

**Máster interuniversitario en Bioética y Bioderecho
2016-2017**

Trabajo de Fin de Máster:

**¿QUÉ QUIEREN LAS MUJERES GESTANTES?
PLAN DE PARTO Y AUTONOMÍA**

Presentado por: Saray Díaz Hernández

Tutor: Dr. Emilio Sanz Álvarez

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

ÍNDICE

RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN	2
1.1. HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL MODELO DE ASISTENCIA AL PARTO	4
1.2. EL CONCEPTO DE HUMANIZACIÓN DEL PARTO	11
1.3. MARCO SOCIO-SANITARIO	13
1.4. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL PLAN DE PARTO	19
1.5. DEFINICIÓN ACTUAL Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PLANES DE PARTO	20
1.6. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGISLATIVOS DEL PLAN DE PARTO	21
1.7. TIPOS DE DOCUMENTO DE PLAN DE PARTO Y CONTENIDO.....	26
1.8. FACTORES FAVORECEDORES Y LIMITANTES DEL PLAN DE PARTO.....	30
2. OBJETIVOS	34
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	35
4. RESULTADOS.....	38
4.1 PROCESO DE ELABORACIÓN Y ENTREGA DEL PLAN DE PARTO.....	38
4.2. REGISTRO DE DATOS	38
5. DISCUSIÓN	57
6. CONCLUSIÓN	65

RESUMEN

¿Qué es un plan de parto? ¿Cómo puede favorecer la autonomía y participación de la mujer gestante en la toma de decisiones? ¿Qué demandas suele contener un plan de parto? ¿Se adecúan estas a la realidad de nuestro entorno? ¿Cómo se podría mejorar el uso de este documento?

La finalidad del presente estudio es dar respuesta a estas y otras preguntas, para ello se ha utilizado la metodología cuantitativa y desarrollado un modelo de estudio de tipo observacional descriptivo.

Tras el análisis de la bibliografía disponible y de los documentos de plan de parto presentados durante el año 2016 se puede afirmar que el plan de parto es una herramienta que favorece el ejercicio de autonomía de la mujer gestante, permitiéndole expresar y poner en conocimiento sus preferencias y necesidades individuales a los profesionales que las atienden. Las demandas de las usuarias están mayoritariamente relacionadas con aquellos aspectos que puedan aportar una mayor calidez y confort a la asistencia al parto, como el acompañamiento y la participación de la pareja en el proceso, así como aquellas cuestiones relacionadas con el cuidado de su recién nacido. En cambio son poco demandantes en cuanto a otros aspectos técnicos. Muchas de estas demandas se adecúan, a priori, con las infraestructuras y prestaciones que ofrece el hospital de referencia, a excepción de algunos casos que se encuentran señalados en dicho estudio.

1. INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un hijo es un acontecimiento único, marca un antes y un después en la trayectoria vital de madres y padres y conlleva profundos cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, sitúa a los futuros padres en un nuevo estatus frente a su familia y a la sociedad en general, y altera enormemente los roles que hasta ese momento había mantenido cada uno de los individuos en su relación de pareja. Pese a las ilusionantes expectativas que se abren ante sí, la novedad de la situación y la falta de experiencia frente a la misma puede generar no pocas dudas, miedos e inquietudes, que en ocasiones coloca a los progenitores en situaciones de indefensión en la toma de decisiones respecto al proceso de embarazo, parto y post-parto.

No obstante, en las últimas décadas, con el fin de potenciar la autonomía de las madres y fomentar una toma de decisiones consciente e informada, se han producido importantes cambios en el proceso del parto y nacimiento y la concepción que desde la evidencia científica se tiene del mismo, por lo que se ha vuelto a considerar como un evento fisiológico que debe ser, en la medida de lo posible, despatologizado, individualizado y enfocado hacia las necesidades y demandas de la mujer, en concordancia con sus valores y creencias, con la finalidad de generar un ambiente de confianza y seguridad en el que se respete al máximo su intimidad.

Para ello, es imprescindible que las mujeres y sus familiares profundicen en el conocimiento del proceso reproductivo en el que se encuentran inmersas, que se involucren activamente en la resolución de sus inquietudes y en la aplicación de los cuidados requeridos. Por otro lado, los profesionales sanitarios deben actuar como facilitadores de información y atenciones, adecuándolas a cada una de las fases del proceso y dando a conocer, con rigor, veracidad y honestidad, todas las alternativas posibles ante cada una de las situaciones que puedan presentarse.

El plan de parto es un documento escrito de carácter legal donde la mujer y su pareja pueden plasmar sus deseos, expectativas y preferencias en aquellos aspectos en los que existan varias opciones igual de seguras.

En este contexto, el Plan de Parto se presenta como una de herramientas para hacer valer la voluntad y autonomía de las mujeres, dotándolas de un marco legal bajo el que exponer sus preferencias respecto al abanico de opciones que pudieran surgir en las diferentes etapas del parto.

Para contextualizar y profundizar en el estudio del documento “Plan de Parto”, esta introducción se estructura en los siguientes apartados:

- Historia y evolución del modelo de asistencia al parto
- El concepto de humanización del parto
- Marco socio-sanitario
- Origen y evolución del Plan de Parto
- Definición actual y características del Plan de Parto
- Aspectos éticos y legislativos del Plan de Parto
- Tipos de Plan de Parto y contenido
- Factores favorecedores y limitantes del Plan de Parto.

1.1. HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL MODELO DE ASISTENCIA AL PARTO

Históricamente el parto ha sido considerado como un proceso fisiológico y natural inherente al ciclo vital, que se enmarca en el ámbito familiar y comunitario. Tradicionalmente, este evento tenía lugar en el seno doméstico donde la parturienta vivía una experiencia personal e intransferible rodeada de los familiares más cercanos, por lo general mujeres, siendo asistida por alguien de confianza ¹. Sin embargo, a pesar de constituir un proceso fisiológico, el parto ha sido y continua siendo considerado como un momento de especial vulnerabilidad para la mujer, por lo que la atención y asistencia al nacimiento ha formado parte de las actividades de cuidado de la vida desde los albores de la humanidad ².

Precisamente, por pertenecer al ámbito doméstico y privado, las tareas de cuidado y asistencia al nacimiento y la maternidad eran asignadas a otras mujeres, popularmente conocidas con diversos nombres como *parteras*, *comadronas*, *madrinas*, *matronas*, *obstetricas*, etc. Estas mujeres se servían de conocimientos y experiencias acumuladas, generalmente, de forma empírica y transmitidas de generación en generación. Estas asistentes al parto eran expertas en el manejo de las plantas medicinales y usaban la sabiduría popular como herramientas fundamentales en la asistencia al parto ³.

Esta asignación de tareas a las mujeres se encuentra fuertemente influenciada por la división sexual del trabajo, por el cual determinadas tareas eran asignadas a las mujeres, como en este caso las actividades relacionadas con los procesos reproductivos y el cuidado de los hijos y del hogar, dado que de manera simbólica a lo largo de la historia y de las civilizaciones la mujer ha sido asociada a la naturaleza debido a su fisiología y a su función reproductiva, mientras que los hombres lo eran a la cultura. Cabe señalar que esta asociación produce un menosprecio del papel de la mujer en la sociedad, pues lo natural aparece devaluado ante lo cultural, ya que la cultura controla y domina a la naturaleza ⁴.

En este modelo de asistencia al parto, la figura masculina, que por lo general correspondía a la del médico, se centraba en el estudio teórico del proceso procreativo, pues solo actuaban en situaciones excepcionales, como cuando era preciso realizar algún tipo de cirugía o manipulaciones invasivas. No obstante, progresivamente el médico ha ido incorporándose en la

asistencia al parto mediante la intervención de los cirujanos y el uso, cada vez más extendido, de instrumentos como el fórceps en los partos complicados ^{5,6}. Autores como Narotzky, señalan que la llamada *medicalización del proceso del parto* comienza con este control técnico de los instrumentos aplicados a los partos distócicos. A esto se le añade la protocolización de unos tiempos establecidos para el desarrollo de un parto normal, para así concretar un método diagnóstico de retraso del parto en aquellos que sobrepasen dichos periodos ⁷.

No obstante, no es hasta principios del siglo XX que el parto se traslada al ámbito hospitalario en los países occidentales, hecho que en España tuvo lugar a partir de la década de los 60-70, en parte propiciado por la influencia de los modelos mecanicistas de la salud y la enfermedad que las ciencias biomédicas han venido desarrollando desde finales del siglo XIX, una de cuyas consecuencias es la existencia en nuestro sistema de salud de una visión sanitaria que centra su atención en la patología de la mujer antes que en su fisiología, por lo que resulta sencillo categorizar el embarazo o el parto como enfermedad, lo que facilita la medicalización y el traslado al ámbito hospitalario de estos procesos fisiológicos de la vida ⁸. También cabe destacar la influencia de los avances en conocimientos y de las tecnologías aplicadas a las ciencias de la salud y al crecimiento económico y social que ha propiciado el desarrollo de las infraestructuras hospitalarias ⁹.

No se puede obviar que estos progresos han contribuido en la mejora objetiva de los índices de morbi-mortalidad en las mujeres y sus recién nacidos, como puede observarse en la tasa de mortalidad materna en España, que en la actualidad es 15 veces menor que la registrada 35 años atrás. Así pues, a principios del siglo XX se contaba con una tasa de mortalidad materna de 564.7 por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que hoy en día es de apenas 7-8 por cada 100.000 nacidos vivos, lo que concuerda con las cifras de los demás países de nuestro entorno ¹⁰, aunque dista mucho de la de los países en vías de desarrollo donde alcanza valores de 239 por cada 100.000 nacidos vivos, lo que supone el 99% de las muertes maternas ¹¹.

Sin embargo, el traslado del parto desde el ámbito privado-domiciliario al ámbito público-hospitalario ha supuesto la incorporación de ciertas prácticas que han acabado convirtiéndose en rutinarias, pese a no estar siempre avaladas por la evidencia científica, entre ellas el rasurado, la

administración de enemas, el uso de oxitocina sintética para acelerar el parto, la restricción de los movimientos de la mujer y de la posición materna, etc. Esta forma de proceder se ha traducido en una homogeneización y protocolización de los partos, en detrimento del poder de decisión y actuación de la mujer durante el proceso, así como en la concepción de la mujer como un sujeto dependiente y pasivo ¹².

Como respuesta a esta situación, comienzan a surgir a partir de la década de los 80 algunas voces críticas que cuestionan la idoneidad de estas prácticas médicas y de este modelo de asistencia. Diversos organismos internacionales y movimientos sociales han influido en los paradigmas dominantes y en el imaginario colectivo, lo que ha provocado cambios en la conceptualización de lo que debería ser una atención de calidad, tanto por parte de las gestantes como de los profesionales que las atienden, mediante la reivindicación del empoderamiento de la mujer.

En 1985, la OMS promulga la *Declaración de Fortaleza*, que contiene una serie de recomendaciones para el nacimiento y que da inicio al proceso de “normalización del parto”, declarando que “Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los embarazos de bajo riesgo pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado”.

Para la aplicación de estas recomendaciones se insta a los Estados a revisar sus modelos de asistencia al parto y a establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el mismo, así como a impulsar investigaciones conjuntas para evaluar estas tecnologías. Respecto a la formación de los profesionales sanitarios hace hincapié en que esta debe incluir técnicas de comunicación para la promoción de un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias. Además, declara que debe promoverse la formación de las comadronas profesionales y que la atención durante el embarazo, parto y postparto normales deben ser competencia de esta profesión. En esta declaración también se revisan las prácticas habituales en la asistencia al nacimiento, y se establecen

recomendaciones específicas para evitar aquellas prácticas que sin justificación se venían realizando de manera sistemática, como las relativas al acompañamiento durante el parto, la separación del recién nacido de su madre, la monitorización fetal, el manejo de la dilatación y del expulsivo, etc ¹³.

Posteriormente, en 1993 el Departamento de Salud del Reino Unido publica el informe *Changing Childbirth*, donde se establecen una serie de recomendaciones para el desarrollo de un modelo humanizado de atención al parto basado en tres principios:

- El primer principio considera que el cuidado materno debe centrarse en la mujer, haciéndole sentir que tiene el control sobre lo que está sucediendo en su parto con la finalidad de que sea capaz de tomar sus propias decisiones. También introduce el concepto de comunicación entre usuarios y profesionales e insiste en que debe existir un diálogo entre ambos.
- El segundo principio afirma que todas las gestantes deben tener un acceso sencillo a los servicios de maternidad y que éstos deben responder a las necesidades de la mujer.
- El tercer principio hace referencia a que las mujeres deben participar en los servicios de maternidad, para que éstos se adapten a sus necesidades ¹⁴.

En España, en el año 2006 y a raíz de una importante demanda social, el Defensor del Pueblo recoge en su informe institucional, punto IV: “*Respetar la progresión natural del parto cuando se presente de forma espontánea y sin factores de riesgo. Ello con independencia de respetar la voluntad de aquellas madres que deseen que el parto se "dirija médicamente" para evitar el dolor y de aquellos supuestos en los que existan riesgos que exijan un control más continuado y tecnificado*” ¹⁵.

Un año más tarde, la Federación de Asociaciones de Matronas en España (FAME) impulsa la *Iniciativa de Parto Normal*, que nace con el objetivo de sensibilizar y fortalecer a las matronas en sus competencias para asistir partos normales, elaborar un documento de consenso sobre la asistencia al parto normal por las matronas basado en datos científicos, crear opinión entre las mujeres y la sociedad sobre la asistencia al parto normal, reflexionar con las sociedades científicas sobre la importancia del parto normal y crear opinión en los medios de comunicación.

Para ello señalan como condición necesaria para una atención materno-infantil de calidad la correcta coordinación entre los servicios de obstetricia de los hospitales y los servicios de Atención Primaria. La FAME manifiesta que la mujer debe ser la protagonista durante todo el proceso de asistencia a la maternidad, de forma que los cuidados deberán estar centrados en ella, y, por tanto, deberán adecuarse a sus circunstancias y necesidades personales al mismo tiempo que se respetan sus elecciones. Además, se hace hincapié en que la mujer y su pareja deben recibir la información de todas las alternativas posibles para el parto y que ellos deberán planificar el tipo de atención que desean para el mismo. Dentro de esta iniciativa también se mencionan los planes de parto (PP), como el documento escrito en el que la gestante manifiesta y deja constancia de sus deseos y expectativas para el momento del nacimiento de su hijo, al tiempo que indica que se debe advertir a las mujeres de que estos están sujetos a la situación clínica, por lo que podrían producirse desviaciones si la evolución del parto lo requiere ⁹.

Ese mismo año el Ministerio de Sanidad y Consumo publica la *Estrategia de Atención al Parto Normal* en el Sistema Nacional de Salud. En este documento el Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud realiza una revisión de la evidencia científica disponible en torno a la atención al parto en la que se aporta una valiosa información para la actualización de algunas prácticas que se venían desarrollando hasta el momento en aras de otras basadas en el conocimiento, especialmente en lo que se refiere a la eliminación de algunas prácticas innecesarias y la incorporación de nuevas alternativas a las ya existentes. Entre las nuevas propuestas destaca la importancia de impulsar la participación informada de las mujeres en todo el proceso y en la toma de decisiones sobre las prácticas clínicas que se les apliquen. Esta propuesta va dirigida a mejorar la salud integral de las gestantes, la relación entre profesionales y usuarias, así como a mejorar la satisfacción general y disminuir el número de acciones judiciales emprendidas con motivo o sospecha de mala práctica, todo ello con el fin último de asegurar una atención de calidad al parto en el Estado Español y una participación activa e informada de las mujeres y sus parejas en el proceso dentro del Sistema Nacional de Salud ¹⁶.

Por su parte, el Servicio Canario de Salud (SCS), desde la aprobación por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, ha venido desarrollando diversas actuaciones de formación y sensibilización del personal sanitario

relacionadas con la atención a la salud perinatal a través de la Dirección General de Programas Asistenciales. En 2009, dentro del *Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva (P.A.S.A.R)*, se presenta el *Programa de Preparación a la Maternidad y Paternidad*, con el objetivo de ofrecer a la mujer y su pareja la información y atención necesaria que facilite su protagonismo en el proceso de la maternidad, así como el desarrollo óptimo del embarazo y la vivencia positiva de la maternidad y paternidad ¹⁷. En 2010, el SCS presenta el *Protocolo de Atención al Parto Normal* y diversos folletos informativos relacionados, cuya finalidad es la de desarrollar las recomendaciones que vienen promulgando la OMS y el Ministerio de Sanidad y Política Social en los últimos años. Con ellos se pretende regular las condiciones básicas, la coordinación que deben reunir los dispositivos asistenciales, disminuir la variabilidad en las prácticas profesionales en la Comunidad Autónoma de Canarias en la atención al parto normal y servir de instrumento de actuación para llevar a cabo un parto más personalizado e intentar satisfacer las expectativas de la mujer, de su entorno y de los profesionales sanitarios que participan en la asistencia a la maternidad ¹⁸.

