

## *PLAN DE PARTO: NOMENCLATURA, TOMA DE DECISIONES E IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.*

**Natalia Gijón García**

Correo electrónico: ngijongarcia@gmail.com

Graduada en Enfermería por la Universidad de Barcelona.

Recepción: 23/03/2016      Aceptación: 28/06/2016



### **Resumen**

---

#### ***Introducción:***

El Plan de Parto es un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento.

#### ***Objetivo:***

Conocer que es el Plan de Parto y la implicación de la matrona en su elaboración y proceso.

#### ***Material y Método:***

Revisión bibliográfica con búsquedas en las bases de datos PubMed, CINAHL, Cuidatge y Enfispo.

#### ***Resultados:***

Se obtuvieron un total de doce artículos, diez trabajos originales y dos revisiones bibliográficas. Hay cinco artículos con uso de metodología cualitativa con enfoque fenomenológico y cinco artículos con uso de metodología cuantitativa y diferentes diseños: 4 artículos observacionales analíticos (dos de cohortes y dos de casos y controles) y uno experimental.

***Conclusiones:***

La matrona es esencial en la realización de un Plan de Parto. Junto a la matrona, la mujer debe realizar un Plan de Parto realista y flexible para que la experiencia de parto sea lo más positiva posible. Para ello es necesario una relación de confianza y que haya lugar para la discusión.

***Palabras clave:*** Embarazo, parto, plan de parto, matrona, toma de decisiones y resultados

**Abstract**

---

***Background:***

The Birth Plan is a document in which women can express their preferences, needs, desires and expectations regarding the process of labour and birth.

***Objectives:***

To describe the Birth Plan and to outline the role of midwives in its preparation and creation.

***Method:***

Bibliographical review searches in these databases: PubMed, CINAHL, Cuidatge and Enfispo.

***Results:***

Twelve articles were retrieved: ten original articles and two literature reviews. Five articles used a qualitative methodology with a phenomenological focus, and five used a quantitative methodology with a variety of designs: two cohort studies, two case-control studies, and one experimental.

***Conclusion:***

Midwives play an essential role in carrying out a Birth Plan. The prospective mother should make a realistic, flexible plan to make the birth experience as positive as possible. To this end, a relationship of trust must be built up with the midwife and time must be made available for discussion.

***Key words:*** Pregnancy, childbirth, Birth Plan, midwife, decision-making, outcomes.

## Introducción

---

Las mujeres siempre han imaginado cómo querían que fuera su parto. De acuerdo con relatos históricos, cuando una mujer daba a luz buscaba soporte y apoyo de los demás. En algún momento en la evolución cultural, las mujeres que tenían experiencia en asistir a otras en el parto se pasaron a llamar “matronas” (Doherty, 2010).

Cuando a mitades del siglo XX se institucionaliza el proceso de parto, pasando del domicilio al hospital, se empieza a considerar el parto un proceso médico, incluyendo ciertas prácticas rutinarias y protocolizadas, como por ejemplo: la episiotomía, el rasurado púbico o los enemas; sin que su uso estuviera avalado por evidencia científica. En 1985 y tras las recomendaciones sobre atención al nacimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se inicia un proceso de “normalización del parto”. Las administraciones sanitarias y sociedades científicas de los diferentes estados revisan la tecnología aplicada en la atención al parto y se reconoce el derecho de autonomía de las gestantes: cada mujer debe elegir el tipo de asistencia que desea para el parto, contribuyendo de este modo a devolverle el protagonismo (Suárez-Cortés, 2015).

El Plan de Parto aparece por primera vez en Estados Unidos en los años 80, por la influencia de Sheila Kitzinger, en un entorno donde la maternidad cada vez estaba más medicalizada, como una herramienta para facilitar la comunicación y la confianza entre las mujeres embarazadas y los cuidadores y para alentar a las mujeres a tomar partida en las opciones referentes al parto y el nacimiento de su hijo. Los países anglosajones se hicieron eco de este nuevo documento y empezaron a usarlo para exigir un parto respetuoso con la fisiología que evitara la medicalización innecesaria (Penell, 2011). En España, estos cambios llegaron una década más tarde.

El Plan de Parto es un documento escrito en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Se puede elaborar un Plan de Parto y Nacimiento en cualquier momento del embarazo, aunque un buen momento es entre las semanas 28-32 de gestación, recordando que durante el parto la gestante podrá modificar cualquiera de las preferencias escritas, según su estado y el desarrollo de los acontecimientos.

