



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**Situación Actual del Plan de Parto y
Nacimiento en la Región de Murcia**

D^a. María Suárez Cortés
2017

UNIVERSIDAD DE
MURCIA



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL

**Situación Actual del Plan de Parto y
Nacimiento en la Región de Murcia**

María Suárez Cortés

Dirigida por:

Dra. María Emilia Martínez Roche

Dr. David Armero Barranco

Dr. José Arnau Sánchez

Murcia, 2017



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a. María José Izquierdo Rico, Profesora Titular de Universidad del Área de Biología Celular y **Presidente Comisión Académica programa doctorado** * de la Comisión Académica programa doctorado Investigación en Cuidados de Enfermería, INFORMA:

Que una vez evaluado, de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 21 del Reglamento de doctorado de la Universidad de Murcia, el expediente completo de la tesis doctoral titulada "SITUACIÓN ACTUAL DEL PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO EN LA REGIÓN DE MURCIA", realizada por D^a María Suárez Cortés , bajo la inmediata dirección y supervisión de D^a. María Emilia Martínez Roche, D. David Armero Barranco y D. José Arnau Sánchez, esta Comisión Académica, en sesión celebrada en fecha 28 de abril de 2017, ha dado su autorización para su presentación ante la Comisión General de Doctorado.

Murcia, a 28 de abril de 2017

Doctorando: D^a. María Suárez Cortés



**UNIVERSIDAD DE
MURCIA**

**Informe del Departamento para alumnos del RD 778/1998.*

**Informe de La Comisión Académica del Programa para alumnos del RD 56/2005 y RD 1393/2007.*



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a. María Emilia Martínez Roche, Profesora Titular de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Situación actual del Plan de Parto y Nacimiento en la Región de Murcia", realizada por D^a. María Suárez Cortés, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 27 de Abril de 2017



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. David Armero Barranco, Profesor Titular de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Situación actual del Plan de Parto y Nacimiento en la Región de Murcia", realizada por D^a. María Suárez Cortés, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 27 de Abril de 2017

D. José Arnau Sánchez, Doctor en Enfermería por la Universidad de Murcia perteneciente al Servicio Murciano de Salud, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada “Situación actual del Plan de Parto y Nacimiento en la Región de Murcia”, realizada por D^a María Suárez Cortés, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, 27 de Abril de 2017

Firmado

Al terremoto de mi vida, mi
pequeña Ángela, porque tu
nacimiento le dio sentido a
esta tesis y a la vida.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría darle las gracias a mis tutores de tesis, David Armero Barranco, José Arnau Sánchez, y en especial a María Emilia Martínez Roche, pues desde el primero momento en el que nos conocimos confió en mí, y me apoyó en todos los caminos que he emprendido.

Al profesor Catedrático Dr. Canteras, por su ayuda y tiempo prestados a esta tesis, por enseñarme y animarme a entender la estadística.

A mi familia, mis padres, Luis y Chari, y a mis Hermanos, Pablo y Luis, por ser un ferviente ejemplo de la constancia y la superación, por enseñarme a luchar frente a viento y marea, y a conseguir cuantas metas me proponga, sin importar lo alocadas que sean.

A mi marido, mi mejor amigo, mi compañero en este viaje que es la vida, sin su apoyo esta tesis no habría sido posible, sus palabras de aliento, sus ánimos, ¡Vamos titán!, ¡La tesis está matizá!, y las tardes que ha cuidado a Ángela para que yo sacara unos minutos y poder terminar esta tesis.

A mis amigos, que creen en mí, y me apoyan en mi camino, Irene, Viqui y Álvaro.

Y por último, a Isa, mi amiga, compañera de profesión y la matrona que nos acompañó en todo el proceso, pues el sentirme escuchada y respetada convirtió en realidad mis deseos y expectativas durante parto, plasmados en los maravillosos documentos que son los Planes de Parto y Nacimiento.

PUBLICACIONES Y COMUNICACIONES DERIVADAS DE LA TESIS DOCTORAL

ARTÍCULOS

Suárez Cortés, M. Armero Barranco, D. Canteras Jordana, M. Martínez Roche, ME. “Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado” Rev. Latino-Am Enfermagem. Mayo-junio 2015; (23):520-6.

Suárez Cortés, M. Fuertes Cánovas, Y. Selva Cabañero, P. Mora Lorente, J. Martínez Roche, ME. Propuesta del uso del plan de parto, en la mujer gestante como instrumento de bienestar de la madre y el hijo: Visión de la Matrona. FORANDANLUS-2012- VI Reunión Internacional en Enfermería -I Reunión del Grupo de Investigación “Aurora Mas” Rev. Paraninfo Digital, 2012:15 Disponible en <http://www.index-f.com/para/n15/045o.php>.

COMUNICACIONES A CONGRESOS

La relación clínica entre la matrona y la gestante. *II Congreso de la Asociación de Matronas de la Región de Murcia y XI Congreso de la FAME*, 7,8 y 9 de noviembre 2012, Murcia. España.

La autonomía y la información como base de la justificación ética y legal de los planes de parto. *II Congreso de la Asociación de Matronas de la Región de Murcia y XI Congreso de la FAME*, 7,8 y 9 de noviembre 2012, Murcia. España.