Cabe destacar la importante influencia que estas líneas estratégicas están ejerciendo en la profunda transformación del modelo de atención al parto en sus aspectos generales. Este cambio paradigmático pretende el desarrollo de un nuevo modelo cuyos principios rectores serían la consideración del parto como un proceso generalmente fisiológico y la necesidad de una atención personalizada e integral que abarque tanto la esfera biológica, como la emocional y familiar, para poder ofrecer los mejores cuidados basados en la evidencia científica sin olvidar el papel protagonista de la mujer en su parto y su derecho a la información y participación ¹⁹.

Respecto a la atención al parto normal en nuestro entorno, existen diferentes modelos:

- Modelos donde la atención es proporcionada por matronas
- Modelos donde la atención es proporcionada por médicos obstetras
- Modelos mixtos

El modelo de atención por matronas se basa en la premisa de que el embarazo y el parto son eventos vitales normales centrados en la mujer. Las diferencias entre el modelo de atención por matronas y otros modelos de atención a menudo incluyen variaciones en la filosofía, el enfoque,

la relación con el profesional y el grado de intervencionismo durante el parto. Este modelo parte de la normalidad y la capacidad natural de las mujeres de experimentar el parto con una intervención mínima o sin una intervención habitual, por lo tanto, los modelos de atención por matronas tienen como objetivo atender durante el parto a mujeres sanas con embarazos sin complicaciones o “de bajo riesgo”.

En los otros modelos, la atención es compartida por matronas y médicos obstetras, con diferentes niveles de implicación. En algunos países el alcance de la práctica de las matronas se limita a la atención de las mujeres que presentan un embarazo sin complicaciones, como en Canadá y Países Bajos, mientras que en otros países las matronas proporcionan tanto atención a las mujeres que presentan un embarazo “de bajo riesgo” como a aquellas que presentan complicaciones médicas y obstétricas, conjuntamente con médicos obstétricos, como en Reino Unido, Francia, Australia y Nueva Zelanda.

Este modelo de atención por matronas tiene una serie de beneficios descritos, como tasas menores de analgesia intraparto y de aceleración del trabajo de parto, una mayor movilidad durante el parto, mayores tasas de parto vaginal espontáneo y menores tasas de cesárea, episiotomía, lesión perineal grave y de ingreso en la unidad neonatal, así como una mayor sensación de control de la mujer y una mayor tasa de inicio de la lactancia materna. Sin embargo, también se ha encontrado una tendencia hacia tasas mayores de mortalidad perinatal y morbimortalidad neonatal. Se ha indicado que lo anterior pudiera ser resultado del retardo o fracaso en la detección de las complicaciones o del inicio de acciones apropiadas. Además, existe mucho debate acerca del coste clínico y el coste-efectividad de los diferentes modelos de atención médica de la madre, por lo que continúa el debate sobre el modelo óptimo para la atención al parto de las mujeres sanas.

Hay que tener en cuenta que los beneficios observados provienen de modelos en los que las matronas ofrecen una atención completa que incluye el periodo prenatal, intraparto y posparto, tanto en atención primaria como en el hospital.

Atendiendo a los beneficios observados con modelos de matronas en partos de bajo riesgo, se considera que los profesionales de obstetricia deberían actuar de supervisores e intervenir solamente en caso de que surgiera alguna complicación fuera de los límites de la normalidad ^{19, 20}.

En lo concerniente al actual modelo de atención al parto en España y su encaje en el entorno europeo, podría calificarse como un modelo intervencionista institucionalizado, atendido por profesionales de medicina y matronas, al igual que ocurre en países como Irlanda, Rusia, República Checa, Francia y Bélgica.

A su vez, en otras regiones europeas coexisten otros modelos alternativos, como por ejemplo el que se sigue en Holanda y Países Escandinavos donde la atención al parto está desinstitucionalizada y ejercida por matronas cualificadas y autónomas. En otros países como Alemania y Reino Unido existe un modelo intermedio que promulga una atención al parto institucionalizada pero humanizada ¹⁶.

1.2. EL CONCEPTO DE HUMANIZACIÓN DEL PARTO

El concepto de “humanización del parto” es complejo y polisémico, por lo que debe definirse sobre la base de un conjunto de aspectos técnicos, éticos y actitudinales, en los que aparezca implícito un proceso de cuidado continuo, seguro y culturalmente aceptable, donde no se reniegue del uso de la tecnología, siempre que se haga con medida, en casos de imperiosa necesidad y bajo un enfoque humano y personal ²¹.

Este concepto nace como respuesta a la tecnificación excesiva del nacimiento que, aunque ha mejorado considerablemente las tasas de morbilidad de las madres y recién nacidos, también ha traído consigo una despersonalización del proceso en muchas ocasiones consecuencia de un trato inadecuado por parte del profesional sanitario, la falta de coordinación entre los profesionales y servicios, la escasez de información compartida, la falta de confidencialidad y la falta de continuidad de los profesionales sanitarios que atienden a la mujer durante la gestación y el parto.

Autoras como Biurrun y Goberna defienden que un aspecto clave para la humanización del parto debe ser el empoderamiento de la mujer, para lo cual es vital fomentar la participación activa y la toma de decisiones en todos los aspectos de su cuidado. Otros autores como Wagner sostienen que “humanizar el parto, significa entender que la mujer que está dando a luz, es un ser humano, no una máquina y no sólo un contenedor de hacer bebés... Humanizar el parto significa poner a la mujer que está dando a luz en el centro y en el control de tal manera que ella y no los médicos o cualquier otra persona tome las decisiones de lo que va a ocurrir... Humanizar el parto significa servicios maternos basados en buenas evidencias científicas, que incluyan la tecnología y medicamentos basados en la evidencia”^{22, 23}.

En este mismo sentido Davis-Floyd argumenta que el cuidado no debe basarse simplemente en la tradición médica sino en la evidencia científica, así como en las relaciones individuales entre la mujer, su familia y el personal sanitario²⁴. Además de estos aspectos, según autores como Kuo es necesario el respeto hacia la mujer, sus creencias y sus decisiones así como el respeto a la intimidad física y emocional²⁵.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que este tipo de atención no sólo mejora la fisiología del trabajo de parto, los sentimientos de control y autonomía de la madre que conlleva a una reducción de las necesidades de intervención médica y mejores resultados perinatales, sino que además aumenta los niveles de satisfacción de las madres²¹.

Cabe destacar, asimismo, que este tipo de atención es coherente no sólo con el principio bioético de autonomía sino también con los principios de no maleficencia, beneficencia y justicia.

1.3. MARCO SOCIO-SANITARIO

En los últimos años se ha producido un cambio en las actitudes y comportamiento de los europeos hacia la maternidad y paternidad, en gran medida provocado por el desarrollo económico y los cambios políticos y culturales que han tenido lugar en el último período del siglo XX y principios del XXI.

Actualmente las mujeres son predominantes en el sistema educativo y acceden con más frecuencia a sectores laborales más cualificados, aunque el desarrollo de políticas de apoyo formal para la crianza no ha seguido el mismo ritmo ni tampoco, en muchos casos, el reparto de las cargas domésticas entre la pareja, lo cual ha contribuido a la permanencia de las mujeres en el ámbito privado, que asumen dobles jornadas difíciles de compatibilizar. Estos factores han repercutido y repercuten en el presente sobre la decisión y capacidad de afrontar la maternidad ¹⁹.

Para describir la situación actual de algunos factores relacionados con la asistencia al parto en nuestro entorno y atendiendo a algunos datos demográficos publicados, se describirán a continuación las tendencias respecto a la natalidad y fecundidad ^{26,27}.

Según los datos provisionales publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el primer semestre del año 2016 se registraron 195.555 nacimientos en el Estado Español, un 4,6% menos que en el mismo periodo del año anterior. Continúa así la tendencia decreciente en el número de nacimientos desde 2008, interrumpida por el incremento experimentado en el año 2014.

Respecto a la Tasa Bruta de Natalidad, se puede observar una disminución progresiva desde el año 2008, alcanzando un valor de 9,02 por 1.000 habitantes para el 2015 (figura 1).

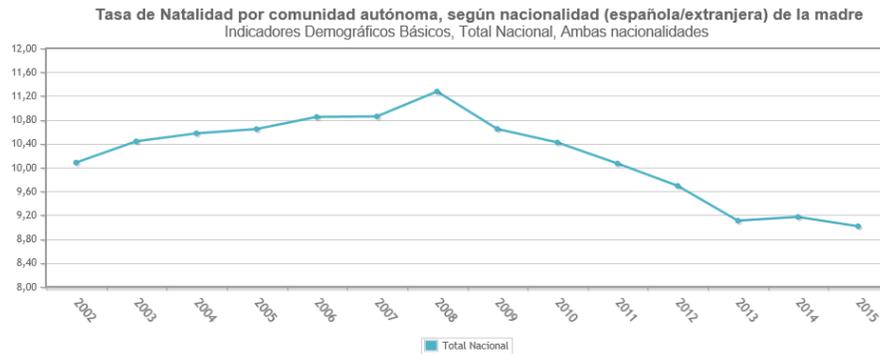


Figura 1: Tasa Bruta de Natalidad en el Estado Español. Fuente: INE.

En Canarias, la Tasa Bruta de Natalidad fue de 7,59 por 1000 habitantes para el 2015, situándose así en el rango de las CCAA con tasas de natalidad más bajas (Figura 2).

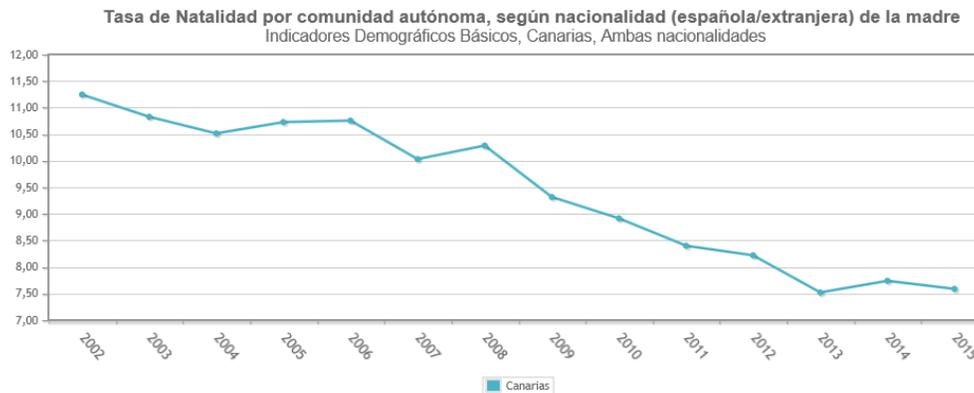


Figura 2: Tasa de Natalidad en Canarias. Fuente: INE.

En relación a las tasas de fecundidad, España presenta una Tasa Global de Fecundidad de 38,99 nacidos por 1000 mujeres, observándose una tendencia a la baja similar a otros países de nuestro entorno (figura 3). Es por ello que actualmente no está garantizado el reemplazo generacional.

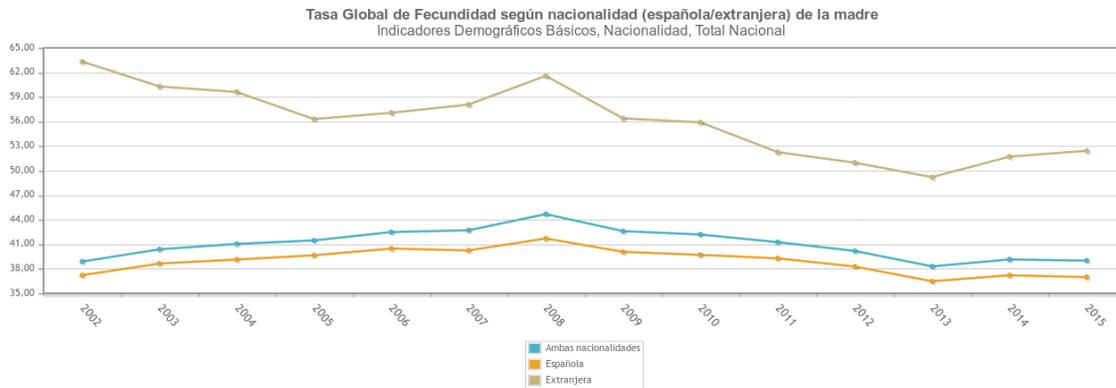


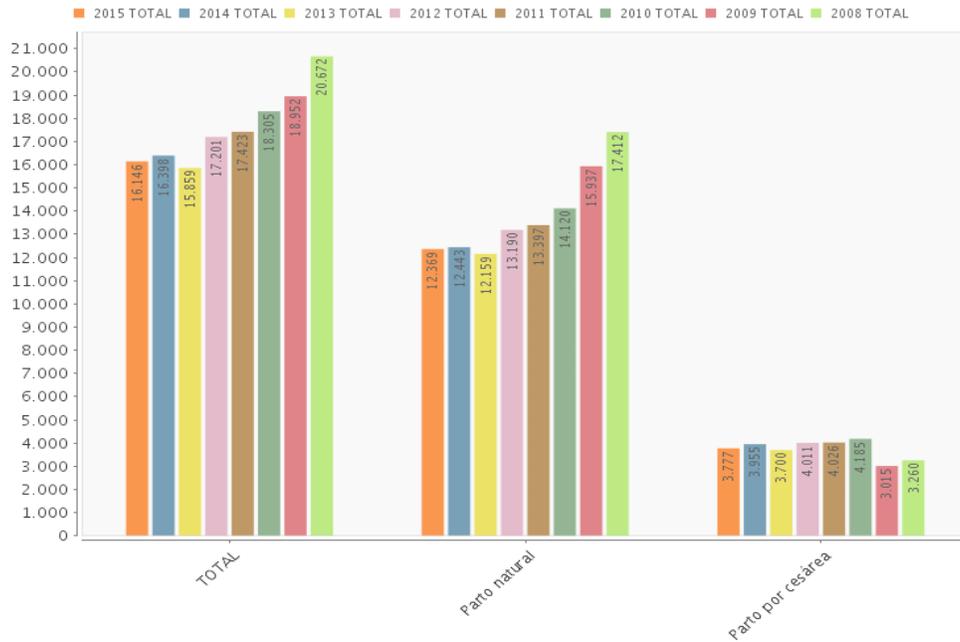
Figura 3: Tasa Global de Fecundidad. Fuente: INE.

Atendiendo a la edad media de las mujeres que acceden a la maternidad se puede observar un retraso generalizado en toda Europa. En 1983 la edad de la madre al tener el primer hijo se situaba, en promedio, en 27,3 años. Actualmente se encuentra por encima de los 30 años. En España la edad media en que las mujeres tienen su primer hijo es de 31,90 para el año 2015 (figura 4). Respecto a Canarias, la edad media de las mujeres que accedieron a la maternidad fue de 31,6 años.



Figura 4: Edad media a la maternidad en el Estado Español. Fuente: INE.

En atención al número de partos, en 2015 se contabilizaron un total de 420.490 nacimientos para todo el territorio nacional, correspondiendo 16.146 de ellos a Canarias, de los cuales 3.777 fueron partos por cesárea y 12.369 por vía vaginal, incluyendo partos eutócicos y partos instrumentales (figura 6 y tabla 1).