La matrona es el profesional de referencia en atención al parto normal; es importante recalcar que las matronas deben construir junto a las parejas expectativas realistas y

flexibles acerca del parto, con el fin de alejar los miedos y favorecer la confianza en ellas mismas y su entorno (Molina, 2010).

La importancia del Plan de Parto y Nacimiento radica en el respeto del Principio Bioético de Autonomía del paciente, con una asistencia basada en que la mujer tiene derecho a estar informada y tomar decisiones; y los profesionales deben respetarlas, ofrecerle los recursos necesarios y evaluar el proceso (Molina, 2010).

Disponer de esta información por escrito será de gran ayuda para el equipo profesional que atiende en el momento del parto, ya que facilitará la comprensión del proceso y la participación activa tanto de la mujer como de su pareja o acompañante, y evitará que la mujer deba comunicar sus preferencias el día del parto, momento en el que el estado emocional y físico es más vulnerable.

Este documento, pero, no sustituye a la información que proporciona el equipo profesional que atiende durante el embarazo, además si surgen circunstancias imprevisibles, el personal sanitario aconsejará la intervención más oportuna y siempre la realizará tras informar adecuadamente y pedir el consentimiento.

El Plan de Parto suele contener información sobre los siguientes aspectos: a) Preferencias relacionadas con el acompañante, b) Preferencias relacionadas con el espacio físico, c) Preferencias relacionadas con el procedimiento, d) Preferencias sobre el control fetal, e) Preferencias sobre el control del dolor f) Preferencias durante el periodo expulsivo, g) Preferencias después del parto, h) Preferencias sobre la lactancia materna.

Para completar el Plan de Parto de forma realista, se aconseja a la mujer que visite las instalaciones del hospital donde dará a luz entre las semanas 34-36, para conocer la oferta de prestaciones.

Sin embargo, no existe unanimidad sobre la necesidad u utilidad de los planes de parto, ni tampoco a que mujeres deben ofrecerse, y que papel deben tener las matronas en su cumplimentación, por ello nos hemos planteado llevar a cabo una revisión de la literatura científica con los siguientes objetivos: Profundizar en las actuaciones que engloba la adecuada cumplimentación de un plan de parto, describir el papel de la matrona en la toma de decisiones que requiere el Plan de Parto e identificar las reacciones de los profesionales de la salud ante la elaboración del mismo.

## Material y método

Se han consultado las bases de datos: PUBMED, CINAHL, CUIDATGE, y ENFISPO, se han usado las palabras clave: embarazo, parto, Plan de Parto, matrona, toma de decisiones y resultados; con sus pertinentes traducciones al inglés y al catalán. En la siguiente Tabla nº 1, se detallan las palabras clave usadas. La búsqueda se ha referido a los últimos 5 años (2010-2015), y se ha centrado en artículos publicados en catalán, castellano o inglés; se han excluido aquellos con resultados estrictamente médicos o que no tengan en cuenta el trabajo de la matrona en la elaboración del Plan de Parto.

Castellano	Catalán	Inglés
Embarazo	Embaràs	Pregnancy
Parto	Part	Childbirth, delivery
Plan de Parto	Pla de part	Birth plan
Matrona	Llevadora	Midwife
Toma de decisiones	Presa de decisions	Decision making
Resultados	Resultats	Outcomes

Tabla 1. Palabras clave utilizadas en la revisión bibliográfica

En la tabla 2 se describe la estrategia de búsqueda y los artículos seleccionados:

Base de datos	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
<b>PUBMED</b>	“decision making”[MeSH] AND “birth plan” AND pregnancy [MeSH]	7	2
	“birth plan” AND outcome\$	6	2
	“birth plan” AND “Nurse midwives” [MeSH]	6	1
	“birth plan” AND “Delivery, obstetric” [MeSH]	7	2
<b>CINAHL</b>	“birth plan” AND pregnancy	20	4
<b>CUIDATGE</b>	plan AND parto	3	2
<b>ENFISPO</b>	plan AND parto	3	0

Tabla 2. Estrategia de búsqueda de la revisión bibliográfica

Dicha búsqueda se ha completado consultando las páginas web de instituciones sanitarias como el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

## Resultados

Tras la aplicación de la estrategia y los límites descritos se obtuvieron un total de doce artículos, de los cuales diez son trabajos originales que han usado metodología cuantitativa y/o cualitativa para la recogida de datos y dos son revisiones bibliográficas. Tres de dichos trabajos son de autores españoles.

