinatal mortality rates, an observational study [Internet]. 2017 [konsulta-data 2020 abenduak 27]; 17(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1348-y>
34. Hutton EK, Cappelletti A, Reitsma AH, Simioni J, Horne J, McGregor C et al. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies [Internet]. 2016 [konsulta-data 2020 abenduak 27]; 188(5), E80-E90. DOI:10.1503/cmaj.150564
35. Ruiz Callado R, Romero Salord F, Fontanillo Garrote A. Mortalidad perinatal en los partos únicos asistidos a término en España entre 1995 y 2009 según ocurrieran en domicilio particular o en centro sanitario [Internet]. 2012 [konsulta-data 2020 abenduak 27]; 8(1). Eskuragarri: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/22935/1/ec7773_v8n1_2012_ENFERMERIA_COMUNITARIA_REVISTA_DIGITAL_ISSN-1699-0641.pdf?hc_location=ufi
36. Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, Vedam S. Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: the Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009 [Internet]. 2014 [konsulta-data 2020 abenduak 27]; 59(1). <https://doi.org/10.1111/jmwh.12172>

37. Cheng Y, Snowden J, King T, Caughey A. Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States [Internet]. 2013 [kantsulta-data 2020 abenduak 27]; 209(4): 325. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.06.022>
38. Konigsmarkova I. Homebirth in Czech Republic [Internet]. 2012 [kantsulta-data 2020 abenduak 27]; 77(6): 558-62.
39. Blix E, Huitfeldt A, Øian P, Straume B, Kumle M. Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007 [Internet]. 2012 [kantsulta-data 2020 abenduak 27]; 3(4): 147-53. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.10.001>
40. 44/2003 Lege Organikoa, azaroaren 21ekoa, osasun-labideen kudeaketari buruzkoa. Estatuko aldizkari ofiziala, 280 zbk. (2003 azaroak 22). Eskuragarri: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
41. Espainiako Mediku Erakunde Kolegiatua. Deontologia kodea. 2011. Eskuragarri: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf
42. Espainiako erizaintzako kode deontologikoa. Erizaintzako kontseilu nagusia. 2017. Eskuragarri: https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo_deontologico_de_la_enfermeria_espanola.pdf
43. SAS/1349/2009 Lege organikoa, maiatzaren 6koa, erizaintza Obstetrikoginekologikoa (emagina) espezialitateko prestakuntza programa onartu eta argitaratzen duena. Estatuko aldizkari ofiziala, 129 zbk (2009 maiatzak 28). Eskuragarri: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-8881>
44. Manual obstétrico: Informe final del Grupo de Trabajo de Obstetricia del Consejo Nacional de la Salud Pública Holandesa. Asociación Andaluza de matronas. 2004. [kantsulta data 2020 abenduak 23]; Eskuragarri: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/manual_obstetrico_holandes_2004.pdf
45. Posicionamiento de la FAME sobre la atención del parto en casa. Federación de Asociaciones de Matronas de España [Internet]. [kantsulta data 2020 abenduak 23]; Eskuragarri: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/posicionamiento-parto-domiciliario-fame-def.pdf>
46. McLachlan H, MacKay H, Powell R, Samll R, Davey MA, Cullinane F. et al. Publicity- funded home birth in Vitoria, Australia: Exploring the views and

- experiences of midwives and doctors [Internet]. 2016 [kontsulta data 2020 abenduak 23]; 35: 24-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.004>
47. Home birth in Ontario safe, expert panel confirms. Association of Ontario Midwives [Internet] 2016 [kontsulta data 2020 abenduak 23]; Eskuragarri: <https://www.ontariomidwives.ca/home-birth-ontario-safe-expert-panel-confirms>

8. ERANSKINAK

1. Eranskina. Datu-baseetako bilaketa bibliografikoaren prozesua eta emaitzak.

Datu baseak	Bilaketa	Emaitzak	Filtroak	Emaitzak	Barneratze eta kanporatze irizpideak	Erabiliak
DIALNET	Home childbirth	34	2012-2020 Ingelera Gaztelera Euskara	26	Barneratze eta kanporatze irizpideak	3*
	Home childbirth AND nursing care	3		2		1*
	Home childbirth AND benefits	1		1		0
	Home childbirth AND complications	3		1		0
	Parto domiciliario AND complicaciones	56		39		0
	Parto domiciliario AND parto humanizado	6		1		1*
	Parto natural AND parto domiciliario AND matrona	3		2		1*
	Parto domiciliario AND matrona	13		4		2*
CUIDEN	Home childbirth	64	2012-2020 Ingelera Gaztelera Euskara	41	Barneratze eta kanporatze irizpideak	4
	Home childbirth AND risks	1		0		0
	Home childbirth AND nursing care	8		5		1
	Home childbirth AND natural childbirth	19		10		2*
	Parto domiciliario AND matrona AND parto humanizado	7		6		1