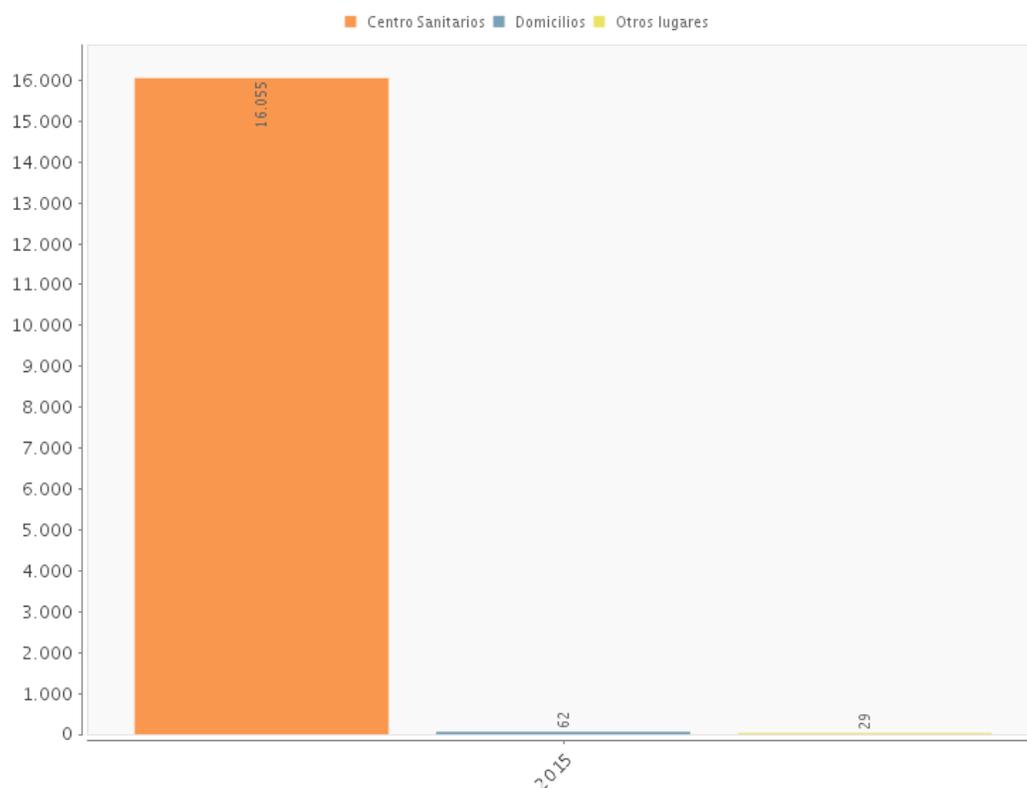
Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Figura 6: Distribución de los tipos de parto en Canarias en el periodo 2008-2015. Fuente: ISTAC.

	Lanzarote	Fuerteventura	Gran Canaria	Tenerife	La Gomera	La Palma	El Hierro
Total	1.388	967	6.008	7.009	113	529	72
Parto natural	985	721	4.739	5.418	77	388	41
Cesáreas	403	246	1.329	1.591	36	141	31

Tabla 1: Distribución de los tipos de parto por isla en el año 2015. Fuente: ISTAC.

Respecto al emplazamiento donde tuvieron lugar los partos en el año 2015, un 99.44% (16.055) se produjeron en los hospitales y un pequeño porcentaje tuvo lugar en el domicilio (62) y otros lugares fuera del medio hospitalario (29) (figura 8).



Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Canarias.

Figura 8: Lugares donde tuvieron lugar los partos en el años 2015 en Canarias.

En el año 2016 se produjeron 2.898 partos en el Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, cuyas características para dicho periodo se detallan a continuación:

	Número	Porcentaje (del total de partos)
Eutócicos	1934	66.74%
P. Ventosa	227	7.83%
P. Fórceps	127	4.38%
Cesáreas	603	20.80%
<i>C. electivas</i>	231	38.31% (del total de cesáreas)
<i>C. en trabajo de parto</i>	372	61.69% (del total de cesáreas)

Embarazos múltiples	83	2.86%
<i>C. emb. múltiples</i>	51	61.45% (del total emb. múltiples)
<i>PV emb. múltiples</i>	32	38.55% (del total emb. múltiples)
Partos pretérmino	270	30.92%
Inducciones	896	30.92%
Episiotomías	664	28.93%
Desgarros III y IV grado	29	1.26 %
Analgesia epidural	1816	68.09%

Tabla 2: Características de los partos realizados en el HUNSC en el año 2016. Fuente: Servicio de Paritorios del HUNSC

1.4. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL PLAN DE PARTO

Históricamente las mujeres han planeado y organizado ciertos aspectos en torno al nacimiento de sus hijos con la ayuda de sus allegados. Las mujeres, de forma verbal, comunicaban a su entorno cómo querían que fuera su parto, a quién se debería llamar para asistirlo y por quiénes deseaba estar acompañada ²⁸.

Como consecuencia del cambio de modelo de asistencia al parto que se produce al trasladar este al ámbito hospitalario, la experiencia en torno al nacimiento cambia de forma importante, pues a partir de ese momento tiene lugar en un entorno desconocido para la mujer, en muchas ocasiones un lugar frío e impersonal. En este ambiente las mujeres son sometidas a una serie de intervenciones, muchas veces de forma rutinaria e injustificada, lo que ha implicado una medicalización de este proceso fisiológico vital y causado una pérdida del poder de decisión y protagonismo. Sin embargo, a partir de la década de los 70 comienzan a surgir las primeras voces críticas a este modelo de asistencia al parto. Autores como Lamaze, en Francia, y Read, en Reino Unido, se cuestionan el tratamiento hospitalario que se le da a las gestantes y proponen un cambio de paradigma al tratar el parto como un proceso natural y fisiológico donde la mujer vuelve a recobrar el protagonismo arrebatado. Este mensaje ha calado en la sociedad y a esta demanda se suman asociaciones y profesionales sanitarios. Como fruto de este cambio de conciencia colectivo nacen los planes de parto ²⁹.

El término plan de parto fue acuñado por Sheila Kitzinger en 1980 en Estados Unidos. Este nace como una herramienta diseñada para proveer a la mujer de información acerca del nacimiento con la finalidad de que la gestante pueda tomar decisiones informadas sopesando los pros y contras de cada una de ellas ³⁰. Esta autora afirmaba que los planes de parto no eran una “moda novedosa”, sino que estos representaban el redescubrimiento y la restauración del tradicional control del entorno del nacimiento por parte de la mujer. A través de la participación activa, la mujer mantiene su capacidad de decisión y su responsabilidad sobre la misma. Por lo tanto, el plan de parto para Kitzinger se configuraba como una herramienta para el empoderamiento de la mujer ³¹. Con el paso de los años, los planes de parto serían cada vez más usados, principalmente en los países anglosajones, extendiéndose al tiempo que se modificaban y adaptaban a las diferentes culturas y países.

En España, la incorporación de los planes de parto en la asistencia al nacimiento ha sido un proceso más lento y tardío, siendo la Asociación El Parto es Nuestro la primera en impulsar su utilización y difusión a principios de los años 2000, pasando posteriormente a ser reconocidos oficialmente ³².

1.5. DEFINICIÓN ACTUAL Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PLANES DE PARTO

Actualmente, se podría definir el plan de parto como un documento escrito, de carácter legal, donde la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento, tras haber recibido la información correspondiente. Este documento se suele realizar durante la gestación con la ayuda y el asesoramiento de los profesionales sanitarios que intervienen en el seguimiento del embarazo.

Este documento no tiene como objetivo planificar el desarrollo del parto y nacimiento, pues si durante este surgen circunstancias imprevistas el personal sanitario es el responsable de aconsejar sobre la intervención más oportuna y la llevarán a cabo previa información y consentimiento de la mujer. Cabe señalar que no posee valor prescriptivo, ya que la gestante tiene la posibilidad de modificar cualquiera de las preferencias que se reflejan en dicho documento si así lo desea. Tampoco lo es para el personal sanitario, ya que aunque estos no tienen potestad para aceptar o rechazar un plan de parto, sí se pueden negar a realizar actuaciones que constituyan mala praxis, ya que los planes de parto no contemplan la posibilidad de elección de prácticas no aconsejadas actualmente por la evidencia científica por ser innecesarias o perjudiciales en el curso de un parto normal ³³.

Algunos autores, como Joanne Welsh o Melissa Aragon se muestran disconformes con el término “Plan de Parto”, ya que argumentan que un parto es algo imposible de planear y puede conllevar al desarrollo de expectativas poco realistas, por lo que plantean otros nombres para este documento como “guía para el parto” o “preferencias para el parto” ^{34, 35}.

En este sentido, es importante recalcar que los planes de parto deben contener expectativas realistas y flexibles, pues un parto es un acontecimiento “vivo” y dinámico, y cierta flexibilidad es necesaria para que el plan de parto se pueda adecuar al mismo.

La mayoría de planes de parto suelen contener aspectos relacionados con el espacio físico y la intimidad, intervenciones habituales que se realizan durante el período de dilatación y expulsivo, así como durante el puerperio, y aspectos relacionados con el cuidado del recién nacido como su alimentación e higiene.

Respecto al perfil de las mujeres que presentan los planes de parto, predominan aquellas con una media de edad de 32 años, ocupadas laboralmente y con nivel sociocultural alto. Algunos estudios indican que la necesidad de control y de toma de decisiones están influenciadas por el estatus socioeconómico. Así, las madres pertenecientes a un estatus socioeconómico alto priorizan el control y el empoderamiento en contraste con las madres pertenecientes a estatus socioeconómicos bajos, que priorizan tener un parto sin dolor y un bebé sano ^{36,37}.

La paridad también parece ser un factor que afecta a la toma de decisiones durante todo el proceso. Las experiencias previas en otros partos, hacen que las madres decidan o no presentar un plan de parto, solicitar determinadas técnicas para el alivio del dolor o demandar mayor información sobre el proceso del parto ³⁸.

1.6. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGISLATIVOS DEL PLAN DE PARTO.

La importancia del Plan de Parto reside, entre otros aspectos, en su estrecha relación con el principio bioético de autonomía. Así pues, la dignidad y autonomía de la gestante se expresan a través de su derecho a recibir tratamiento y cuidados, así como a adoptar decisiones autónomas. Para el ejercicio de este principio se precisan determinados requisitos. El primero es la *información*, entendida como cualquier dato que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico de salud y sobre el modo de preservarla o recuperarla, y que debe concebirse como un proceso gradual y no como un acto clínico aislado, y que debe comunicarse de forma ajustada a las necesidades y capacidad de comprensión de cada sujeto. El segundo requisito es la

voluntariedad, comprendida como aquella decisión que se toma de forma libre y sin coacción, intimidación o manipulación. El tercer y último requisito es la *capacidad o competencia*, entendida como la aptitud para comprender y realizar libremente un acto o ejercer un derecho ³⁹.

Para garantizar el derecho a la autonomía de la mujer, el profesional que la atiende debe ajustarse a una doble exigencia. Por un lado, la necesidad de establecer una relación interpersonal comunicativa que facilite la tarea de asesoramiento en un sentido amplio, que ayude a desarrollar la propia autonomía de la mujer y las decisiones responsables; y en segundo lugar, a respetar dichas decisiones ⁴⁰.

Tal y como se expresa en el documento *Estrategia de Atención al Parto Normal*, redactado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, la participación de las mujeres en la toma de decisiones constituye una forma de ejercitar su autonomía, lo que implica la toma de decisiones conjuntas mediante un proceso en el cual usuarias y profesionales comparten información, participan en la decisión y acuerdan un plan de acción determinado con el objetivo de dejar atrás el clásico modelo paternalista imperante en la asistencia sanitaria hasta nuestros días y avanzar hacia un nuevo modelo de alianza, consenso y responsabilidad compartida. En este nuevo modelo, se incorporan algunos elementos que se encuentran involucrados en el proceso de toma de decisiones compartidas, como:

- **Información:** existe la falsa creencia de que el simple hecho de proveer información equivale a ofrecer a las usuarias participación en las decisiones, y esto no es suficiente. La información que se brinda a las usuarias como herramienta de ayuda para la decisión debe basarse en evidencias documentadas acerca de la efectividad, beneficios y riesgos de las opciones que se ofrecen. Detrás de muchos de los reclamos o demandas se encuentra más a menudo una información deficiente o inadecuada, que verdaderos errores o negligencias. La información deberá ser adecuada a cada caso, ya que la usuaria tiene el derecho a conocer la verdad de su proceso de salud.
- **Incorporación de las preferencias de las usuarias:** se afirma que las personas que participan junto a profesionales en la adopción de decisiones se sienten más satisfechas

con la atención recibida y con los resultados que obtienen. Esto es más probable si el método que eligen se adapta más a sus necesidades y valores personales, incluyendo sus creencias, temores, experiencias y hábitos. En muchos casos, incluir las preferencias de las usuarias implica enfrentarse a la inseguridad de las mismas respecto a las opciones. Del mismo modo, se debe considerar que toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada.

- **Consenso y toma de decisión conjunta:** en el proceso de toma de decisiones conjuntas se aclaran las opciones, profesionales y usuarias participan activamente en la decisión y concuerdan en un curso preferente de atención. Se asume que las usuarias han analizado sus propios valores respecto a beneficios y perjuicios potenciales de recibir o no determinado acto médico.
- **Corresponsabilidad y elaboración de un plan de acción:** la toma de decisiones conjunta implica asumir, por parte de la usuaria, la responsabilidad no sólo de la elección sino también de los resultados de la misma. Existen experiencias en la elaboración conjunta de planes de parto durante la gestación ¹⁶.

En este sentido, los planes de parto se presentan como un elemento que favorece el ejercicio de la autonomía por parte de la mujer embarazada, ya que les permite planificar con antelación y tiempo los cuidados que desea recibir en el momento del parto y les permite manifestar su voluntad de acuerdo a los requisitos de libertad, información y capacidad.

En relación a los aspectos legales involucrados en la asistencia sanitaria al parto y los planes de parto, cobran importancia aquellos derechos relacionados con la protección a la dignidad e intimidad de las usuarias y su derecho a recibir información adecuada, tomar decisiones libremente y elegir entre las alternativas clínicas disponibles. En este sentido cabe destacar la importancia que tiene la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de documentación clínica (en adelante, LBAP).

Así pues, tal y como se expone en el Capítulo II de la LBAP, “las mujeres tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación relacionada con su salud, la información disponible. Esta información será verdadera y será facilitada de forma comprensible y adecuada a las circunstancias y necesidades de la mujer para ayudarla a tomar las decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. Esta información por lo general se deberá de proporcionar de forma verbal dejando constancia en la historia clínica. Para ello los profesionales sanitarios que le atiendan durante el proceso asistencial o que apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle”.

Respecto al derecho a decidir en el artículo 2 de la LBAP, capítulo I, se establece que “toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los usuarios. Este consentimiento se obtendrá después de que el usuario reciba una información adecuada. Tras recibir esta información, la mujer tiene derecho a elegir libremente entre las opciones clínicas disponibles así como el derecho de negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley”.

En este sentido la mujer podrá elegir libremente aspectos relacionados con la asistencia al parto, como la postura en la que desea parir, que la monitorización sea continua o intermitente, el uso o no de anestesia epidural, etc. Esta capacidad de elegir sólo se encuentra limitada por la disponibilidad de la opción elegida y la buena praxis ⁴¹.

En el caso concreto de la atención sanitaria por maternidad, parece que tanto el derecho de información sanitaria como el derecho al respeto de la autonomía de la mujer embarazada sólo quedan totalmente cubiertos cuando la mujer implicada elige con toda la información el tipo de atención que desea, expresándola a través de la presentación de su plan de parto después de conocer el protocolo de atención sanitaria correspondiente. Como establece la base de la Cartera de Servicios Comunes de Salud Pública de Atención Primaria y de Atención Especializada, regulada por Real Decreto 030/2006, de 15 de septiembre (BOE de 16 de septiembre), la atención sanitaria por maternidad es una atención protocolizada (punto 6.3.3 de su Anexo II y punto 5.11 de su Anexo III), lo que lleva a afirmar que la mujer embarazada no debería tener ningún tipo de obstáculo legal para conocer los métodos, actividades y recursos a través de los que se van a

hacer efectivas las prestaciones sanitarias a las que tiene derecho. En este mismo sentido, el artículo 10 («Servicios de información a los usuarios del Sistema Nacional de Salud») del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, declara que “las personas que reciban las prestaciones cuya cartera de servicios comunes se establece en esta Norma, tendrán derecho a la información y documentación sanitaria y asistencial, de acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, y la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal” (apartado 1).

Para garantizar estos derechos por parte de las usuarias es necesario que la Administración Sanitaria y los profesionales sanitarios tengan que asumir una serie de deberes, cuyo incumplimiento podría dar lugar a la correspondiente exigencia de responsabilidades legales, quedando así establecido en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre (BOE de 22 de noviembre) de ordenación de las profesiones sanitarias, que afirma que «los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten» [artículo 5.1.C, inciso primero], debiendo ofrecer, en todo caso, «una información suficiente y adecuada para que aquellos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre las citadas decisiones» [artículo 5.1.C, inciso segundo]. En este mismo sentido, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, por el que se aprueba el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (BOE de 17 de diciembre), sostiene que uno de los deberes del personal estatutario es «informar debidamente, de acuerdo con las normas y procedimientos aplicables en cada caso y dentro del ámbito de sus competencias, a los usuarios y pacientes sobre su proceso asistencial y sobre los servicios disponibles» [artículo 19.h)] además de «respetar la dignidad e intimidad personal de los usuarios de los servicios de salud, su libre disposición en las decisiones que le conciernen y el resto de los derechos que les reconocen las disposiciones aplicables, así como a no realizar discriminación alguna por motivos de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra circunstancia personal o social, incluyendo la condición en virtud de la cual los usuarios de los centros e instituciones sanitarias accedan a los mismos» [artículo 19.i] ⁴².