En la Tabla nº 3 se realiza una síntesis de los trabajos encontrados, en la que se hace constar: título, autor, año de publicación, diseño del artículo, así como un breve resumen de resultados y conclusiones:

**TABLA 3. Síntesis de los trabajos**

	Tipo de artículo	Sujetos/VARIABLES/Intervenciones	Resultados	Conclusiones
<b>Midwifery Care: Reflections of Midwifery Clients</b>  Mary Ellen Doherty, 2010	Artículo Original,	Entrevistas cualitativas a 12 mujeres que previamente recibieron cuidado prenatal por parte de la matrona.	Las mujeres sentían más control durante el parto gracias a la realización del Plan de Parto. Sus matronas las animaban a escribir un Plan de Parto flexible.	Las mujeres se sentían con mayor sensación de control, ya que tenían opciones. Creían que sus planes de parto, realistas y flexibles, contribuyeron a su satisfacción y a una experiencia positiva del parto.
<b>Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado</b>  María Suárez-Cortés, David Arnero-Barranco, Manuel Canteras-Jordana, María Emilia Martínez-Roche, 2015	Artículo Original	Selección de las mujeres que dieron a luz entre enero de 2011 y diciembre de 2012 en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, que no presentaron criterios de exclusión (n=9303).	El número de Planes de Parto presentados en 2011 fueron 132, y en 2012 fueron 108. El Plan de Parto está relacionado positivamente con el “contacto piel con piel”, el “pinzamiento tardío del cordón” y la tasa de “partos eutócicos”.	El Plan de Parto influye positivamente en el proceso de parto y en la finalización del mismo, aumentando las dimensiones de seguridad, efectividad, y satisfacción de las mujeres, así como el empoderamiento de las mismas.
<b>Anesthesia and analgesia-Related preferences and outcomes of women who have birth plans</b>  Angela Pennell, Victoria Salo-Coombs, Amy Herring, Fred Spielman, Karamarle Fecho, 2011	Artículo Original	Estudio de cohorte que evalúa los resultados en aquellas mujeres que presentaron un Plan de Parto (n=63).	Las mujeres reconocían que el Plan de Parto había mejorado su experiencia en el parto, le añadió control, aclaró sus dudas y mejoró su comunicación con los cuidadores.	Las mujeres estaban satisfechas con el Plan de Parto, incluso si no se cumplieron las preferencias. La mayoría creen que mejoró la comunicación y no creían que su realización causara conflictos con sus cuidadores. El Plan de Parto añadió control.

<p><b>Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera</b></p> <p>Rafael Vila-Candel, Cristina Mateu-Ciscar, Erica Bellvis-Vázquez, Encarnación Planells-López, Marta Requena-Marín, M<sup>a</sup> José Gómez-Sánchez, 2015</p>	Artículo Original	Se evalúan las preferencias de las gestantes en el Plan de Parto después de acudir al programa de educación maternal en distintos centros de atención primaria del Departamento de Salud de la Ribera desde enero hasta octubre de 2012 (n=249)	Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre antes y después de recibir las sesiones de educación	Hay un cambio de preferencias en el Plan de Parto una vez se acaban las sesiones de educación maternal, quizá por el aporte de información que dan las matronas. Las características de cada matrona pueden haber influido en la transmisión de información.
<p><b>El plan de parto. ¿Qué sabemos de él?</b></p> <p>Inma de Molina Fernández, Ester Muñoz Sellés, 2010</p>	Artículo de revisión	Búsqueda bibliográfica con las palabras clave “natural childbirth” y “birth plans” o “birth plan”	A favor del Plan de Parto: puede ayudar a las matronas a reconocer las individualidades de cada mujer. Desventajas: resultan impersonales y poco significativos. No parece mejorar la experiencia de estas mujeres. El Plan de Parto puede frustrar a las matronas.	El Plan de Parto es un documento útil para fomentar la participación de los padres. Se deben construir expectativas realistas y flexibles, a la vez que, disminuir el miedo y favorecer la confianza en sí misma y su entorno. La formación continua adaptada a las matronas puede evitar situaciones incómodas para la mujer y ofrecer una atención de calidad.
<p><b>Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans</b></p> <p>Melissa Argon, Erica Chhoa, Riki Dayan, Amy Kluftinger, Zoe Lohn, Karen Buhler, 2013</p>	Artículo Original	Cuestionario sobre ventajas y desventajas y los aspectos que las gestantes, cuidadores y personas de soporte consideraban más importantes en el Plan de Parto. En total, 122 mujeres y 110 profesionales de la salud y personas de apoyo completaron el cuestionario (n=232).	Ambos grupos vieron el Plan de Parto como una herramienta valiosa para la comunicación y educación. Sin embargo, las mujeres pueden sentirse decepcionadas o insatisfechas si el Plan de Parto no puede llevarse a cabo.	Las gestantes hicieron hincapié en la necesidad de ser flexibles en la toma de decisiones; el Plan de Parto no siempre puede llevarse a cabo aunque lo desees. Los investigadores proponen un cambio de nombre a “guía de parto”, con ideas abiertas al cambio.