Datu baseak	Bilaketa	Emaizak	Filtroak	Emaizak	Erabiliak
MEDES	Parto domiciliario AND parto humanizado	3	2012-2020 Ingelera Gaztelera Euskara	3	0
	Parto domiciliario AND beneficios	1		0	0
	Parto domiciliario AND riesgos	2		1	1
	Parto domiciliario AND cuidados de enfermería	10		8	0
	Home childbirth AND nurse midwives	0		0	0
PUBMED	Home childbirth AND humanizing delivery	126	2012-2020 Ingelera Gaztelera Euskara	52	0
	Home childbirth AND benefits	193		120	4
	Home childbirth AND humanizing delivery AND natural childbirth	27		12	0
	Parto humanizado AND matrona	1		1	0
	Parto domiciliario AND matrona	0		0	0
	Parto domiciliario AND cuidados de enfermería	0		0	0
	Parto domiciliario AND riesgos	1		1	0
BVS	Parto domiciliario AND matrona AND parto humanizado	13	2012-2020 Ingelera Gaztelera Euskara	4	1*
	Parto domiciliario AND parto humanizado	46		16	3*
	Home childbirth AND nurse midwives	1338		280	4*
	Home childbirth AND benefits AND nursing care	57		19	1
	Home childbirth AND complications	931		375	5*

Barneratze eta kanporatze irizpideak

Datu baseak	Bilaketa	Emaizak	Filtroak	Emaizak	Erabiliak
COCHRANE	Parto domiciliario AND beneficios	20	2012-2020 Ingelera Gaztelera Euskara	18	1*
	Parto domiciliario AND complicaciones	19		18	1*
	Parto domiciliario AND parto humanizado AND matrona	0		0	0
	Home childbirth AND humanizing delivery	17		16	1*
SCIELO	Humanizing delivery	141	2012-2020 Ingelera Gaztelera Euskara	59	1*
	Home childbirth AND humanizing delivery AND natural childbirth	7		4	1*
	Parto domiciliario AND beneficios	0		0	0
	Parto domiciliario AND riesgos	0		0	0
	Parto domiciliario AND matrona	1		1	0
	Parto domiciliario AND complicaciones	5		3	0

Barneratze eta kanporatze irizpideak

Iturria: propioa.

* Artikulu horietatik bat errepikatua da.

2. Eranskina. Datu-baseetako bilaketa bibliografikoetatik hautatutako artikulua.

DATU BASEAK		ARTIKULUAK
Dialnet	4	Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa
	7	Planned home birth: benefits, risks, and opportunities
	40	Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007
	37	Planned home births in the United States: the Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009
Cuiden	4	Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa
	7	Planned home birth: benefits, risks, and opportunities
	32	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
	9	Birthplace in England research—implications of new evidence.
	7	Planned home birth: benefits, risks, and opportunities
	47	Publicly-funded home birth in Victoria, Australia: Exploring the views and experiences of midwives and doctors
	38	Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States
Medes	36	Mortalidad perinatal en los partos únicos asistidos a término en España entre 1995 y 2009 según ocurrieran en domicilio particular o en centro sanitario
Pubmed	38	Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States
	8	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.
	10	Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies
	6	Planned home birth
BVS	40	Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007.
	37	Planned home births in the United States: the Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009
	38	Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States
	11	Planned hospital birth versus planned home birth
	8	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.
	30	Transfer to hospital in planned home births: a systematic review
	12	“Risk or Right”:a discourse analysis of midwifery and obstetric colleges homebirth position statements.

DATU BASEAK		ARTIKULUAK
BVS	39	Homebirth in Czech Republic.
	35	Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies
	34	Planned home compared with planned hospital births: mode of delivery and perinatal mortality rates, an observational study
Cochrane	11	Planned hospital birth versus planned home birth
Scielo	4	Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa

Iturria: propioa.

***Oharra:** Taulan agertzen diren zenbakiak bibliografian dagokien erreferentziarekin bat datoz. Koloreak, Hynes piramidearen ebidentzia maialarekin bat datoz.