Los planes de parto son documentos con valor de consentimiento informado. Este viene definido por la Ley 41/2002 de 14 de noviembre como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”. El plan de parto, al igual que la Hoja de Consentimiento Informado, es un soporte documental que recoge la voluntad de la usuaria. Mediante este documento la futura madre dice sí, no o tal vez a las intervenciones más habituales en el parto, tras haber recibido la información adecuada y haber reflexionado sobre su decisión ⁴³.

1.7. TIPOS DE DOCUMENTO DE PLAN DE PARTO Y CONTENIDO

Legalmente, no existe ningún formulismo especial para que las usuarias manifiesten sus voluntades respecto al parto. Por lo general, deben estar recogidas en un documento escrito.

En 2011 el Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad publicó la guía Plan de Parto y Nacimiento³³. En este documento se hace un resumen de las prácticas recomendadas por la evidencia científica para la asistencia al parto, ya recogidas en el documento *Estrategias de Atención al Parto Normal* y en la *Guía de Práctica Clínica* sobre la atención al parto normal. Este documento se divide en varios apartados:

- **Llegada al hospital:** Donde se recogen las preferencias relacionadas con el acompañamiento por una persona de confianza (su pareja u otra persona) durante todo el proceso, preferencias respecto a necesidades especiales por diferencias de capacidad, cultura o idioma, preferencias respecto al espacio físico y al idioma.
- **Período de dilatación:** En este apartado se informa sobre algunas prácticas como el rasurado o el enema, la ingesta de líquidos y se deja un espacio para que la mujer exprese sus preferencias respecto a la postura durante el parto, el tratamiento y manejo del dolor, el uso de material de apoyo para el parto, el uso de bañera o ducha y otras preferencias.

- **Intervenciones:** En este apartado se explican las distintas intervenciones que se realizan durante el parto como la monitorización fetal, los tactos vaginales, la administración de medicamentos para acelerar el parto, la canalización de vía venosa, sondaje vesical y la rotura de bolsa, dejando sólo espacio para que la mujer pueda decidir si desea o no la canalización de una vía venosa.
- **Período expulsivo:** En este apartado se aporta información respecto a la realización de pujos y episiotomía, el contacto inmediato piel con piel tras el nacimiento, la aspiración de secreciones, el inicio precoz de la lactancia y el corte del cordón umbilical, donde se facilitan las opciones de corte del mismo por parte del acompañante o la propia madre, así como la autorización de extracción de sangre de cordón para su donación.
- **Alumbramiento de la placenta:** En este apartado se facilita información para el manejo de la salida de la placenta, dando opción a la mujer para expresar sus preferencias.
- **Cuidado y atención al recién nacido:** donde se describen las prácticas relacionadas con la administración de medicamentos preventivos y vacunación, dando a los progenitores la posibilidad de elegir entre las diferentes vías de administración de la vitamina K. Respecto a los cuidados relacionados con la higiene del recién nacido se puede expresar cómo desean que sean llevados a cabo, por ella misma o con el apoyo de la pareja/acompañante, o incluso la posibilidad de que una persona de su elección los realice.
- **Período de puerperio:** en el cual se facilita información sobre algunos aspectos relacionados con el traslado a planta y la estancia en la planta de maternidad, fomentando la opción de colecho y dejando un espacio para que la usuaria pueda expresar sus deseos y preferencias personales. También se da información para la promoción de la lactancia materna y se dispone de varias opciones respecto a la alimentación del recién nacido (lactancia materna, lactancia artificial, así como la posibilidad de contactar con asociaciones de apoyo a la lactancia)

- **Parto instrumental (fórceps, ventosa, espátula) o cesárea:** en este apartado se deja un espacio para que la mujer pueda reflejar sus preferencias personales en estos casos.

Por último, al final de este documento se adjunta una hoja-cuestionario que resume todos los apartados descritos anteriormente para el registro hospitalario y deja un espacio para que el/la profesional sanitario que revisa y registra el Plan de Parto anote las observaciones sobre el mismo.

Tras la publicación de este documento, varias CCAA han venido desarrollando sus propios modelos de plan de parto. Cabe destacar la Comunidad Autónoma de Andalucía, que dispone de modelos para el Plan de Parto y Nacimiento⁴⁴ en diferentes idiomas (inglés, francés, árabe, chino, polaco y rumano), un aspecto importante este teniendo en cuenta la diversidad de personas provenientes de diferentes países, culturas y religiones que en multitud de ocasiones poseen una forma diferente de entender y afrontar el parto y el nacimiento.

El modelo de Plan de Parto desarrollado por el Servicio Canario de Salud, es la llamada *Guía para la Participación en la Planificación del Parto Normal* (Anexo 1). Para la elaboración de esta guía se tuvieron en consideración los siguientes documentos y páginas web:

- Estrategia de Atención al Parto Normal (MSC, 2007)
- Guía de Práctica Clínica sobre la asistencia al Parto de las Mujeres Sanas, OSTEBA Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (2010)
- Plan de Parto y Nacimiento, Sistema Sanitario Público de Andalucía (Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2009)
- www.midis.org (Servicio de recursos e información de Matronas para la ayuda en la toma de decisiones, Inglaterra)
- www.healthwise.org (página web con recursos para la ayuda en la toma de decisiones con respecto a la salud EEUU)
- www.decisionaid.ohri.ca (página web de ayuda a los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud en el Ottawa Hospital Research Institute, Canadá)
- www.mayoclinic.com (página web de la clínica Mayo, EEUU)⁴⁵.

Esta guía consta de dos partes, la primera de ellas compuesta por un documento de lectura que resume las diferentes situaciones y procedimientos que suelen presentarse a lo largo del proceso de parto normal, nacimiento y estancia hospitalaria, mientras que la segunda parte consta de unas hojas de ayuda para la planificación en la que la gestante puede señalar sus preferencias de acuerdo a la información dada en la guía.

Los contenidos de esta guía son similares a los propuestos por el Plan de Parto y Nacimiento del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, con algunas diferencias como por ejemplo la posibilidad de marcar la opción de administración de enema, si así lo deseara la embarazada, la posibilidad de utilizar el material de apoyo propio o del hospital, ofreciendo la posibilidad de elegir la ingesta de diferentes tipos de líquidos durante la dilatación o de decidir sobre la no administración de vacunas y otros medicamentos preventivos. Sin embargo, en este plan de parto no se ofrece a la usuaria la opción de expresar sus preferencias si se diera el caso de un parto instrumental o cesárea, ni hace referencia al proceso de traslado del paritorio a la planta de maternidad o la cohabitación con el recién nacido.

No obstante, a principios del año 2016, el Servicio Canario de Salud, a través de la Dirección General de Programas Asistenciales, ha reeditado la Cartilla de Salud de la Embarazada con el objetivo de mejorar sus contenidos. En esta cartilla se incluye el Plan de Parto y Nacimiento publicado por el Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad.

Existen también otros modelos de plan de parto, igualmente válidos, como por ejemplo el propuesto por la FAME, en su Iniciativa al Parto Normal. En este caso se trata de un documento con opciones cerradas donde la usuaria puede contestar sí o no a las diferentes intervenciones que se realizan durante la asistencia al parto ⁴⁶. De igual forma, un documento escrito realizado por la mujer embarazada donde exprese sus preferencias sería también válido. Existen varias webs donde se pueden encontrar plantillas o recomendaciones para su redacción ^{47, 48, 49}.

En líneas generales, se recomienda elaborar un documento corto y conciso, redactado en términos positivos. Además, se anima a las mujeres a informarse y visitar las instalaciones del hospital donde darán a luz para conocer la oferta de prestaciones y así poder tomar decisiones realistas basadas en un conocimiento previo ⁵⁰.

1.8. FACTORES FAVORECEDORES Y LIMITANTES DEL PLAN DE PARTO

El plan de parto puede convertirse en una oportunidad para que las mujeres exploren su historia personal, sus sentimientos, deseos y miedos. En este sentido, algunos autores encuentran los planes de parto como una herramienta para ayudar a los futuros padres a aprender acerca del proceso del nacimiento y facilita la oportunidad de discutir e identificar sus deseos y necesidades con los profesionales sanitarios encargados de su atención, al tiempo que la toma de decisiones informadas puede aumentar su capacidad y autoestima ⁵⁰.

Otros efectos positivos del plan de parto son el permitir a la mujer ejercer un mayor grado de control durante el parto y facilitar una mejor comunicación entre la gestante y el profesional sanitario, posibilitar la individualización de los partos y el reconocimiento de la participación activa de la gestante y de su acompañante. No obstante, para ello es preciso que exista una disponibilidad de diálogo y de discusión flexible por parte de los usuarios y los profesionales sanitarios, por lo que es necesario la capacitación de estos últimos y disponer del tiempo necesario para una comunicación proactiva ⁵¹.

También se han descrito beneficios asociados al plan de parto en el plano obstétrico, como mayores tasas de partos eutócicos, aumento del “contacto piel con piel” y el pinzamiento tardío del cordón umbilical, beneficios que redundan directa e indirectamente en la disminución del gasto sanitario y las hospitalizaciones tanto de la mujer como del recién nacido ⁵².

Los planes de parto conllevan otros beneficios asociados, como demuestra el uso que hacen de él en Birmingham (Reino Unido), donde estos documentos son utilizados por mujeres que han tenido un desgarro de tercer o cuarto grado en partos anteriores, ya que se suelen asociar a esta complicación secuelas físicas y psicológicas a largo plazo. En este caso, gracias a ellos se provee de información sobre los cuidados que necesitan durante el parto y postparto con el objetivo de disminuir sus temores ⁵³.

Sin embargo, los planes de parto también presentan algunos aspectos negativos. Determinados estudios ponen en duda la idoneidad en cuanto a los niveles de satisfacción de las mujeres que presentan planes de parto, encontrando que las madres que han diseñado un PP muestran más sentimientos de decepción y frustración al desarrollar ciertas expectativas sobre cómo sucederá el parto, respecto a las madres sin plan de parto, ya que estas, a priori, son menos exigentes a la hora de planificar su parto y se dejan llevar más por la improvisación en función del desarrollo de los acontecimientos ³⁶.

Además, en algunas ocasiones los planes de parto pueden resultar impersonales y poco significativos, especialmente cuando la información de la que se parte no es del todo adecuada, reflejando prácticas rutinarias que ya no se realizan o bien incluyendo prácticas desaconsejadas por la evidencia científica ⁵⁰.

Respecto al uso de este documento en gestantes de alto riesgo, autores como Berg *et. al.* cuestionan su idoneidad, ya que la alta vulnerabilidad que presentan estas mujeres, en muchas ocasiones, justifican un nivel estricto de control y atención que descarta muchas de las opciones que ellas mismas han plasmado en sus planes de parto, generándoles en ocasiones sentimientos de “mala madre”, si dicho plan fue producto de una inadecuada información recibida por la mujer ⁵⁴.

A pesar de que los planes de parto fueron creados con la finalidad de mejorar la comunicación entre las usuarias y los profesionales sanitarios, en algunas ocasiones la presentación de este documento puede generar tensión y empeorar las relaciones con el personal sanitario, causando irritación y malestar debido a que pueden desarrollar la sensación de pérdida de autoestima, al sentir que con el plan de parto se le está cuestionando toda su formación y juicio profesional.

En un estudio realizado por matronas residentes de la Unidad Docente de Matronas del HUNSC en 2015⁵⁵, se analizaron las barreras y aspectos facilitadores del desarrollo del Plan de Parto desde la perspectiva de las mujeres y los profesionales sanitarios que prestan asistencia a la embarazada (tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada).

Las gestantes y profesionales participantes en dicho estudio coincidieron en que los planes de parto pueden aportar tranquilidad y disminuir la ansiedad de las mujeres, y que este les hace reflexionar a la hora de enfrentarse al parto. Sin embargo, algunos profesionales sanitarios manifestaron que los objetivos del plan de parto no están clarificados y que sus contenidos, en muchas ocasiones, corresponden a prácticas que se realizan de forma rutinaria en el hospital, aunque algunos aspectos son de difícil cumplimiento debido a la organizativa del centro.

En cuanto a la elaboración del Plan de Parto, las mujeres entrevistadas expresaron que conocieron dicho documento a través de la matrona de Atención Primaria o porque alguna amiga lo había realizado, y que en ocasiones ampliaban la información a través de internet o preguntaban dudas a su matrona. Respecto a este punto, algunos profesionales entrevistados apuntaron que no consideraban los planes de parto realistas, ya que en muchas ocasiones la información era obtenida de internet y además añadieron que el personal encargado de dárselo induce a las mujeres a solicitar determinadas cosas.

En cuanto al proceso de entrega, ambos grupos coincidieron en la importancia de entregar el documento por escrito y previamente al parto, aunque la respuesta del hospital a dicha entrega es ambigua.

Respecto a los contenidos del plan de parto, las mujeres comentaron que los aspectos más solicitados de dicho documento son los métodos para el alivio del dolor, intimidad, acompañamiento de la pareja y lactancia materna. Además, opinaron que los contenidos relacionados con el cuidado del recién nacido eran poco claros. En este sentido, profesionales y mujeres coincidieron en que era necesario clarificar la información contenida en dicho documento sobre la administración de vitamina k y vacunas.

En lo concerniente al cumplimiento del plan de parto, los profesionales manifestaron que las mujeres reaccionan al incumplimiento del mismo con frustración. Sin embargo, las mujeres apuntaron que no se frustrarían si el plan de parto se incumple por motivos clínicos siempre y cuando estuvieran informadas, aunque sí tendrían sentimientos negativos si percibieran que el

plan de parto no se cumple por desinterés profesional hacia el mismo. Ambos grupos indicaron que el cumplimiento o no del plan de parto depende del profesional que atienda el parto.

Las autoras de dicho estudio elaboraron una serie de recomendaciones para poder salvar las barreras que el plan de parto pudiera presentar, entre las cuales se encuentran la formación de comisiones entre profesionales sanitarios de Atención Primaria y Atención Especializada con el objetivo de unificar la información que se le oferta a la embarazada, la modificación del actual documento Plan de Parto incluyendo opciones realistas de los recursos que se ofertan en cada hospital y la proporción de una respuesta individualizada al Plan de Parto una vez entregado en el hospital.

Otros autores también proponen medidas similares, como el fomento de la formación continuada así como de las habilidades comunicativas de los profesionales sanitarios para poder establecer con éxito relaciones de confianza entre las usuarias y el personal sanitario, así como garantizar el acceso a una información adecuada con el objetivo de que las mujeres realicen un documento realista y flexible que se adecúe al momento para evitar sentimientos de frustración cuando debido a las circunstancias no sea posible cumplir con todo lo contenido en él ^{34, 35, 52, 56}.

Por todo lo expuesto con anterioridad, parece conveniente estudiar las preferencias, necesidades, deseos y expectativas de las gestantes ante su inminente parto, y analizar los condicionamientos médicos, culturales y sociales que puedan influir en la elaboración y preparación del Plan de Parto, dada la relevancia de dicho documento para la práctica de los profesionales sanitarios que atienden a la mujer en un momento de tanta importancia como el nacimiento de un hijo, pues se trata de una herramienta valiosa que promueve la autonomía y aporta calidez a los cuidados brindados.

2. OBJETIVOS

El objetivo general de este estudio es conocer, analizar y describir el uso del documento Plan de Parto en nuestro entorno.

Los objetivos específicos son:

- ✓ Describir cómo es el proceso de elaboración y entrega de los Planes de Parto en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.
- ✓ Determinar cuál es el tipo de documento de Plan de Parto más utilizado por las mujeres de nuestro entorno.
- ✓ Conocer la distribución por municipios de las mujeres que presentan planes de parto.
- ✓ Conocer la voluntad y preferencias en torno al parto de las mujeres que han presentado dicho documento.
- ✓ Analizar si estas preferencias expresadas se adecúan con las prestaciones del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

En el presente estudio se empleó una metodología cuantitativa, con un modelo de estudio de tipo observacional descriptivo y un diseño transversal o de prevalencia.