<p><b>Unique and proforma birth plans: A qualitative exploration of midwives' experiences</b></p> <p>Joanne Welsh, Andrew Symon, 2014</p>	<p>Artículo Original</p>	<p>Se entrevistaron a dos grupos de enfermeras; cinco que trabajaban en una unidad exclusiva de matronas y 4 que trabajaban en una unidad juntamente con obstetras, en el este de Inglaterra. Se compararon similitudes y diferencias.</p>	<p>El término "Plan de Parto" se consideró engañoso en ambos grupos, y poco útil en la preparación de las mujeres para el parto. El Plan de Parto era una fuente de irritación para matronas, aunque la causa difirió entre grupos.</p>	<p>El término "Plan de Parto" ha sido considerado "inapropiado", lo que contribuye al desarrollo de expectativas poco realistas y en particular la noción de que el parto puede ser planeado. Sugieren el término "preferencias para el parto".</p>
<p><b>Moral implications of obstetric technologies for pregnancy and motherhood</b></p> <p>Susanne Brauer, 2015</p>	<p>Artículo de revisión</p>	<p>Revisión bibliográfica con el objetivo de reconstruir las implicaciones morales reales que tiene el Plan de Parto y otras tecnologías en la actualidad.</p>	<p>El Plan de Parto da voz a las preferencias previstas de las embarazadas pero sigue siendo una herramienta comunicativa engañosa. Puede interpretarse como una señal de que la mujer no espera ser escuchada durante el parto, o que ella no confía plenamente en sus cuidadores para que actúen de acuerdo a sus necesidades.</p>	<p>Aunque las tecnologías no son por si mismas moralmente "buenas" o "malas" y dando por hecho que todo se hace con el mejor interés para cada recién nacido, a veces, no se consigue fácilmente. Una forma de atenuar las consecuencias no deseadas del uso de las tecnologías en obstetricia es dar facilidades para obtener un consentimiento informado de calidad.</p>
<p><b>Use of a Birth Plan withing woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in Northeast Scotland</b></p> <p>Heather M. Whitford et al., 2014</p>	<p>Artículo Original</p>	<p>Se eligieron mujeres en su último trimestre de embarazo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas; la primera a partir de las 34 (n=42) semanas y seis semanas después del nacimiento (n=29). También se entrevistaron a matronas y cuidadores en el ámbito de la maternidad (n=24).</p>	<p>Tanto los cuidadores como las gestantes creían que el Plan de Parto era beneficioso ya que tenían la oportunidad de escoger sus preferencias, mejoraba la comunicación y estimulaba la discusión, a la vez, que rebajaba la ansiedad.</p>	<p>El apoyo durante la gestación, para hablar sobre las opciones durante el parto y el nacimiento, es necesario para obtener los beneficios potenciales de la inclusión rutinaria de los Planes de Parto. Es necesario que las matronas se adapten a las necesidades de tiempo y entendimiento de las gestantes.</p>