3. Eranskina. Bilaketa bibliografikoan aukeratutako dokumentuen zehaztasunak.

Zkia	Iturria	Izenburua	Egileak	Urtea	Lekua	Ikerlan mota	Ebidentzia maila	Emaitzak
4	Dialnet Cuiden Scielo	Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa	Barreda, E. O., Ventura, L. M. C., Concepción, J. A. C., Linares, C. R., eta Gonzalez, A. M. P.	2017	Espainia	Errebisio bibliografikoa	1	Etxeko erditzeak Espainian, Erresuma Batuan, Canadian, Espainian, Holandan, Herrialde Nordikoetan, Australian eta Zelanda Berrian
6	Pubmed	Planned home birth	Walker JJ	2017	Ingalaterra	Errebisio Bibliografikoa	1	Etxeko eta ospitaleko erditzeetako morbiditate eta mortalitate intzidentziak, arriskuak, ospitalera lekualdatzea
7	Dialnet Cuiden	Planned home birth: benefits, risks, and opportunities	Zielinski, R., Ackerson, K., eta Low, L. K.	2015	AEB	Ikerketa kualitatiboa	3	Etxean eta ospitalean erditzearen arteko aldeak, emakumearen esperientzia, morbiditate eta mortalitate intzidentziak
8	Pubmed BVS	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	Hutton, E. K., Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., eta Kaufman, K	2019	Canada	Kohorte baten ikerketa	3	Etxean eta hospitaletako erditzeetan ematen den morbiditate eta mortalitate intzidentzia

Zkia	Iturria	Izenburua	Egileak	Urtea	Lekua	Ikerlan mota	Ebidentzia maila	Emaitzak
9	Cuiden	Birthplace in England research implications of new evidence	Sandall, J.	2013	Ingalaterra	Errebisio bibliografikoa	1	Amatasun eta haurtzaroaren ondorioak, kostu-efizientzia eta amatasuna zaintzeko sistemen antolamendu-ezaugarriak
10	Pubmed	Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies	Hutton, E. K et al.	2016	Ontario	Kohorte baten ikerketa	1	Hilkortasun, morbiditate eta interbentzioen intzidentziak Ontarioko ospitale eta etxeko erditzeetan
11	Cochrane BVS	Planned hospital birth versus planned home birth	Olsen, O., eta Clausen, J. A.	2012	Danimarka	Errebisio bibliografikoa	3	Konplikazioak, interbentzioak, ama eta fetuaren hilkortasun tasak etxeko eta ospitaleko erditzeetan
12	BVS	“Risk or Right”:a discourse analysis of midwifery and obstetric colleges homebirth position statements	Sharon Licqurish, AE.	2016	Australia	Errebisio bibliografikoa	1	Etxeko erditzeen ingurko jarrerak eta adierazpenak.
30	BVS	Transfer to hospital in planned home births	Blix E, Kumle M, Kjaergaard H, Oian P, Lindgren H.	2014	Igalaterra	Errebisio bibliografikoa	3	Ospitalera lekualdatzeak, morbiditate eta mortalitate intzidentziak
32	Cuiden	Maternal outcomes and birthinterventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend togive birth in hospital:	Reitsma, A. et al.	2020	Canada	Kohorte baten ikerketa	3	Morbilditate eta mortaliatie intzidentziak etxean zein ospitalean

Zkia	Iturria	Izenburua	Egileak	Urtea	Lekua	Ikerlan mota	Ebidentzia maila	Emaitzak
34	BVS	Planned home compared with planned hospital births: mode of delivery and perinatal mortality rates, an observational study	Van Der Kooy, J., et al.	2017	Ingalaterra	Errebisio bibliografikoa	1	Erditzeetan erabiltzen den esku hartzearen eta jaio berriaren mortalitate intzidentzia
35	BVS	Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies.	Hutton, E. K. et al.	2016	Canada	Kohorte baten ikerketa	1	Etxeko erditzeetan eman daitezken arriskuen interbentzioen intzidentziak
36	MEDES	Mortalidad perinatal en los partos únicos asistidos a término en España entre 1995 y 2009 según ocurrieran en domicilio particular o en centro sanitario	Ruiz-Callado, R., Romero Salord, F., eta Fontanillo Garrote, A.	2012	Espainia	Kohorte baten ikerketa erretrospektiboa	1	Etxeko erditzeen bilakaera urteetan zehar
37	BVS	Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States:	Cheyney M. et al.	2014	AEB	Kohorte baten ikerketa	1	Ospitalera lekualdatzeak, arriskuak, morbiditatea eta mortalitate intzidentziak.
38	Pubmed Cuiden BVS	Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States.	Cheng Y, Snowden J, King T, Caughey A.	2013	AEB	Kohorte baten ikerketa erretrospektiboa	1	Konplikazioak eta esku hartze obstetrikokoak.
39	BVS	Homebirth in Czech Republic	Sanfelice, C. F. D. O., eta Shimo, A. K. K.	2012	Txekiar Errepublika	Errebisio bibliografikoa	1	Ospitaletik kanpo erditze artatzearen inguruko egoeraren ikuspegi orokorra.