Respecto al emplazamiento de la muestra, esta ha sido recogida en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Este es un hospital de tercer nivel y presta la asistencia recogida en su Cartera de Servicios a los beneficiarios del Servicio Canario de la Salud adscritos a las Zonas Básicas de Salud de: Adeje, Anaga, Añaza, Arico, Arona Costa I, Arona Costa II, Arona-Vilafior, Barranco Grande, Barrio de la Salud, Cabo Llanos-Mercado, Candelaria, Granadilla, Guía de Isora, Güímar, Los Gladiolos-Somosierra, Ofra-Delicias, Ofra-Miramar, Parque Marítimo, Salamanca-Duggi, Santiago del Teide, Tíncer y Toscal Centro. También es el hospital de referencia para los hospitales de La Gomera y de El Hierro para especialidades médicas y quirúrgicas no disponibles en estos centros. La población asignada a este hospital es de 451.922 personas (TSI a 31 de diciembre 2014).

La muestra está conformada por los planes de parto que han sido entregados en este hospital entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2016. El tamaño muestral ha sido de 267 planes de parto.

En relación al procedimiento de recogida de la muestra, se procedió en primer lugar a solicitar el permiso correspondiente a la Dirección de Enfermería de dicho hospital y posteriormente se contactó con el Servicio de Admisión de Atención al Usuario para acceder a las copias de los planes de parto presentados. Desde este servicio se facilitó una lista en la que constaban los planes de parto presentados durante el 2016, en total 217.

Para garantizar la confidencialidad y protección de los datos personales de las usuarias, se procedió a la anonimización de la muestra mediante la asignación de un código numérico a cada documento de plan de parto.

Con el fin de describir el perfil y preferencias de las usuarias que han entregado su Plan de Parto, se registraron las siguientes variables:

- Edad (en el momento de la entrega del PP).
- Lugar de residencia (medio rural o urbano).
- Municipio de procedencia.
- Tipo de documento de PP presentado.
- Preferencias respecto a:
 - ✓ Aspectos generales
 - Intimidad.
 - Espacio físico
 - El acompañamiento durante el parto
 - Necesidad espacial por discapacidad
 - Presencia de barrera idiomática
 - ✓ Decisiones a afrontar durante la dilatación
 - La ingesta de líquidos
 - El uso de hidroterapia
 - Rasurado
 - Administración de enema
 - Canalización de vía venosa
 - Sondaje vesical
 - Monitorización
 - Tactos vaginales
 - Amniorraxis
 - Métodos para el alivio del dolor.
 - ✓ Decisiones a afrontar durante el expulsivo
 - Movilidad y lugar del parto.
 - Uso de material de apoyo.
 - Episiotomía.

- Corte del cordón.
- Contacto precoz.

- ✓ Decisiones a afrontar después del parto
 - Alimentación del recién nacido.
 - Vacunación y otros medicamentos profilácticos.
 - Higiene del recién nacido.
 - Separación del recién nacido.

También se registraron algunas observaciones de interés que las mujeres gestantes han expresado en su documento de Plan de Parto que no estaban contenidas en las variables anteriormente descritas.

Respecto al procesamiento y análisis de los datos, la muestra ha sido descrita resumiendo las variables nominales con la frecuencia relativa de sus categorías y las variables de escala mediante la media. Los cálculos de estas variables se realizaron con la ayuda del paquete estadístico de ordenador personal SPSS versión 22.0 de IBM Co. Chicago Illinois para entorno Windows.

4. RESULTADOS

4.1 PROCESO DE ELABORACIÓN Y ENTREGA DEL PLAN DE PARTO

El documento Plan de Parto suele ser facilitado por la matrona de Atención Primaria, bien durante las consultas de seguimiento del embarazo o bien durante las clases de educación maternal. Una vez elaborado por la gestante y su acompañante, este es entregado y registrado en la Oficina de Atención al Usuario de dicho hospital, entrega que se puede realizar físicamente o vía telemática (fax o correo electrónico). Tras ser entregado, se realiza una copia que queda archivada en el expediente de la usuaria y se envía el documento original a la Dirección de Enfermería y al Jefe de Ginecología y Obstetricia. Posteriormente, el Jefe de Sección de Perineonatología se encarga de leerlo y de enviar una respuesta de forma estandarizada a la usuaria por correo ordinario (Anexo 2) y se traslada el documento al Servicio de Partorio donde una vez que ingresa la mujer en trabajo de parto se reclama y se adjunta a la historia. En ese momento los profesionales que atienden a la mujer deben leer el documento y confirmar con ella y su acompañante lo contenido en él. Al concluir el parto, este documento se traslada al Servicio de Neonatología y queda guardado en la Historia del recién nacido.

4.2. REGISTRO DE DATOS

El registro de datos se realizó entre el 12 de mayo de 2017 y el 07 de julio de 2017, obteniéndose una muestra de 267 planes de parto, lo que supone el 9.2% del total de partos que tuvieron lugar durante el año 2016 en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Respecto al lugar de procedencia de las mujeres que han presentado planes de parto en el año 2016, Santa Cruz de Tenerife y Granadilla presentan los más altos porcentajes de participación, con un 38 % y 27%, respectivamente. En menor cantidad le siguen Güímar (7%), El Rosario (4%), San Miguel (9%), Arona (4%) y Candelaria (3%). Otros municipios tienen una tasa de participación menor al 1% como Arafo, Adeje, Guía de Isora y Santiago del Teide.

Municipio de residencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Santa Cruz	102	38,2	38,2
	La Laguna	5	1,9	1,9
	El Rosario	11	4,1	4,1
	Candelaria	9	3,4	3,4
	Arafo	2	,7	,7
	Güímar	19	7,1	7,1
	Fasnia	2	,7	,7
	Arico	8	3,0	3,0
	Granadilla	72	27,0	27,0
	San Miguel	23	8,6	8,6
	Arona	10	3,7	3,7
	Adeje	1	,4	,4
	Guía de Isora	1	,4	,4
	Santiago del Teide	1	,4	,4
	Santa Úrsula	1	,4	,4
	Total		267	100,0

En relación al tipo de documento más empleado por las usuarias para presentar su plan de parto, este ha sido el desarrollado por el Servicio Canario de Salud (Anexo 1) en un alto porcentaje (90%), seguido por el propuesto por el Ministerio de Sanidad y Consumo (6%) y, en último lugar, por orden de frecuencia, otros documentos redactados por las propias usuarias (5%).

Tipo de documento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	SCS	239	89,5	89,5
	Ministerio de Sanidad	15	5,6	5,6
	Otros formatos	13	4,9	4,9
	Total	267	100,0	100,0

En lo concerniente a aspectos generales del documento y de la asistencia al parto, varias gestantes han expresado la necesidad de recibir información adecuada acerca del mismo así como la importancia de que sea pedido su consentimiento previo a la realización de determinadas técnicas.

- ◆ PP 030 «Deseo estar informada sobre la evolución del parto y que se me haga partícipe de las decisiones sobre el mismo.»
- ◆ PP 057 «Deseo estar informada sobre la evolución del parto y participar en las decisiones sobre el mismo.»
- ◆ PP 101 «Exijo información sobre cada paso del proceso tanto a mi persona como a mi pareja, recalando esto debido a que en un primer embarazo no se cumplió lo anteriormente señalado, se me rompió la bolsa sin mi consentimiento y sin el instrumental apropiado. Quiero señalar que se tomarán medidas judiciales si no se respeta lo que en este documento se señala.»
- ◆ PP 124 «La matrona que me atiende me dio este formulario para rellenar y no me explicó absolutamente nada. Simplemente me lo puso en frente y dijo: "rellénalo y tráelo al mostrador lo antes posible para enviarlo". Muchos de los recuadros no sabía que debía de poner ni con qué contaban las instalaciones de la Candelaria y tuve que andar preguntando de aquí para allá.»
- ◆ PP 157 «Deseo que no se facilite ningún tipo de información sobre mi persona a nadie que la solicite, bien personal o telefónicamente, alegando ser profesional y/o familiar, sin mi consentimiento previo, prevaleciendo así mi derecho al carácter confidencial de los datos referentes a mi salud. Que no se permita la intervención ni la presencia de ningún

profesional ajeno al servicio y que haya sido llamado por familiares, aún aleguen estos familiares ser profesionales de la salud.»

- ◆ PP 170 “toda información sobre evolución del posparto se me dará a mí, la madre y en caso de que yo no esté consciente a mi pareja”
- ◆ PP 181. «Me gustaría estar informada de todo el proceso en todo momento, que no se tomen decisiones sin consultarme así como que se mantenga informado en todo momento a mi marido y a mi tía de cualquier toma de decisiones.»
- ◆ PP 234 «“Estar informada en todo momento sobre la evolución del parto y se me haga partícipe de las decisiones del mismo.»
- ◆ PP 257 «Me gustaría tener contestación escrita por parte del hospital confirmando que todo lo que solicito es posible en este centro y de no serlo conocer si el centro pone a mi disposición alguna otra opción.»

En relación a la participación del personal en la asistencia al parto un 9% de las mujeres manifiestan que les gustaría que en su parto estuvieran el mínimo número de personas necesarias y un 2% de ellas se oponen a ser atendidas por profesionales sanitarios en formación. Un 3% de ellas solicitan ambas cosas, no obstante el 86% no manifestaron sus preferencias respecto a este tema.

Intervención de otras personas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Se opone a la participación de personal en formación	6	2,2	15,8
	Participación del mínimo número de personas posibles	24	9,0	63,2
	no personal en formación y mínimo número de participantes	8	3,0	21,1
	Total	38	14,2	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	229	85,8	
Total		267	100,0	

En algunos casos, aunque no se opusieran a la participación de personal en formación sí expresaron la necesidad de ser informadas de este hecho y de solicitar su consentimiento.

- ◆ PP 030 «Deseo que todo profesional que me atienda se presente y me explique el motivo de su presencia y que en la medida de lo posible me atienda la misma persona durante todo el proceso. Deseo ser informada si voy a ser atendida por profesionales en período de formación. Si es el caso se solicitará su consentimiento. Deseo dar a luz en un ambiente tranquilo e íntimo. En caso de querer estar presentes otras personas en mi parto, se solicitará mi consentimiento.»
- ◆ PP0 44. «Deseo contar solo con el personal necesario, también solicitamos que el personal de salud respete nuestra necesidad de silencio y eviten cualquier referencia a "dolor", "sufrimiento", "labor dura". Permitir que la labor siga su curso natural sin comentarios sobre "apurar las cosas" o "acelerar la labor"»
- ◆ PP 057 «Deseo ser informada si voy a ser atendida por profesionales en período de formación. Deseo conocer el nombre y profesión de las personas que me van a atender»
- ◆ PP 129 «Identificación de todo el personal que esté presente. Deseo ser informada de la presencia de personal en formación y que se solicite mi consentimiento.»

Otro testimonio recogido fue la solicitud de elección del personal sanitario:

- ◆ PP 004. «Deseo tener la libertad de poder elegir cambio de profesional si me percató de alguna incompetencia.»

En relación al ambiente y espacio físico, un 12% de mujeres solicitaron escuchar música relajante y un 3% mantener una iluminación de intensidad baja. Un 13% solicitaron ambas cosas. Cabe destacar que un 7% de las mujeres solicitaron una habitación individual para ella y su acompañante.

Ambiente y espacio físico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Luces bajas	8	3,0	8,6
	música relajante	32	12,0	34,4
	Luces bajas + música relajante	35	13,1	37,6
	Habitación individual	18	6,7	19,4

	Total	93	34,8	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	174	65,2	
Total		267	100,0	

Respecto al acompañamiento, un alto porcentaje de mujeres manifestaron que desearían estar acompañadas por su pareja (98%) y en menor número por un familiar (3%). Además, 14 mujeres (5%) solicitaron que su acompañante pudiera estar con ellas en caso de que fuera una cesárea. Cabe señalar que un 99% de las mujeres mostraron su preferencia respecto a este ítem en los documentos presentados.

- ◆ PP 030 «En caso de parto instrumental (fórceps o ventosa) deseo estar acompañada por mi pareja en todo momento. En caso de que mi pareja no pueda estar presente, quiero que se informe del motivo y que se haga constar en la Historia Clínica.»
- ◆ PP 157 « En caso de cesárea, deseo estar acompañada por la persona que yo elija TODO el tiempo, incluyendo durante la preparación y la aplicación de anestesia, así como el resto del proceso quirúrgico.»
- ◆ PP 185 «En caso de que yo esté indispuesta después del parto, incluyendo si me hacen cesárea, me gustaría que los cuidados y todo el tiempo que se pueda lo pasara mi pareja, que le den información y lo ayuden pero que sea él quien se encargue del niño».

Acompañamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	acompañamiento pareja	262	98,1	98,9
	Acompañamiento familiar	3	1,1	1,1
	Total	265	99,3	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	2	,7	
Total		267	100,0	

En relación a la presencia de necesidades especiales por discapacidad, solo una mujer manifestó que las tenía, sin especificar cuál.

Necesidades especiales por discapacidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Presenta alguna necesidad	1	,4	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	266	99,6	
Total		267	100,0	

En lo concerniente a las barreras idiomáticas 3 mujeres señalaron la necesidad de la presencia de un traductor (1%)

Necesidad de traductor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Necesita traductor	3	1,1	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	264	98,9	
Total		267	100,0	

Respecto a la ingesta de líquidos durante el proceso de parto, un 93% de mujeres expresaron su deseo de hacerlo, de ellas 68% son indiferentes al tipo de líquido y un 29% señalaron el agua.

Ingesta de líquidos o de comida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	agua	71	26,6	28,7
	bebida isotónica	7	2,6	2,8
	zumos	1	,4	,4
	cualquiera	168	62,9	68,0
	Total	247	92,5	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	20	7,5	
Total		267	100,	

En relación al uso de hidroterapia, este también fue solicitado por un alto número de mujeres (83%), de ellas un 72% prefirió la ducha frente el 9% que prefirió la bañera.

Uso de bañera o ducha

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Bañera	23	8,6	10,4
	Ducha	191	71,5	86,0
	marca ambas	8	3,0	3,6
	Total	222	83,1	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	44	16,5	
	Sistema	1	,4	
	Total	45	16,9	
Total		267	100,0	

En relación a las técnicas habituales que se realizan con frecuencia durante la asistencia al parto, un alto número de mujeres no expresaron sus deseos. Dentro de estas cabe destacar que un 24% de mujeres solicitaron la no canalización de vía periférica, a menos de que esta fuera estrictamente necesaria así como también un 24% de las mujeres solicitaron que les fuera administrado un enema previo al parto.

Canalización de vía venosa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Si permite expesamente	5	1,9	7,2
	No permite	64	24,0	92,8
	Total	69	25,8	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	198	74,2	
Total		267	100,0	

Enema previo al parto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Si desea enema	63	23,6	82,9
	No desea enema	13	4,9	17,1
	Total	76	28,5	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	191	71,5	
Total		267	100,0	

Rasurado del vello

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Desea rasurado	1	,4	9,1
	No desea rasurado	10	3,7	90,9
	Total	11	4,1	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	255	95,5	
	Sistema	1	,4	
	Total	256	95,9	
Total		267	100,0	

Sondaje vesical

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	No lo permite, si no es necesario	8	3,0	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	259	97,0	
Total		267	100,0	

Rotura de la bolsa amniótica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	No lo permite expresamente, si no es necesario	16	6,0	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	250	93,6	
	Sistema	1	,4	
	Total	251	94,0	
Total		267	100,0	

Realización de episiotomía

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	si lo permite	1	,4	5,3
	No lo permite, si no es necesaria	18	6,7	94,7
	Total	19	7,1	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	246	92,1	
	Sistema	2	,7	
	Total	248	92,9	
Total		267	100,0	

Monitorización y bienestar fetal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Desea monitorización intermitente	9	3,4	69,2
	Desea monitorización externa	1	,4	7,7
	No desea monitorización interna expresamente	1	,4	7,7
	Desea monitorización intermitente y externa	2	,7	15,4
	Total	13	4,9	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	254	95,1	
Total		267	100,0	

Tactos vaginales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Mínimos posibles	13	4,9	81,3
	No personal en formación	1	,4	6,3
	mínimos posibles y no personal en formación	2	,7	12,5
	Total	16	6,0	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	251	94,0	
Total		267	100,0	

En relación al manejo del dolor y la administración de medicación, este fue contestado por un amplio número de gestantes, en concreto por un 94%, siendo la opción “deseo esperar a tomar la decisión” la preferida por las mujeres (62%), seguida del deseo de administración de epidural (23%), las que no desean el uso de analgesia epidural (9%) y en un número reducido aquellas mujeres que solicitan el empleo de otros métodos (1%):

- ◆ PP 238 «Deseo que me permitan tomar homeopatía recetada por mi médico homeópata. Deseo que me permitan ser acupunturada o moxada por mi acompañante en el punto 67 (dedos meñiques de los pies)»
- ◆ PP 264 «Me gustaría también sugerir que se puedan implantar otros métodos alternativos para mitigar el dolor como el óxido nitroso.»