<p><b>The impact of choice and control on women's childbirth experiences</b></p> <p>Katie Cook, Colleen Loomis, 2012</p>	Articulo Original	Se realiza una entrevista sobre el desarrollo del Plan de Parto y las experiencias y reflexiones sobre cómo la realidad difería del plan (n=15).	Las matronas influyen en sus decisiones dando información y soporte a la mujer mediante su propia filosofía del nacimiento y sus conocimientos. Las experiencias negativas estaban relacionadas con el grado de cambio y el poco control sobre ellos.	Las mujeres confían en las matronas para tomar las decisiones y sugieren que la existencia de un Plan de Parto no fue esencial. Las mujeres que tuvieron un Plan de Parto flexible percibieron más espacio para negociar durante el proceso de nacimiento. Un buen soporte en toma de decisiones y un trato de confianza con sus cuidadores, produce mayor recuerdo positivo de su experiencia de parto.
<p><b>Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomised controlled trial.</b></p> <p>Su-Chen Kuo et al, 2010</p>	Articulo Original	El grupo experimental completó junto a una matrona un Plan de Parto elaborado por los investigadores, el grupo de control recibió la atención habitual. Después del parto todos los participantes completaron un cuestionario sobre la experiencia el control y el cumplimiento de sus expectativas en el parto.	El grupo experimental tenía experiencias de parto más positivas que el grupo de control. El grupo experimental también mostró un mayor grado de control del parto.	Los resultados justifican la aplicación clínica del Plan de Parto. Es un medio eficaz para cumplir con las expectativas las mujeres embarazadas. El Plan de Parto es aceptable y viable en el cuidado de maternidad.
<p><b>Obstetrical outcome in women with self-prepared birth plan</b></p> <p>Eran Hadar, Oded Raban, Bracha Gal, Yariv Yogeve, Nir Melamed, 2012</p>	Articulo Original	Se comparan mujeres que habían realizado un Plan de Parto en hospitales de tercer grado entre 2007 y 2010. Se comparan 154 mujeres que realizaron un Plan de Parto con las 462 mujeres que no lo realizaron (ratio 1:3).	Las mujeres que prepararon un Plan de Parto, fueron menos propensas a someterse a una cesárea pero fueron más habituales los desgarros perineales de primer y segundo grado. La utilización de Plan de Parto también se asoció con una mayor tasa de administración de analgesia epidural y una menor tasa de analgésicos intravenosos.	Con plan de parto las mujeres son menos propensas a una cesárea ya que quieren vivir el parto de una forma natural. Hay más probabilidad de tener desgarros perianales de primer y segundo grado, ya que como hay menos cesáreas y más partos vaginales hay más probabilidad de que haya este tipo de lesiones.

## **Discusión**

---

Los resultados obtenidos se han clasificado en diferentes apartados de acuerdo con los objetivos planteados:

### ***El Plan de Parto: Nomenclatura y definición***

Vila-Candel (2015) define El Plan de Parto como un documento escrito, donde la gestante deja constancia de sus deseos y expectativas para el momento del parto y el nacimiento. María Suarez-Cortes (2015) añade a la definición que el documento debe ser realizado tras haber recibido información sobre el embarazo y el proceso de parto y tiene que atender a las necesidades particulares de la mujer. Otros investigadores creen que los Planes de Parto pueden resultar impersonales y poco significativos, a la vez, que pueden incluir deseos que no reflejan la mejor evidencia científica (Molina, 2010).

Las preferencias de dicho plan se dividen en cuatro grupos: las relativas al periodo de dilatación, las correspondientes al periodo expulsivo, las vinculadas a la atención al recién nacido y las relacionadas con todo el proceso del parto y nacimiento (Vila-Candel, 2015). También se tienen en cuenta las conductas en algunas situaciones de emergencia y las consideraciones culturales (Aragon, 2013).

Autores como Angela Penell (2011), Mary Ellen Doherty (2010) y Su-Chen Kuo (2010) reivindican que el Plan de Parto es una herramienta que facilita la comunicación, abriendo diferentes canales de discusión y aumentando la confianza entre las mujeres embarazadas y los cuidadores. En todos los artículos se hace énfasis en que la elaboración del Plan de Parto debe ser consensuada con los cuidadores sanitarios: matronas u obstetras, para que sea flexible y realista. Cabe remarcar que Joanne V. Welsh (2014) y Melissa Aragon (2013), remarcan que “Plan de parto” resulta un término inadecuado ya que un parto es algo imposible de planear. Por ello se plantean otros nombres para dicho documento tales como: “guía para el parto” (Brauer, 2016) o “preferencias para el parto” (Whirtford, 2014).

### ***El papel de los profesionales sanitarios en la elaboración del Plan de Parto***

De acuerdo con la literatura científica, hay tres puntos claves que relacionan a la matrona con el Plan de Parto: la experiencia positiva en el parto, la sensación de control y la comunicación.