Zkia	Iturria	Izenburua	Egileak	Urtea	Lekua	Ikerlan mota	Ebidentzia maila	Emaitzak
40	BVS Dialnet	Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007:	Blix E, Huitfeldt A, Øian P, Straume B, Kumle M.	2018	Norvegia	Kohorte baten ikerketa erretrospektiboa	1	Konplikazioak eta esku hartze, eta hilkortasun intzidentziak.
47	Cuiden	Publicity- funded home birth in Vitoria, Australia: Exploring the views and experiences of midwives and doctors	McLachlan, H.et al.	2016	Australia	Ikerketa kualitatiboa (esploratzailea eta deskribatzailea)	1	Emaginen eta medikuen ikuspegiak. Publikoki finantzatutako etxeko erditzeen esperientziak.

Iturria: propioa.

4. Eranskina. Datu-baseetatik lortutako dokumentuei pasatako CASPe gidak.

***Oharra:** Erantzunetan agertzen diren zenbakiak bibliografian dagozkien erreferentziekin bat datoz.

CASPE

ERREBISIO BIBLIOGRAFIKOA
A. Berrikusketaren emaitzak baliagarriak dira?
1. Argi definitutako gaiaren inguruan egin da berrikusketa? <ul style="list-style-type: none">• BAI: ((4), (6), (9), (11), (12), (30), (34), (39))• EZ DAKIT:• EZ:
2. Egileek artikuluko mota egokiak bilatu dituzte? <ul style="list-style-type: none">• BAI: (4), (6), (9), (11), (12), (30), (34), (39)• EZ DAKIT:• EZ:
3. Ikerketa garrantzitsuak hartu dituztela iruditzen zaizu? <ul style="list-style-type: none">• BAI: (4), (6), (9), (11), (12), (30), (34), (39)• EZ DAKIT:• EZ:
4. Aukeratutako ikerketen kalitatea baloratzeko egileek nahikoa esfortzu egin dutela iruditzen zaizu? <ul style="list-style-type: none">• BAI: (4), (6), (9), (11), (12), (30), (34), (39)• EZ DAKIT:• EZ:
5. Ikerketen emaitzak nahastu badira, emaitza "konbinatua" lortzeko, zentzuzkoa da hori egitea? <ul style="list-style-type: none">• BAI: (4), (6), (9), (11), (12), (30), (34), (39)• EZ DAKIT:• EZ:

B. Zeintzuk dira emaitzak?
<p>1. Zein da ikerketaren emaitza orokorra?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (4): argi dago emaitzak zeintzuk diren, modu argian, banaka eta portzentaiak erabiliz. • (6), (9), (12), (30): emaitzak argi adierazita daude, gaiaren arabera ezberdintzen dira. • (11): emaitzak modu argian azalduta daude, banaka eta portzentaiak erabiliz. • (34): emaitzak mailaka azaltzen ditu, taulen laguntzaz, portzentaiak erabiliz baita RR ere • (39): emaitzak modu argian azalduta daude, banaka, puntuka, portzentaiak erabiliz baita RR ere.
<p>2. Zein da emaitzen zehaztasuna?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (4), (6), (30) : ez dira konfiantzako tarteak izendatzen, baina erabilitako dokumentuen ebidentzia-maila zehaztenda. • (9), (11), (12), (34), (39): konfiantza tarte % 95ekoa dela aipatzendu.
C. Emaitza horiek zure ingurunean aplikatu daitezke?
<p>1. Emaitza horiek zure ingurunean aplikatu daitezke?</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAI: (4), (6), (9), (11), (12), (30), (34), (39) • EZ DAKIT: • EZ:
<p>2. Erabakiak hartzeko emaitza garrantzitsu guztiak hartu dira kontuan?</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAI: (4), (6), (9), (11), (12), (30), (34), (39) • EZ DAKIT: • EZ:
<p>3. Eragiten dituen onurek, merezi dute kostuekin eta kalteekin alderatuta?</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAI: (4), (6), (9), (11), (12), (30), (34), (39) • EZ DAKIT: • EZ:

KOHORTE IKERKETA

A. Ikerketaren emaitzak baliagarriak dira?

1. Ikerketa argi definitutako gai batean oinarritzen da?

- BAI: (8), (10), (32), (35), (36), (37), (38), (40)
- EZ DAKIT:
- EZ:

2. Kohortea modu egokian bildua izan da?

- BAI: (8), (10), (32), (35), (36), (37), (38), (40)
- EZ DAKIT:
- EZ:

3. Emaitzak modu zehatzean neurtu dira, joera posibleak murrizteko?

- BAI: (8), (10), (32), (35), (36), (37), (38), (40)
- EZ DAKIT:
- EZ:

4. Autoreek kontuan hartu dute nahaste-faktoreek ikerketaren diseinuan eta/ edo azterketan izan dezaketen efektu potentziala?

- BAI: (8), (10), (32), (35), (36), (37), (38), (40)
- EZ DAKIT:
- EZ:

5. Subjektuen jarraipena behar bezain luzea eta osoa izan da?

- BAI: (8), (10), (32), (35), (36), (37), (38), (40)
- EZ DAKIT:
- EZ:

B. Zeintzuk dira emaitzak?

1. Zeintzuk dira ikerketa honen emaitzak?

- (8), (40): Bi taldeen emaitzak argi agertzen dira, tauletan eta proportzioak azalduz.
- (10), (36), (38): ikerketaren emaitzak modu argian erredaktatzen ditu, taulekin lagunduz
- (32):emaitzetan batez besteko kostuak eta osasun emaitzak adierazten dira,

<p>bai erditze-prozesua ospitalean burutu dutenak, baita erditzea etxean izan duten emakumeenak ere. Taula eta grafiko bidez.</p> <ul style="list-style-type: none"> • (35), (37): ikerketaren emaitzak modu argian erredaktatzen ditu, taulen laguntzaz eta proportzioak azalduz
<p>2. Zein da emaitzen zehaztasuna?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (8), (10), (32), (35), (36), (37), (38), (40): konfiantzazko tartea % 95ekoa dela adierazten du.
<p>C. Emaitza horiek zure ingurunean aplikatu daitezke?</p>
<p>1. Emaitzak sinesgarriak iruditzen zaizkizu?</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAI: (8), (10), (32), (35), (36), (37), (38), (40) • EZ DAKIT: • EZ:
<p>2. Ikerketa honetako emaitzek eskuragarri dagoen ebidentziarekin bat egiten dute?</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAI: (8), (10), (32), (35), (36), (37), (38), (40) • EZ DAKIT: • EZ
<p>3. Emaitzak zure ingurunean aplikatu daitezke?</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAI: (8), (10), (32), (35), (36), (37), (38), (40) • EZ DAKIT: • EZ:
<p>4. Honek zure erabaki klinikoa aldatuko du?</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAI: (8), (10), (32), (35), (36), (37), (38), (40) • EZ DAKIT: • EZ:

IKERKETA KUALITATIBOA
A. Ikerketaren emaitzak baliagarriak dira?
1. Ikerketaren helburuak modu argian definituta daude?

<ul style="list-style-type: none"> • BAI: (7), (47) • EZ DAKIT: • EZ:
<p>2. Metodologia kualitatiboaren erabilera egokia da ikerketarako?</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAI: (7), (47) • EZ DAKIT: • EZ:
<p>3. Ikertzeko metodologia egokia da aukeratutako helburuak lortzeko?</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAI: (7), (47) • EZ DAKIT: • EZ:
<p>4. Parte-hartzaileak aukeratzeko estrategia bat dator ikerketa-galderarekin eta erabilitako metodoarekin?</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAI: (7), (47) • EZ DAKIT: • EZ:
<p>5. Datuak biltzeko teknikak bat datoz ikerketa-galderarekin eta erabilitako metodoarekin?</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAI: (7), (47) • EZ DAKIT: • EZ:
<p>6. Ikertzailearen eta ikerketa objektuaren arteko harremanaren inguruan hausnartu da?</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAI: (7), (47) • EZ DAKIT: • EZ:
<p>7. Alderdi etikoak kontuan hartu dira?</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAI: (7), (47) • EZ DAKIT: • EZ:

B. Zeintzuk dira emaitzak?
<p>1. Datuen analisisa behar bezain zorrotza izan da?</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAI: (7), (47) • EZ DAKIT: • EZ:
<p>2. Emaitzen esposizioa argia da?</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAI: (7), (47) • EZ DAKIT: • EZ:
C. Emaitza horiek zure ingurunean aplikatu daitezke?
<p>1. Ikerketako emaitzak zure ingurunean aplikatu daitezke?</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAI: (7), (47) • EZ DAKIT: • EZ

Iturria: propioa

5. **Eranskina.** Erditzeen ehunekoa autonomia Erkidego ezberdinetan, jaiotza lekuaren arabera

	ERDITZE NORMALAK				
	Etxean osasun langileengatik artatua	Ospitalean osasun langileengatik artatua	Beste toki batean osasun langileengatik artatua	Etxean osasun langilerik gabe artatua	Beste toki batean osasun langilerik gabe artatua
Erditzeak guztira	0,30%	99,51%	0,11%	0,06%	0,02%
Andaluzía	0,22%	99,59%	0,13%	0,04%	0,01%
Aragoi	0,25%	99,64%	0,06%	0,06%	0,00%
Asturias	0,17%	99,69%	0,07%	0,03%	0,03%
Balear irlak	0,35%	99,44%	0,16%	0,04%	0,00%
Kanariar irlak	0,29%	99,36%	0,20%	0,13%	0,02%
Kantabria	0,33%	99,48%	0,09%	0,09%	0,00%
Kastilla eta Leon	0,19%	99,62%	0,10%	0,08%	0,01%
Gaztela Mantxa	0,22%	99,64%	0,07%	0,04%	0,02%
Katalunia	0,63%	99,19%	0,07%	0,09%	0,02%
Balentiako Erkidegoa	0,15%	99,67%	0,10%	0,05%	0,02%
Extremadura	0,15%	99,77%	0,04%	0,03%	0,01%
Galizia	0,24%	99,39%	0,31%	0,05%	0,02%
Madril	0,22%	99,59%	0,12%	0,05%	0,02%
Murtzia	0,21%	99,51%	0,20%	0,05%	0,03%
Nafarroa	0,57%	99,16%	0,06%	0,19%	0,02%
Euskadi	0,46%	99,50%	0,00%	0,04%	0,00%
Errioxa	0,19%	99,76%	0,00%	0,00%	0,05%
Zeuta	0,00%	99,78%	0,00%	0,22%	0,00%
Melilla	0,16%	99,84%	0,00%	0,00%	0,00%
Atzerria	0,46%	99,09%	0,27%	0,09%	0,09%

Iturria: propioa, ondorengo bibliografian oinarritua eta egokitua (22, INE).

6. **Eranskina.** Erditzetan arriskua adierazten duten gaixotasunak.

GORPUTZ APARATUAK	GAIXOTASUNAK
Kardiobaskularrak	<ul style="list-style-type: none"> • Bihotzeko arazoak • Hipertentsioa
Arnas arazoak	<ul style="list-style-type: none"> • Asma • Fibrosi kistikoa
Hematologikoak	<ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobinopatiak • Tronbo enbolia aurrekariak • Tronbozitopenia • Von Willebrand-en gaixotasuna • Odoljarioak • Jaioberriaren gaixotasun hemolitikoa eragiten duten antigorputz atipikoen presentzia
Endokrinoak	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertiroidismoa • Diabetea

GORPUTZ APARATUAK	GAIXOTASUNAK
Immunologikoak	<ul style="list-style-type: none"> • Lupus-a • Esklerodermia
Gastrointestinalak	<ul style="list-style-type: none"> • Gibelego gaixotasunak
Infekziosoak	<ul style="list-style-type: none"> • B estreptokokoa • B eta C hepatitis • GIBa • Toxoplasmosia • Errubeola/herpe genitalen infekzioa • Tuberkulosia tratamenduan
Urologikoak	<ul style="list-style-type: none"> • Giltzurruneko funtzio anormala • Giltzurrunetako gaixotasunak
Neurologikoak	<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia • Miastenia gravis • Aurretiko istripu zerebrobaskularra
Psikiatrikoak	<ul style="list-style-type: none"> • Gaixotasun psikiatrikoak

Iturria: propioa, ondorengo bibliografian oinarritua eta egokitua (29, NICE).