Administración de analgesia y manejo del dolor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Desea epidural	60	22,5	23,9
	No desea epidural	23	8,6	9,2
	Desea esperar decisión	165	61,8	65,7
	Desea otros métodos	3	1,1	1,2
	Total	251	94,0	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	16	6,0	
Total		267	100,0	

Respecto a la movilidad durante el parto, un 44% de mujeres manifestaron su deseo de poder moverse libremente (sumatorio de las categorías 1 y 3). Un 14% prefirió las posturas verticales frente al 8% (sumatorio de las categorías 2 y 3) que prefirieron estar tumbadas o en la cama. Además un 2% señaló expresamente que deseaban la postura ginecológica clásica (litotomía) en el momento del expulsivo.

Movilidad durante el parto				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	1. Desea libertad de movimiento	100	37,5	62,1
	2. Posturas verticales	17	6,4	10,6
	3. Movimiento libre y posturas verticales	19	7,1	11,8
	4. Tumbada/cama	20	7,5	12,4
	5. Litotomía	5	1,9	3,1
	Total	161	60,3	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	105	39,3	
	Sistema	1	,4	
	Total	106	39,7	
Total		267	100,0	

El uso de material de apoyo durante el parto, fue otro de los aspectos más solicitados por las mujeres en sus planes de parto (89%). Más de la mitad de mujeres (68%) se decantaron por elegir varios de los materiales propuestos.

Uso de material de apoyo para el parto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	1. Pelota	49	18,4	20,6
	2. Cuerdas	2	,7	,8
	3. Cojines	3	1,1	1,3
	4. Espejo	1	,4	,4
	5. Solicita varios	183	68,5	76,9
	Total	238	89,1	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	29	10,9	
Total		267	100,0	

En cuanto al pinzamiento del cordón umbilical, el 93% de las mujeres que han presentado planes de parto han manifestado sus preferencias. De ellas, un 71% (sumatorio de las categorías 2 y 5) han indicado que les gustaría que su acompañante cortara el cordón, un 9% (sumatorio categorías 2 y 5) desean la realización de un pinzamiento tardío y un 14% manifiestan que desean la recogida de sangre de cordón umbilical para su donación. Cuatro de estas mujeres indicaron que deseaban recogerla para uso privado y que aportaban el kit de la empresa elegida para ello.

Pinzamiento de cordón

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	1. Corte por ella misma	7	2,6	2,8
	2. Corte por la pareja	176	65,9	71,3
	3. Desea recoger SCU	39	14,6	15,8
	4. Desea pinzamiento tardío	11	4,1	4,5
	5. pinz.tardío + corte pareja	14	5,2	5,7
	Total	247	92,5	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	20	7,5	
Total		267	100,0	

El contacto precoz piel con piel con el recién nacido tras el nacimiento fue solicitado, expresamente, por el 38% de las mujeres. De ellas, un 12% solicitaron que este también fuera realizado en quirófano (en el caso de cesárea). Además de solicitarlo, muchas de las mujeres

añadieron que en el caso de que ellas no estuvieran en condiciones de realizarlo este fuera realizado por su acompañante.

- ◆ PP 160 «Quisiera que hubiera contacto piel con piel aun siendo cesárea, si no pudiera ser conmigo pues con su padre.»
- ◆ PP 183 «Quisiera en caso de que me tuvieran que hacer cesárea y yo no pudiera practicar el piel con piel por causas médicas, lo pudiera hacer mi pareja. Mantener la relación piel con piel con su padre. Gracias».

Contacto precoz piel con piel

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	1. Desea contacto precoz	70	26,2	68,0
	2. Añade contacto precoz en quirófano	33	12,4	32,0
	Total	103	38,6	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	164	61,4	
Total		267	100,0	

La alimentación del recién nacido, también ha sido una variable en la que un alto número de mujeres ha manifestado sus preferencias (99%), presentando la elección de la lactancia materna el mayor porcentaje con un 94% (sumatorio categoría 1 y 4) frente a la elección de lactancia artificial por el 2%. Además, un 6% de mujeres ha manifestado el deseo de recibir información sobre lactancia materna y grupos de apoyo. Por otro lado, cinco de las mujeres que han manifestado su deseo de dar lactancia materna indicaron que en el caso de que su recién nacido no pudiera ser amamantado desearían que el alimento no fuera dado por medio de biberón.

- ◆ PP 160 «Desearía que el bebé esté con nosotros desde el minuto 1 e iniciar la lactancia materna lo antes posible, evitando suministro de biberón. En el caso de que sea necesario, optando por alimentar con jeringuilla o vaso. Todo esto siempre y cuando las circunstancias lo permitan y siendo informada en cada momento de todo el proceso y de las medidas a tomar.»

- ◆ PP 185 «En caso de no poder amamantar a mi hijo, no me gustaría que las tomas se le administren con biberón, me gustaría que los utensilios fueran aquellos que ayuden a la lactancia una vez yo pueda darle.»
- ◆ PP 210 «En caso de necesitar administrar leche de fórmula se ruega hacerlo con jeringa o vaso, nunca con biberón.»
- ◆ PP 216. «En el caso de que el bebé no coja bien el pecho al principio, me gustaría depositar el calostro en algún recipiente que me faciliten y dárselo al bebé con ayuda de una jeringa.»
- ◆ PP 246. «En caso de administrar leche artificial deseo que sea dada en vaso o en jeringa.»
- ◆ PP 178 «Solicito ayuda y consejos de lactancia materna por parte de la matrona desde el primer momento hasta el alta hospitalaria.»
- ◆ PP 258 «Tengo tratamiento permanente con Lumina 0.1 por epilepsia post-traumática, el cual no he podido dejar durante el embarazo y mi especialista en Neurología me ha recomendado no dar lactancia materna sino artificial. Tengo dudas al respecto y quisiera saber si después del parto el facultativo correspondiente me puede orientar sobre ello.»

Preferencias respecto alimentación RN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	1. Desea lactancia materna	237	88,8	89,8
	2. Desea lactancia artificial	6	2,2	2,3
	3. Desea tomar decisión más adelante	6	2,2	2,3
	4. Desea lactancia materna y además información sobre grupos de apoyo	15	5,6	5,7
	Total	264	98,9	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	3	1,1	
Total		267	100,0	

En lo concerniente a la administración de vacunas, un 28% de las mujeres manifiestan que desea la administración de vitamina K por vía oral frente al 11% que lo prefiere vía intramuscular, mientras que el 2% indica que no desean la administración de ningún tipo de vacuna ni medicamento profiláctico. Más de la mitad de las mujeres no han manifestado expresamente su voluntad respecto a este tema. En este sentido una de las mujeres afirmaba que:

- ◆ PP 010. «Mi duda es sobre la vacunación y vitaminas a mi bebé. He tenido dos y nunca me han hablado de ello.»

Así mismo varias mujeres indicaron que deseaban llevar a cabo una técnica conocida como tetanalgesia para mitigar el dolor de los recién nacidos a la hora del suministro de estos fármacos.

- ◆ PP 087 «Deseo que se le realice la prueba del talón y vitamina K mientras le estoy dando el pecho.»
- ◆ PP 104. «Por indicación endocrina tendrán que hacer un análisis al bebé. Tanto en este momento como en la realización de la prueba del talón o cualquier otra quiero estar presente y quiero tener el bebé al pecho cuando le pinchen en los anteriores casos. »

Administración de vacunación y medicamentos preventivos en el RN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	1. Desea administración de vitamina K vía oral	75	28,1	68,2
	2. No desea vacunas ni medicamentos profilácticos expresamente	6	2,2	5,5
	3 Desea vitamina K vía intramuscular	29	10,9	26,4
	Total	110	41,2	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	157	58,8	
Total		267	100,0	

Respecto a la higiene del recién nacido, un alto número de mujeres expresaron sus preferencias (92%). De ellas, un 77% de las mujeres solicitaron ayuda, bien por parte de sus acompañantes (25%) o bien por parte del personal sanitario (52%).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	1. Desea realizar ella misma	12	4,5	4,9
	2. Desea que pareja o acompañante ayude	66	24,7	26,8
	3. Desea que los haga pareja o acompañante	16	6,0	6,5
	4. Desea que los ayude personal sanitario	140	52,4	56,9
	5. Desea que los haga personal sanitario	12	4,5	4,9
	Total	246	92,1	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	20	7,5	
	Sistema	1	,4	
	Total	21	7,9	
Total		267	100,0	

En relación a la cohabitación o separación del recién nacido de sus progenitores, un 30% de las mujeres indicaron que deseaban que sus recién nacidos estuvieran en todo momento con ellos y además estar presentes durante las pruebas rutinarias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	No desea separación del RN expresamente	79	29,6	100,0
Perdidos	no sabe/no contesta	188	70,4	
Total		267	100,0	

Otras de las solicitudes que se han presentado mediante los planes de parto ha sido la de la realización de ligadura bilateral de trompas en el caso de que el parto terminara en cesárea, lo que ha sido solicitado en concreto por tres mujeres. La grabación de imágenes y la toma de fotos del nacimiento fue otra de las demandas recogidas en los planes de parto de cinco gestantes, como en los siguientes testimonios:

- ◆ PP 030 «Deseo tomar fotos del nacimiento de nuestro hijo, puesto que tengo pleno derecho a tomar fotos de mi parto aunque hay carteles que lo prohíben. Si el personal no autoriza salir en las fotos, respetaremos su decisión pero ello no significa que no podamos tomar solamente fotos del nacimiento de nuestro hijo...en todo caso el personal no saldría en ellas.»
- ◆ PP 238 «Haciendo uso del pleno derecho a grabar imágenes de mi parto, deseado que mi acompañante pueda tomar alguna foto o vídeo del nacimiento, respetando por supuesto la intimidad del personal que me asiste.»

También se han recogido solicitudes en los planes de parto relacionadas con aspectos culturales y/o creencias personales como:

- ◆ PP 144 «Me gustaría pedir un favor al nacer mi hija ponerle una pulsera de tela roja con la inicial de su nombre de ella.»
- ◆ PP 223. «Quisiera que se le practicara la circuncisión en el momento del nacimiento.»

Por último, cabe destacar el uso del plan de parto que han hecho algunas mujeres para informar a los profesionales sanitarios sobre aspectos personales que les preocupan:

- ◆ PP 106 «Solicitamos especial sensibilidad respecto a los tiempos y bienestar fetal, ya que en el anterior parto, tras más de diez horas en paritorio y varias alertas de bradicardia, se practicó una cesárea de urgencia debido a una bradicardia prolongada. Se complicó una situación que originalmente era sencilla. Esto provocó un riesgo innecesario que pagó la bebé con 3 días en UCI. Rogamos no extremar la duración del parto buscando que sea natural, sino tener en cuenta los riesgos asumidos en el anterior parto.»

- ◆ PP 182 «Tengo un mioma que me preocupa, me gustaría que me informaran.»
- ◆ PP 243 «Me gustaría añadir que soy alérgica al huevo y como tal existen ciertos medicamentos que no se me pueden administrar (ejemplo propofol o lípidos nutrición parenteral). »

5. DISCUSIÓN

El documento Plan de Parto, a pesar de llevar más de 30 años en uso en los países anglosajones, no aparece en el Estado Español hasta principios de los años 2000, siendo a finales de dicha década cuando comienza a ganar oficialidad con publicaciones como la Estrategia de Atención al Parto Normal, publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, entre otras. A pesar del tiempo transcurrido, no parece gozar por el momento de mucha popularidad en nuestro entorno inmediato, pues solo el 9.2% de las mujeres que ha dado a luz en el Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria en el año 2016 presentaron un plan de parto previamente, cifras de participación que concuerdan con las publicadas en otros estudios.^{32,52}

En relación al registro y almacenamiento de los documentos, cabe destacar que la lista inicial de planes de parto facilitada por el Servicio de Atención al Usuario era de 217 documentos, por lo que se estima que 50 documentos no fueron registrados correctamente. Además, estos se encontraban almacenados en cajas junto a otro tipo de información sin un orden establecido, encontrándose algunos de los mismos incompletos.

Respecto al municipio de procedencia de las mujeres que han presentado plan de parto, se observa cierta correlación entre la densidad de población y el número de planes de parto presentados, si bien es cierto que dicha relación se ve afectada por la distancia al hospital de referencia. Así, en los casos de Arona y Adeje, pese al elevado número de habitantes, sólo se presentaron 10 y 1 planes de parto, respectivamente, circunstancia que podría explicarse porque un elevado porcentaje de embarazadas de esas zonas optan por dar a luz en los hospitales concertados del área y por la dificultad en la entrega del documento.

Tras el análisis de los modelos de planes de parto presentados se puede observar cómo la Guía para la Planificación del Parto Normal propuesta por el S.C.S. ha sido el más usado, por lo que se puede inferir que la mayor parte de las gestantes ha tenido acceso al mismo por medio de las matronas de Atención Primaria, pues son estas profesionales las que disponen de estos documentos en sus consultas.

A pesar de que los planes de parto podrían ser una herramienta que permitiera disminuir la barrera idiomática, este apenas ha sido utilizado por mujeres que expresamente indicaban que la tenían y que entre otras cosas solicitaban traductor. Cabe señalar que los documentos propuestos por el S.C.S y el Ministerio de Sanidad y Consumo solo se encuentran disponibles en castellano, lo que dificulta el acceso a los mismos por parte de las usuarias no hispanoparlantes.

En líneas generales, los planes de parto analizados en este trabajo estaban redactados en términos positivos y de forma sencilla, percibiéndose además cierta flexibilidad en las solicitudes requeridas tal y como recomiendan algunos autores⁵⁰. Sin embargo, cabe señalar que no pocos documentos se limitan a ser simples formularios rellenos con “cruces”, resultando estos impersonales y/o poco significativos. En contraposición, aquellos documentos presentados por mujeres que eran fruto de su propia redacción eran más ricos en cuanto a la expresión de deseos y necesidades personales, aunque también, en algunas ocasiones, eran redactados en términos más exigentes.

Respecto a los aspectos más solicitados en los planes de parto, han sido, por este orden, el acompañamiento por parte de la pareja durante todo el proceso (99.3%), las preferencias respecto a la alimentación del recién nacido (98.9%), las preferencias en el manejo del dolor (94%), la ingesta de líquidos durante el parto (92.5%), las preferencias respecto al corte y pinzamiento del cordón (92.5%) y las preferencias relacionadas con la higiene del recién nacido (92.1%).

Por otra parte, aquellos aspectos más relacionados con cuestiones técnicas como la realización de episiotomía (7%), la realización de tactos vaginales (6%), la rotura de bolsa (6%), la monitorización fetal (4.9%), el rasurado (4%) y la realización de sondajes vesicales (3%) son los que presentan las cifras más bajas de demanda. Estos resultados difieren a los obtenidos por otros estudios similares, como el realizado por Deering *et al.* donde las peticiones más comunes en los planes de parto eran poder caminar durante el parto, evitar la episiotomía y no usar medicamentos para el alivio del dolor.^{57,58}

Tras el estudio de los planes de parto presentados se objetiva que una de las demandas frecuentes de las usuarias es la necesidad de recibir información sobre el proceso por parte de los

profesionales sanitarios, siendo este un aspecto básico en cualquier relación asistencial y necesario para la participación de las mujeres en el proceso de toma de decisiones de su propio parto. En este sentido, es un elemento que reviste especial importancia, pues una mujer que carece de información se encuentra a su vez privada de la oportunidad de expresar su opinión y de decidir de forma conjunta con los profesionales sanitarios. La participación de las usuarias contribuye a generar una relación más igualitaria, donde el debate se genera en base a los conocimientos y expectativas de ambas partes, pero tratando de cumplir al máximo las necesidades y deseos de las usuarias. De este modo, las decisiones tomadas serán compartidas, consensuadas y asumidas co-responsablemente.^{16, 39}

Cabe resaltar que para poder llevar a cabo un uso correcto del Plan de parto y poder salvar las limitaciones del mismo es necesario haber recibido una información adecuada y realista sobre la naturaleza del mismo, de su objetivo y de sus contenidos, así como de las prestaciones que puede ofrecer el centro de referencia. De la misma manera, podría ser beneficiosa una respuesta previa individualizada por parte de dicho centro a cada usuaria, ya que actualmente la carta de respuesta es “estandarizada”, lo que podría generar falsas expectativas en las usuarias y la consecuente desilusión al no verse cumplidas sus demandas.