#### Respecto a la experiencia positiva en el parto:

Las mujeres ven a las matronas como proveedoras de información y fuente de experiencia, esto influye en su Plan de Parto. Cuando hay un buen soporte en la toma de decisiones y existe un trato de confianza con la matrona, mejora la experiencia positiva en el proceso de nacimiento. Cook (2012) concluye que, aunque el Plan de Parto ayuda en la mejora de la vivencia, no fue esencial para las participantes. Su-Chen Kuo (2010), reconoce que las mujeres embarazadas, a raíz de participar en los grupos de discusión prenatal, aumentan su conocimiento en salud a la vez que aprenden a conversar con los cuidadores y a participar en la toma de decisiones. Estos hechos aumentan la sensación de control en las embarazadas. Todo esto hace que se fomente la confianza entre la matrona y la gestante y ello contribuya a que esta tenga una experiencia de parto positiva (Su-Chen, 2010).

En el nacimiento, la “presencia”, “devoción” y “fiabilidad” de las enfermeras y matronas contribuye a una experiencia positiva en el parto. Estas no son características que se consigan con un Plan de Parto, sino que se basan en la manera personal de ayudar a tomar las decisiones, por parte de las matronas (Brauer, 2016).

Otros efectos positivos, según Heather M. Whirtford (2014) son que permite a la mujer ejercer mayor control durante el proceso de parto y nacimiento y una mejor comunicación entre mujer y cuidador. Pero estos beneficios dependen directamente de la disponibilidad de diálogo y discusión flexible y del apoyo durante el embarazo y el parto. Para esto, es necesario la capacitación de la matrona y el tiempo para la comunicación proactiva (Whirtford, 2014). En el artículo de Angela Penell (2011) las mujeres pensaban que el Plan de Parto añadió control a la situación, aclaró sus dudas y mejoró la comunicación con la matrona. Las mujeres estaban satisfechas con su proceso de parto incluso si no se cumplían sus expectativas (Penell, 2011). Esta afirmación queda rechazada por el artículo de Melissa Aragón (2013) donde las mujeres entrevistadas tenían índices de satisfacción más bajos si las expectativas no se cumplían.

### ***Beneficios obstétricos asociados a la realización del Plan de Parto***

En los artículos seleccionados hay evidencias que señalan que la participación de la matrona como fuente de información y ayuda puede tener beneficios obstétricos tales como: evitar la episiotomía, elección de medidas de comodidad (ingerir líquidos, ir al baño cuando lo deseen, libertad de movimientos, monitorización intermitente y posición de expulsivo cómoda), realizar pujos espontáneos, pinzamiento del cordón tardío, contacto piel con piel y amamantamiento de la forma más precoz posible; todas ellas son preferencias en el Plan de Parto que seleccionan las gestantes que reciben sesiones de educación maternal frente a aquellas mujeres que no reciben información por parte de la matrona (Vila-Candel, 2015). María Suárez-Cortés (2015) vuelve a relacionar el Plan de Parto y Nacimiento con un aumento del “contacto piel con piel”, el “pinzamiento tardío del cordón umbilical” y la tasa de partos eutócicos, prácticas que directa e indirectamente disminuyen el gasto sanitario y las hospitalizaciones tanto de la mujer como del recién nacido. Eran Hadar (2012) concluye en su investigación que aquellas mujeres que realizaban un Plan de Parto pedían más analgesia epidural y menos analgesia intravenosa que las mujeres que no tenían un Plan de Parto; en los resultados de este estudio también recalca que hay menor elección de cesáreas entre un grupo y otro, en contraposición con Su-Chen (2010) quien en su trabajo constató que había mujeres que utilizaban su Plan de Parto, como herramienta para conseguir un parto más intervencionista, pidiendo la realización de cesáreas a demanda.

### ***Reacciones de los profesionales de la salud hacia el Plan de Parto***

En la mayoría de artículos las matronas estaban comprometidas con la causa de ayudar a la mujer en la realización de su Plan de Parto. Aun así, algunos autores constatan irritación en el personal obstétrico por una sensación de pérdida de autonomía (Molina, 2010). Esto puede producir tensiones entre la mujer y los profesionales, haciendo que haya una actuación negativa que puede influir en el transcurso del parto (Welsh, 2014). Se hace referencia al escepticismo de los profesionales si incluyen peticiones poco realistas, por eso, se insta a que el Plan de Parto se debe llevar a cabo después de que la

mujer obtenga información con evidencia científica aportada por la matrona de referencia (Whirtford, 2014).