La protección de la intimidad reviste especial importancia para la gestante debido a que, por un lado, estas se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad física y psíquica y, por otro, es innegable que el parto es un acontecimiento relevante de la vida sexual de una mujer y las intervenciones que se realizan durante el mismo tienen lugar principalmente sobre sus órganos genitales y presentan un carácter especialmente intrusivo⁵⁹, por lo que son frecuentes las demandas por parte de las usuarias en las que expresan la necesidad de ser atendidas por el menor número de profesionales posibles, evitando así la presencia de espectadores innecesarios.

La participación de profesionales en formación en la asistencia al parto es algo habitual en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria por lo que no es de extrañar que algunas mujeres en sus planes de parto hayan expresado cierto recelo a ser atendidas por los mismos. A pesar de que este es un centro universitario, toda mujer tiene derecho a conocer y posteriormente

consentir o rechazar la participación de dichos profesionales, como estipula la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del paciente.

Otro aspecto muy demandado por las mujeres en los planes de parto analizados ha sido la necesidad de acompañamiento durante todo el proceso. El acompañamiento continuo es un elemento básico en la estrategia para la humanización del parto y este además tiene numerosos beneficios para las mujeres, pues diversos estudios han manifestado que las mujeres que recibieron apoyo continuo fueron menos proclives a tener partos vaginales instrumentales o partos por cesárea, a necesitar analgesia regional y además manifestaron haber vivido una experiencia más satisfactoria. Así pues, diversos documentos y guías recomiendan la promoción de políticas institucionales que permitan a la gestante elegir de forma libre a la persona que la acompañe de forma continuada durante todo el proceso del parto^{9,13,16,17,18}. El acompañamiento durante la cesárea también ha sido promovido en los últimos años, como así recomienda el Ministerio de Sanidad y Política Social en la publicación *Maternidad Hospitalaria Estándares y Recomendaciones* que aboga por facilitar, dentro de lo posible, la presencia del padre o acompañante junto a la mujer en el área quirúrgica, con las adecuadas normas de seguridad⁶⁰.

Según como estipulan, las Normas Básicas de Comportamiento en Paritorio del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria “la gestante podrá solicitar un acompañante durante su estancia, que deberá ser siempre el mismo y sin posibilidad de cambio, pudiendo solicitarse por parte del personal su salida en determinadas ocasiones, como durante la administración de la anestesia epidural, los partos instrumentales o la realización de exámenes vaginales y otras pruebas. En dicho centro no está permitido el acompañamiento de la gestante en el área quirúrgica durante la cesárea.”

El uso de métodos para el alivio del dolor, como la analgesia epidural es un elemento importante en los planes de parto. La percepción y valoración que el dolor tiene para cada persona genera distintas opiniones respecto al uso de la analgesia, siendo además un aspecto que comúnmente preocupa a las mujeres a la hora de enfrentarse a un parto⁶, por lo que no es de extrañar que esta haya sido una de las cuestiones que más se ha reflejado en los planes de parto analizados, donde más de la mitad de las mujeres ha optado por mantener una actitud conservadora a la hora de

tomar una decisión una vez llegado el momento. Esto podría ser debido, por un lado, a que en el momento de redactar dicho documento no tuvieron clara su postura o por miedo a que la anestesia epidural les fuera negada en el caso de decidir que no la querían y posteriormente cambiaran de opinión.

Respecto al análisis de otras de las solicitudes estudiadas y su adecuación con las prestaciones que ofrece el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria así como el Servicio Canario de Salud, encontramos que:

En relación al ambiente y espacio físico se puede observar que la mayoría de las demandas pueden verse satisfechas gracias a la infraestructura de los paritorios, pues permite la regulación de la intensidad de la luz y la reproducción de la música elegida por la gestante, ya que se trata de una habitación individual. Sin embargo, la solicitud de habitación individual durante la hospitalización no es posible, ya que la planta de maternidad solo dispone de habitaciones compartidas.

Respecto a la ingesta de líquidos y sólidos ligeros durante la dilatación, es algo que está recogido en el protocolo de Atención al Parto Normal del Servicio Canario de Salud, por lo que está permitido siempre y cuando no se presenten complicaciones durante el parto.¹⁸

La hidroterapia durante el parto es utilizada por las gestantes como método para el alivio del dolor, pero a pesar de que en el plan de parto se ofrece la posibilidad de elegir entre bañera o ducha, el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria sólo dispone de ducha y esta solo se permite utilizar durante la dilatación siempre y cuando no se presente alguna complicación o la necesidad de llevar a cabo una monitorización fetal continua.¹⁸

En relación a la movilidad y el uso del material de apoyo durante el parto, las recomendaciones del protocolo de Atención al Parto Normal del S.C.S. están en consonancia con las solicitudes de las usuarias, pues en este protocolo se recomienda la no adopción permanente del decúbito supino así como la deambulación de la gestante durante la dilatación y la adopción de la posición que desee durante el expulsivo, siempre que permita el control del bienestar materno-fetal, por lo que

en ocasiones esta libertad de movimiento se encuentra sujeta a criterio profesional. Además, el paritorio dispone de mesas de parto transformables, que permiten la adopción de diferentes posturas, más allá de la clásica postura de litotomía. Asimismo, cada paritorio cuenta con material de apoyo como pelotas, espejos y cojines que la mujer puede usar si así lo deseara.¹⁸

Otro de los aspectos en el que las mujeres han mostrado un gran interés ha sido el pinzamiento del cordón umbilical, donde un gran número de ellas ha manifestado que desearía que el cordón umbilical fuera cortado por su pareja o acompañante, siendo este un momento simbólico para ambos progenitores y que favorece la participación del otro progenitor en el nacimiento de su hijo/a. Otras mujeres, además, han solicitado que este pinzamiento sea realizado de forma tardía, en consonancia con las recomendaciones de la EAPN y el protocolo de Atención al Parto Normal del S.C.S., por lo que tanto el pinzamiento tardío como el corte por el acompañante son realizados de forma habitual en dicho hospital, a no ser que exista alguna situación que lo imposibilite. Sin embargo, otra de las demandas registradas, como la recogida de sangre de cordón umbilical para la donación, no es posible debido a que en la isla no existe actualmente ningún banco público que permita su almacenamiento, siendo posible la recogida sólo para uso privado por medio de determinadas empresas.

Las solicitudes relacionadas con técnicas y procedimientos que se realizan con frecuencia durante el parto, tales como los tactos vaginales, la monitorización del bienestar materno-fetal, la realización de sondajes vesicales, la canalización de vía venosa, el rasurado y la administración de enemas son, en líneas generales, acordes a lo que las guías de práctica clínica publicadas en los últimos años recomiendan y a su vez también se incluyen en el protocolo implantado por el S.C.S. Sin embargo, estas recomendaciones se encuentran sujetas a la adecuación con la situación individual de cada parto así como al criterio profesional. Destaca que a pesar de que la evidencia científica actual no recomienda el uso de enema de forma rutinaria previo el parto, un número importante de mujeres indicaron que deseaban que este les fuera administrado, bien sea porque constituye una costumbre arraigada o bien por el miedo o vergüenza a defecar ante otras personas.

Otras de las cuestiones más demandadas por las mujeres han sido aquellas relacionadas con el cuidado de su recién nacido, como la higiene y la alimentación del mismo, siendo esta última una

de sus mayores preocupaciones. Un 88% de las mujeres solicitaban que su recién nacido fuera alimentado solo con lactancia materna. Además, algunas indicaban que en el caso de que fuera necesario suministrar leche de fórmula esta fuera dada mediante dispositivos alternativos al biberón, mientras que otras solicitaron contar con información sobre los grupos de apoyo. En relación a este tema, el Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria viene trabajando en los últimos años en el fomento de la lactancia materna, iniciando en 2016 los trámites para adherirse a la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños. En este sentido, el Hospital cuenta actualmente con una Comisión Clínica de Lactancia que se encarga, entre otras cosas, de impartir cursos de formación y actualización para el personal del ámbito de la maternidad de dicho hospital.

En relación a las vacunas y a la administración de otros medicamentos profilácticos llama la atención que casi la mitad de las gestantes no ha manifestado su voluntad al respecto, siendo un número importante de ellas las que optaban por la administración de vitamina K por vía oral. Este resultado podría deberse a que en el documento propuesto por el S.C.S. este apartado aparece explicado de una forma un tanto compleja, como así ha expresado una de las usuarias y otros profesionales.

El contacto precoz piel con piel ha sido también motivo de interés por parte de las mujeres. Muchas de las que lo solicitaron añadieron que deseaban realizarlo en quirófano y que se permitiera la participación del acompañante. A su vez, un número considerable de mujeres solicitaron la permanencia del recién nacido junto a ellas así como la no separación durante el traslado a la habitación, algo que en los últimos años se viene practicando en dicho hospital, especialmente si la mujer lo ha indicado previamente en su plan de parto.

La grabación de imágenes y toma de fotografías durante el parto es algo cada vez más común en nuestro entorno, pues es una oportunidad de tener un recuerdo familiar de un momento tan significativo para la vida de las madres y padres, por lo que no es de extrañar que algunas mujeres hayan expresado esta solicitud en sus planes de parto. En las Normas Básicas de Comportamiento en Partorio se indica a este respecto que “no están permitidas las grabaciones dentro de la Sala de Partorio, con ningún tipo de aparato (cámaras de video o teléfono móvil).

Sólo se podrán realizar fotografías del recién nacido, una vez que el personal lo permita (previa consulta verbal)”. Por lo tanto, satisfacer esta demanda quedaría, a priori, en manos del profesional correspondiente.

El análisis de los planes de parto presentados ha puesto de manifiesto que las mujeres también lo han utilizado para otras demandas, como por ejemplo solicitar un método anticonceptivo, la ligadura de trompas, en el caso de que fuera realizada una cesárea, la solicitud de determinados aspectos ligados a las diferentes culturas o para expresar situaciones personales que les preocupan, lo que convierte al plan de parto en una herramienta más para disminuir la ansiedad de las mujeres al poder expresar sus inquietudes y ponerlas, con antelación, en conocimiento de los profesionales sanitarios.

Así pues, se podría decir que las demandas de las mujeres que han presentado Plan de Parto están mayoritariamente relacionadas con aquellos aspectos que puedan aportar una mayor calidez y confort a la asistencia al parto, como el acompañamiento y la participación de la pareja en el proceso, así como aquellas cuestiones relacionadas con el cuidado de su recién nacido. En cambio son poco demandantes en cuanto a otros aspectos técnicos, pues se podría sostener que las mujeres confían en la competencia y excelencia técnica del profesional. Esta excelencia constituye una fuente de seguridad⁶, pero no es suficiente para lograr una atención de calidad, por lo que es preciso ser conscientes y respetuosos con las necesidades individuales y preferencias de cada mujer para poder llevar a cabo un cuidado individualizado y personalizado que permita devolver el protagonismo a la mujer en su parto y que haga que esta experiencia vital sea vivida de la forma más positiva y satisfactoria posible.

6. CONCLUSIÓN

El Plan de Parto es una herramienta que favorece el ejercicio de autonomía de la mujer gestante, permitiéndole expresar y poner en conocimiento sus preferencias y necesidades individuales a los profesionales que las atienden. Para ello es necesario que estas reciban previamente la información adecuada y puedan contar con la ayuda de los profesionales sanitarios en la redacción del documento, con el objetivo de evitar que se convierta en una simple lista de intervenciones y que pueda adecuarse a la realidad de un parto, para así poder sortear las limitaciones que pueda presentar.

Los planes de parto no siempre están relacionados con la búsqueda de un parto natural, pues algunas de las peticiones que se hacen son propias de un parto más o menos medicalizado, lo que demuestra la diversidad en las necesidades y preferencias que tienen las mujeres en relación a su parto y crianza.

Las mujeres que presentan plan de parto, usualmente, son mujeres bien informadas que demandan mayoritariamente aspectos relacionados con el acompañamiento, el manejo del dolor y desean ser partícipes de las decisiones que se tomen respecto a su recién nacido e involucrarse en sus cuidados desde su nacimiento. Además, desean que los padres y/o acompañantes también sean tenidos en cuenta en el momento del parto y sean partícipes de los cuidados del recién nacido, lo que favorece la creación del vínculo paternal, la responsabilidad en la crianza y la adaptación al nuevo modelo familiar.

Para poder implementar de forma adecuada los planes de parto y poder satisfacer las demandas de las usuarias es necesaria la implicación individual de cada profesional sanitario, la posesión no solo de excelentes habilidades técnicas sino también de excelentes habilidades comunicativas y actitudinales. Así mismo, es preciso el desarrollo, por parte de las instituciones sanitarias, de políticas orientadas a ello. No sólo es conveniente adecuar las instalaciones, recursos materiales y protocolos sino también las cargas de trabajo, pues este último aspecto es importante a la hora de poder realizar unos cuidados lo más individualizados posibles.

También parece importante llevar a cabo mejoras respecto a la accesibilidad de los planes de parto, como por ejemplo el desarrollo de este documento en otros idiomas con el objetivo de poder mejorar la comunicación con la comunidad no hispanoparlante.

A su vez, es necesario fomentar la comunicación y la coordinación entre Atención Especializada y Atención Primaria, con el fin de poder dar una información adecuada y actualizada sobre las políticas y prestaciones que se ofrecen en el hospital de referencia, ya que es en este ámbito donde las gestantes y sus parejas toman contacto con el plan de parto. También parece importante la respuesta individualizada a cada plan de parto presentado por parte del hospital y la posibilidad de poder discutir y/o consensuar los contenidos del mismo de forma previa al parto con los profesionales sanitarios.

De igual forma, es necesaria una mejora en el registro y almacenamiento de los planes de parto presentados por parte de las usuarias. En este sentido sería útil la creación de un registro informático del documento para que conste en la Historia Clínica de la usuaria, de forma que pueda ser accesible a todos los servicios involucrados en su atención.

Un uso adecuado de los planes de parto podría convertir a estos en un elemento clave en la humanización de los cuidados durante el parto, pues este les permite expresar sus necesidades individuales y, a su vez, favorece la participación de la mujer y su acompañante en el parto, lo que les permitiría sentirse protagonistas del mismo y vivir de una forma plena y satisfactoria una experiencia vital tan trascendental para unos progenitores como es el nacimiento de un h

7. BIBLIOGRAFÍA

1. García Martínez MJ. Historia del arte de los partos en el ámbito familiar. Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades. 2008. 24 : 40-47.
2. Collière MF. Promouvoir la vie. París: Interditions, 1982. En: Goberna Tricas J, palacio Tauste A, Banús Giménez MR, Linares Sancho S, Salas Casas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. Matronas Prof. 2008; 9:5-10.
3. Towler, Jean y Bramall, Joan. Comadronas en la historia y en la sociedad. Barcelona. Masson, 1997.
4. Ortner S. Is female to male as nature is to culture?En: Rosaldo M, Lamphere L, editors. Woman, Culture and Society. Standford. Standford University Press. 1974 : 67-88.
5. O'Dowd MJ, Philipp EE. Historia de la ginecología y obstetricia. Barcelona. Edika Med, 1995.
6. Goberna Tricas J, palacio Tauste A, Banús Giménez MR, Linares Sancho S, Salas Casas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. Matronas Prof. 2008. 9 : 5-10.
7. Narotzky, S. Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid. 1995 : 58
8. Goberna-Tricás J. Medicalización de la vida y su relación con el número de matronas y el modelo formativo. Matronas Profesión. Sección Editorial; 13 (1) : 2-2.
9. Velasco Juez MC (Coord). Iniciativa al parto normal. Documento de consenso. Federación de asociaciones de matronas de España (FAME), 2007.

10. Rodríguez-Ferrer R.M., Feijoo Iglesias M.B., Magdaleno del Rey G., Pérez-Gay M.P., Vivanco Montes M.L. 2009. Revisión sobre mortalidad materna en España. III Congreso de la Asociación Andaluza de Matronas. Islantilla, Huelva. 22-24 de octubre de 2009.
11. Organización Mundial de la Salud, Mortalidad materna. Nota descriptiva. Septiembre de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
12. Goberna-Tricas J. Toma de decisiones en atención sanitaria a la maternidad: la voz de las mujeres. En: Boladeras M. ed. Bioética: la toma de decisiones. Barcelona. Proteus, 2011; 325-52.
13. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Lancet. 1985. 2: 436-7.
14. Department of Health. Changing Childbirth, vol. I. Her Majesty's Stationery Office. Londres. 1993. En: Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. Matronas Prof. 2013. 14 (2) : 62-66.
15. Defensor del Pueblo. España. Informe anual 2006.[Consultado el 05 de mayo de 2017] Disponible en: <http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentación/Publicaciones/anual/Documentos/INFORME2006informe.pdf>
16. Ministerio de Sanidad y Consumo (ES). Estrategia de atención al parto normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
17. Tristancho Ajamil R, Hernández Gallego MR, Barata Gómez T. Preparación a la maternidad y a la paternidad. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva (P.A.S.A.R). Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. Dirección General de Programas asistenciales. Servicio Canario de Salud. Las Palmas de Gran Canaria. 2009.

18. Naranjo Sintés V., Moreno Portela MV., Hernández Gallego MR. Protocolo de Atención al Parto Normal. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. Dirección General de Programas asistenciales. Servicio Canario de Salud. Las Palmas de Gran Canaria. 2010.
19. Ministerio de Sanidad y Política Social (ES). Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. 2010.
20. Hatem, M, Sandall J., Devane D., Soltani H., Gates S., Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Systematic Reviews. 2008
21. Obregón Gutiérrez N. Humanización del parto y cambios asistenciales: perspectivas de los profesionales. En : Boladeras Cucurella M, Goberna Tricás J. Bioética de la maternidad, humanización, comunicación y entorno sanitario. Edicions Universitat Barcelona. 2017: 127-136.
22. Biurrun A, Goberna Tricás J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*. 14 (2): 62-66.
23. Wagner M. El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto. *Medicina Naturista*. 2006. 10: 598-610.
24. Davis Floyd R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*. 75 : s5-s23
25. Kuo SC. Humanized childbirth. *Hu Li Za Zhi*. 52 (3) : 21-28.
26. Instituto Nacional de Estadística (2015). Indicadores demográficos básicos. Disponible en <http://ine.es>
27. Instituto Canario de Estadística (2015). Movimiento natural. Natalidad. Disponible en <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/>

28. Kitzinger S. Rediscovering birth. Pocket Books. New York. 2000 en: Lothian. J. Birth Plans: The good, the bad and the future. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2006. 35 (2) :295-303.
29. Lundgren I, Berg M, Lindmark G. Birth plan decision-making patterns of interaction. International Journal of Childbirth Education. 2003. 18(2):27-33. en: Molina-Fernández I, Muñoz-Sellés E. El plan de parto a debate ¿Qué sabemos de él? Matronas Prof. 2010. 11 (2):53-7.
30. Hasenmiller R. Do Birth Plans influence childbirth satisfaction? [Student projects] Philadelphia: Philadelphia University; 2001.
31. Kitzinger S. Sheila Kitzinger's letter from England: Birth plans. BIRTH. 1992. 19 (1) : 36-37.
32. Hidalgo Lopezosa P. Efectos del Plan de Parto en los resultados maternos y neonatales en el Servicio Público de Salud de Andalucía. Tesis doctoral. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. 2014.
33. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Observatorio de Salud de las Mujeres. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. 2011. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/planPartoIntro.htm>
34. Welsh J., Unique and proforma birth plans: A qualitative exploration of midwives' experiences. Midwifery. 2014,35 (1), 885-891
35. Aragon M., Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2013, 30 (11): 979-985

36. Higuero Macías J., Crespillo García E., Mérida Téllez J, Martín Martínez S., Pérez Trueba E., Mañón Di Leo J., Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. *Matronas Profesión*. 2013, 14 (3-4) : 84-91
37. Lundgren I, Berg M, Lindmark G. Is the childbirth experience improved by a birth plan? *J. Midwifery Womens Health*. 2003. 48 : 322-328.
38. Kaufman T. Evolution of the birth plan. *Journal of Perinatal Education*, 16 (3); 47-52
39. Seoane JA. Bioética y humanización del parto. Estudios multidisciplinares para la humanización del parto. *Jornadas Universitarias Multidisciplinares para la Humanización del Parto*. A Coruña: Universidade, 2011: 87-101.
40. Boladeras Cucurella M. Maternidad responsable: Autonomía personal y reconocimiento de deberes. En: Boladeras Cucurella M, Goberna Tricas J. *Bioética de la maternidad, humanización, comunicación y entorno sanitario*. Edicions Universitat Barcelona. 2017: 59-70.
41. Fernández Guillén F. Algunos Aspectos jurídicos en la atención al parto. Disponible en:<http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/AspectosJuridicos.pdf>
42. Carril Vázquez XM. Los derechos de la mujer embarazada en la regulación legal española de la atención sanitaria pública por maternidad. *Jornadas Universitarias Multidisciplinares para la Humanización del Parto*. A Coruña: Universidade, 2011: 73-86.
43. Fernández Guillen F. Planes de Parto y CI. Disponible en <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/conoce-tus-derechos-area-legal/hojas-de-consentimiento-informado-y-planes-de-parto> (fecha de consulta 15 de mayo 2017)
44. Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía. *Plan de Parto y Nacimiento*. Sevilla. Consejería de Salud. 2009.

45. Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud. Guía para la participación en la planificación del parto normal. Servicio Canario de Salud.
46. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Plan de nacimiento. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/96/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/ecc/rclang/es-ES/filename/plan.pdf>
47. .Baby center. Cómo escribir un plan de nacimiento. Disponible en: <https://espanol.babycenter.com/a900808/c%C3%B3mo-escribir-un-plan-de-nacimiento>
48. El Parto es Nuestro. Consideraciones para elaborar tu plan de parto Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/consideraciones-para-elaborar-tu-plan-de-parto>
49. Crianza natural. Prepara tu plan de parto. Disponible en: <http://www.crianzanatural.com/art/art96.html>
50. Molina Fernández I., Muñoz Sellés E., El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él?. Matronas Profesión. 2010; 2 (11): 53-7.
51. Whirtford H., Use Of a birth plan within woman-held maternity records: A qualitative study with women and staff in Northeast Scotland. Birth. 2014, 41(3):283-289.
52. Suárez Cortés M., Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. Revista latinoamericana de Enfermagem. 2015, 23(3); 520-526.
53. Webb S.,Parsons M., The rol of specialized birth plans for women with previous third of four obstetric anal sphincter injuries. Midirs Midwifery Digest. 2007;17(3):353-354.
54. Berg M, Lundgren I, Lindmark G. Childbirth experience in women at high risk: is it improved by use of a birth plan?, Journal of Perinatal Education. 2003. 12 (2):1-15

55. De Isidro Olavarrieta A, Fernández Oliva E, García González N, Pérez Vargas E, Reyes Darias N. ¿Cómo incorporar las preferencias de las gestantes en el parto? Un estudio cualitativo desde la perspectiva de mujeres y profesionales. Proyecto de Investigación de Fin de Especialización. Unidad Docente de Matronas de Tenerife (HUNSC). 2015
56. Doherty M. Midwifery care: Reflections of midwifery clients. *The Journal of Perinatal Education*. 2010. 19 (4): 41-51.
57. Mei J, Yalda A, Kimberly D, Kilpatrick SJ, Esakoff T. Birth Plans: What matters of birth experience satisfaction. *BIRTH*. 2016. 43:2
58. Deering , Heller J, McGaha K, Heaton J, Satin A. Patients presenting with Birth Plans in a Military Tertiary Care Hospital: A descriptive study of plans and outcomes. *Military Medicine*. 2006. 171. 8:778.
59. Fernández Guillén F. Nosotras parimos ¿Nosotras decidimos? El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno-infantil. *Medicina Naturista*. 2006. 10; 507-516.
60. Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad Hospitalaria Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. 2009

ANEXOS

ANEXO 1. Guía para la participación en la planificación del Parto Normal (Servicio Canario de Salud)

Guía para la participación en la planificación del Parto Normal 1

Hojas de ayuda para la planificación

Nombre de la gestante:

Fecha:

Centro de Salud:

Nombre del matrn o matrona:

Hospital:



Servicio Canario de la Salud

Aspectos generales 2

Para garantizar su *derecho a la información y a participar en las decisiones* sobre su parto, el personal sanitario la mantendrá informada sobre la evolución del parto y -cuando sea posible- de las diferentes alternativas asistenciales disponibles. De este modo su participación en las decisiones sobre su parto, conjuntamente con el personal sanitario, será realista y responsable por tener información validada científicamente.

Intimidad

Se le informará de la presencia de profesionales en formación y se pedirá su consentimiento.

Espacio físico y confort

Infórmese sobre las posibilidades de asistencia en el hospital donde acudirá.

Si fuera posible, me gustaría:

Acompañamiento por otra persona de su elección

Siempre que las circunstancias lo permitan y siguiendo las indicaciones del personal sanitario.

- Me gustaría estar acompañada por mi pareja u otra persona de mi elección durante la dilatación.
- Me gustaría estar acompañada por mi pareja u otra persona de mi elección durante el parto.

Continúa | →

←

- Me gustaría estar acompañada por mi pareja u otra persona de mi elección durante el postparto.
- Me gustaría estar acompañada por mi pareja u otra persona de mi elección durante todo el proceso.
- Preferiría no estar acompañada.

Discapacidad

El personal sanitario hará lo posible para cubrir sus necesidades. Por favor, indíquelas a continuación:

Cuidador/a (diferente a la pareja o acompañante):

Cultura e idioma

Por favor, compruebe si el hospital al que asistirá dispone de personal intérprete o traductor.

Por favor, indique si existe alguna preferencia cultural que le gustaría se tuviera en cuenta siempre que sea posible:

Decisiones a afrontar ANTES del parto

Ingesta de líquidos durante la dilatación

Si no fuera posible se le informará de los motivos.

Si todo transcurre con normalidad, me gustaría ingerir:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agua | <input type="checkbox"/> Zumo sin pulpa |
| <input type="checkbox"/> Bebida Isotónica | <input type="checkbox"/> Cualquiera |

Uso de bañera o ducha durante la dilatación

No está disponible en todos los hospitales. Por favor pregunte en el hospital al que se dirigirá para dar a luz. La inmersión o ducha con agua caliente reduce la percepción del dolor y la necesidad de medicamentos. Indique sus preferencias a continuación:

- He comprobado que el hospital de mi elección tiene las instalaciones adecuadas y me gustaría tener acceso al uso de *la bañera* durante la fase de dilatación.
- He comprobado que el hospital de mi elección tiene las instalaciones adecuadas y me gustaría tener acceso al uso de *la ducha* durante la fase de dilatación.

Rasurado del vello genital y uso de enema de limpieza

No es práctica habitual necesaria. Si fuera necesario se le informará y se pedirá su consentimiento.

· RASURADO (En caso de episiotomía o desgarro).

· ENEMA

- Preferiría que se me administre un enema antes del parto, aunque no sea necesario.

Canalización de vía venosa

Consiste en la preparación de una vía de entrada en una vena para facilitar la administración rápida de líquidos y medicamentos en situaciones de posibles emergencias.

- He comprobado que el hospital donde asistiré para dar a luz tiene la opción de elegir si habilitar o no una vía venosa para la administración de medicamentos y preferiría que no se me habilite una vía venosa a menos que sea absolutamente necesario.

Sondaje vesical

Colocación de un tubo o sonda para garantizar el vaciamiento de la orina de la vejiga. Si fuera necesario se le informará del proceso y se pedirá su consentimiento.

Monitorización y bienestar fetal

En caso de utilizar analgesia epidural se requiere de un control más continuado de la frecuencia cardiaca fetal y las contracciones.

Tactos vaginales

Se realizarán los mínimos necesarios

En caso de que otro/a profesional por consulta o formación necesitara realizarlos, se le informará y se pedirá su consentimiento.

Rotura de la bolsa

En general se rompe de forma natural durante la dilatación. Si fuera conveniente hacerlo de forma manual se le informará y se pedirá su consentimiento.

Administración de medicamentos y manejo del dolor

Por favor, compruebe los métodos disponibles en su hospital

- Me han informado de los posibles riesgos y efectos secundarios del uso de la epidural y me gustaría que se me administrara.
- Me han informado de los posibles riesgos y efectos secundarios del uso de la epidural y me gustaría que no se me administrara.

Continúa | →

Decisiones a afrontar ANTES del parto (continuación)

←

- Me han informado de los posibles riesgos y efectos secundarios del uso de la epidural y prefiero esperar a tomar la decisión de su administración según evolucione la dilatación.
- Me gustaría utilizar otro método no farmacológico para el manejo del dolor, disponible en el hospital de mi elección. Este método es:

- No me gustaría utilizar analgesia.

Decisiones a afrontar DURANTE el parto

Movilidad, lugar y posición para el parto

Por favor, compruebe los medios disponibles en su hospital.
Siempre que esté disponible y que la evolución del parto sea normal, preferiría:

Material de apoyo para el parto

Por favor, compruebe los medios disponibles en su hospital.

Por favor, indique a continuación sus preferencias:

- He comprobado que en mi hospital la estructura de las salas de dilatación y parto son adecuadas y me gustaría utilizar mi propio material de apoyo.
- Me gustaría utilizar el material de apoyo del hospital:
 - Pelotas
 - Cuerdas
 - Cojines
 - Espejos
 - Otros, por favor especifique:

Episiotomía

Es un pequeño corte medio lateral en el periné cerca de la entrada de la vagina.
Si fuera necesario se le informará del proceso y se pedirá su consentimiento.

Pujos

Es el esfuerzo de empujar durante la fase de expulsión de la criatura.
En parto normal, hacerlo cuando la dilatación es completa y se siente la necesidad.
Si se utiliza analgesia epidural hay una disminución de la sensibilidad y deseo de pujo.

Cordón umbilical

Habitualmente se corta cuando ha dejado de latir. Si desea donar sangre del cordón, por favor, compruebe si su hospital dispone de esta acreditación. Para más información ver el Real Decreto 13/01 sobre Calidad y Seguridad de Células y Tejidos.

Por favor, indique a continuación sus preferencias:

Continúa | →

← 1

- Me gustaría cortar yo misma el cordón umbilical siguiendo las indicaciones del personal sanitario y siempre que las circunstancias así lo permitan.
- Me gustaría que mi pareja o acompañante cortara el cordón umbilical siguiendo las indicaciones del personal sanitario y siempre que las circunstancias así lo permitan.
- Me han informado del proceso a seguir para la extracción de sangre del cordón para su donación y así lo autorizo siempre y cuando el centro esté autorizado para realizar este procedimiento de forma legal.

Aspiración de secreciones y sondajes de la criatura

No se realiza de forma habitual. En caso de que fuera necesario el personal sanitario le informará de ello y solicitará su consentimiento.

Vacunación y medicamentos preventivos para la criatura

Colirio, vacuna de la Hepatitis B y vitamina K.

Por favor, indique a continuación sus preferencias:

- Prefiero que la vitamina K se administre de forma oral a mi criatura y me comprometo a seguir en casa las instrucciones rigurosas de administración que me han explicado.
- Me han informado sobre la utilidad clínica de las vacunas y medicamentos preventivos para la criatura y yo decido libremente y bajo mi total responsabilidad que no se le apliquen a mi criatura.

lactancia materna.

Higiene de la criatura

No es aconsejable hacerlo de forma inmediata.

Por favor, indique a continuación sus preferencias:

- Me gustaría realizar yo misma los cuidados e higiene de mi criatura.
- Me gustaría que mi pareja o acompañante me ayudara con los cuidados e higiene de mi criatura.
- Si yo no pudiera realizar los cuidados e higiene de mi criatura me gustaría que mi pareja o acompañante los llevara a cabo.
- Si yo no pudiera realizar los cuidados e higiene de mi criatura, me gustaría que el personal sanitario ayudara a mi pareja o acompañante a realizarlos.
- Si yo no pudiera realizar los cuidados e higiene de mi criatura, me gustaría que los realizara el personal sanitario.

Comentarios

Por favor utilice el espacio a continuación para expresar cualquier comentario, duda o sugerencia que le gustaría añadir.

ANEXO 2. Carta de contestación a la solicitud de plan de parto


Servicio Canario de la Salud
HOSPITAL UNIVERSITARIO
NTRA. SRA. DE CANDELARIA


Gobierno
de Canarias

DE:
SERVICIO DE TOCGINECOLOGIA.
COORDINADOR DE PERINATOLOGÍA.

A/A: ATENCION AL USUARIO

Nº.REF
Asunto:

Santa Cruz de Tenerife , 01 de Abril de 2016

En respuesta a su solicitud de Planificación de parto, este hospital sigue las directrices del Protocolo del Parto Normal de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, dónde se recogen la mayor parte de sus deseos.

Las pequeñas diferencias que pudieran existir, dado la singularidad de instituciones o de personal en cada área, le serán debidamente notificadas en el momento de producirse.

Atentamente.

Coordinador de Perinatología

HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA
Ctra. Rosario Nº 145
38010 - Santa Cruz de Tenerife