Las mujeres también reportan sensación de miedo y vergüenza por si no son bien recibidas sus elecciones, por parte del personal sanitario o se ríen de ellas durante el proceso (Molina, 2010). Susane Brauer (2016) va más allá y describe que los profesionales se lo pueden tomar como que la mujer no espera ser escuchada o que no confía en que los proveedores de salud actúen de acuerdo con sus necesidades.

Las soluciones que los autores proponen para evitar situaciones incómodas y ofrecer una atención de calidad es una formación continuada adaptada al momento actual (Doherty, 2010; Molina, 2010). Pero sobretodo, existe un amplio acuerdo en la necesidad de conseguir que las mujeres elaboren un documento realista y flexible, clave para que el documento tenga éxito y beneficie plenamente a la mujer (Doherty, 2010; Molina, 2010; Aragon, 2013; Cook, 2012; Su-Chen, 2010). Otro aspecto muy importante es conseguir que las mujeres confíen en que las matronas solo actuarán por su bienestar y el de su hijo, a la vez, que deben entender que el parto puede desviarse de la normalidad (Welsh, 2014).

## **Conclusiones**

---

El Plan de Parto es un documento que surgió para respetar el derecho de autonomía de las mujeres en la toma de decisiones para el respeto del proceso fisiológico del parto. Es necesario que las matronas, como profesionales de la salud: velen por los derechos de las mujeres, respeten sus decisiones, den información contrastada científicamente y resuelvan dudas ante cualquier tipo de situación que se presente durante el embarazo hasta el momento del nacimiento.

Todas estas acciones son necesarias para que se cree un vínculo de confianza mutua que consiga que tanto la mujer pueda tomar en serio los consejos y recomendaciones de la matrona, como que el profesional comprenda que la gestante lo está entendiendo y que será capaz de tomar la decisión más acertada en cada momento.

Al igual que es necesaria la confianza, es imprescindible un tiempo para el diálogo que puede variar con cada persona, En este diálogo, se debe aclarar a que hospital va a estar dirigido el Plan de Parto, ya que cada centro puede ofrecer una serie de servicios que

otros no presten. Se debe dejar claro y asegurar que la mujer entiende, que el parto no se puede planear y que hay factores que no se pueden controlar y pueden hacer que la ruta de acción sea diferente a la planteada inicialmente. Siempre se deberán construir planes flexibles para que la experiencia de la mujer no sea traumática ante un cambio repentino. Además es necesaria una reflexión sobre la nomenclatura más adecuada para este tipo de documentos.

## Bibliografía

---

DOHERTY, Mary Ellen. Midwifery care: Reflections of midwifery clients. *The Journal of Perinatal Education*. 2010, vol. 19, núm. 4, p. 41-51.

SUÁREZ-CORTÉS, María. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015, vol. 23, núm. 3, p. 520-526.

PENELL, Angela. Anesthesia and analgesia – Related preferences and outcomes of women who have birth plans. *Journal of Midwifery and Womens Health*. 2011, vol. 56, núm. 4, p. 376-381.

VILA-CANDEL, Rafael. Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera. *Matronas Profesión*. 2015, vol. 16, núm. 1, p 28-36.

COMITÉ INSTITUCIONAL Y TÉCNICO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL Y DE SALUD REPRODUCTIVA. *Plan de Parto y Nacimiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012.

MOLINA FERNANDEZ, Inma. El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él?. *Matronas Profesión*. 2010, vol. 11, núm. 2, p. 53-7.

ARAGON, Melissa. Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2013, vol. 35, núm. 11, p. 979-985.

WELSH, Joanne. Unique and proforma birth plans: A qualitative exploration of midwives' experiences. *Midwifery*. 2014, vol. 30, núm. 1, p. 885-891.



BRAUER, Susane. Moral implications of obstetric technologies for pregnancy and motherhood. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2016, vol. 19, num. 1, p. 45-54.

WHIRTFORD, Heather M. Use of a birth plan within woman-held maternity records: A qualitative study with women and staff in Northeast Scotland. *Birth*. 2014, vol. 41, núm. 3, p. 283-289.

COOK, Katie. The impact of choice and control on women's childbirth experiences. *Journal of Perinatal Education*. 2012, vol. 21, núm. 3, p. 158-168.

SU-CHEN, Kuo. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2010, vol. 47, núm. 1, p. 806-814.

HADAR, Eran. Obstetrical outcome in women with self-prepared birth plan. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 2012, vol. 25, núm. 10, p. 2055-2057.