Preferencias sobre la lactancia materna en el plan de parto y nacimiento. *VI Congreso Español de Lactancia Materna*. 7,8 y 9 de marzo de 2013, Madrid. España.

Lactancia Materna en el Plan de Parto y Nacimiento. *II Encuentro de Residentes de Enfermería de la Región de Murcia*. 25 de febrero de 2013, Murcia. España.

Uso e Influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en la Región de Murcia. *I Simposio sobre la Estrategia de Atención al parto normal en la Región de Murcia*. Mesa Redonda 2: Humanización del Embarazo, Parto y Puerperio. 3-4 de junio de 2015, Murcia. España.

Percepciones, necesidades y expectativas de las mujeres embarazadas sobre el plan de parto y nacimiento. *XX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados*. 15-18 de Noviembre de 2016. A Coruña, España.

Influencia del Plan de Parto y Nacimiento en el contacto piel con piel entre la madre y el Recién Nacido. XI Congreso Nacional de Enfermería de la Infancia, XXII Jornadas Nacionales de Enfermería de la Infancia. 10-12 de Mayo de 2017, Alcalá de Henares. España.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	pág. 3
BLOQUE I: MARCO TEÓRICO	pág. 9
Capítulo 1: Teoría convertirse en madre por Ramona Mercer.	pág. 13
Capítulo 2: Aproximación histórica a los diferentes modelos de asistencia clínica.....	pág. 19
Capítulo 3 Marco Bioético y legislativo del Plan de Parto y Nacimiento.....	pág. 25
Capítulo 4: Cambios de perspectiva en la atención al parto normal. De la medicalización a la humanización.....	pág. 37
Capítulo 5: El parto normal.	pág. 43
Capítulo 6: La satisfacción en la atención maternal.	pág. 55
Capítulo 7: El Plan de Parto y Nacimiento.	pág. 59
Capítulo 8: Contexto.	pág. 69
Capítulo 9: Justificación.	pág. 75
BLOQUE II: HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	pág. 77
Capítulo 1. Hipótesis.	pág. 79
Capítulo 2. Objetivos.....	pág. 81
2.1 Objetivos generales.	pág. 81
2.2 Objetivos específicos.....	pág. 81

BLOQUE III: MARCO METODOLÓGICO.....	pág. 83
Capítulo 1. Revisión bibliográfica.....	pág. 85
Capítulo 2. Materiales y método.	pág. 89
1.2 Diseño de la investigación.....	pág. 89
1.2.1 Diseño de la investigación para dar respuesta al objetivo general 1.	pág.89
1.2.2 Diseño de la investigación para dar respuesta al objetivo general 2.	pág. 93
1.2.3 Diseño de la investigación para dar respuesta al objetivo general 3.	pág. 94
1.3 Análisis estadístico.	pág. 99
1.4 Consideraciones éticas.....	pág. 100
1.5 Limitaciones del estudio.....	pág. 101
BLOQUE IV: MARCO EMPÍRICO.....	pág. 103
Capítulo 1. Resultados.....	pág. 105
1.1 Resultados del objetivo general 1 y sus respectivos objetivos específicos.	pág. 105
1.2 Resultados del objetivo general 2 y sus respectivos objetivos específicos.	pág. 114
1.3 Resultados del objetivo general 3 y sus respectivos objetivos específicos.	pág. 123
Capítulo 2. Discusión.....	pág. 139

2.1 Discusión de los resultados del objetivo general 1 y sus respectivos objetivos específicos.....	pág. 139
2.2 Discusión de los resultados del objetivo general 2 y sus respectivos objetivos específicos.....	pág. 143
2.3 Discusión de los resultados del objetivo general 3 y sus respectivos objetivos específicos.....	pág. 146
CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA.....	pág. 149
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	pág. 155
ANEXOS	pág. 167

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de asistencia obstétrica. Fuente: elaboración propia	pág. 11
Figura 2. Modelo de adopción del rol maternal. Fuente: Adopción del rol maternal-Convertirse en madre. Fuente: Adopción del rol maternal-Convertirse en madre. (Meighan, 2007).....	pág. 15
Figura 3. Modelo de relación clínica ideal. Fuente: elaboración propia.	pág. 23
Figura 4. Características del Plan de Parto y Nacimiento. Fuente: Elaboración propia.....	pág. 61
Figura 6: Tasa Bruta de natalidad por Comunidad Autónoma: Fuente: Instituto Nacional de Estadística.	pág. 71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Antecedentes históricos del nacimiento de la bioética. Fuente: Elaboración propia.....pág. 26

Tabla 2. Documentos destacados de la OMS sobre recomendaciones en la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Fuente: Elaboración propia. Se pueden consultar en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/es/.....pág. 39

Tabla 3. Documentos sobre recomendaciones en la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer, publicados en España. Fuente: elaboración propia.pág. 41

Tabla 4. Alternativas que las mujeres pueden elegir durante todo el proceso de parto. Fuente: Elaboración propia basada en la Estrategia de Atención al Parto Normal.....pág. 45

Tabla 5. Estándares de Calidad en la Atención al Parto Normal. Fuente: Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. 2012.pág. 49

Tabla 6. Factores de la escala MCSRS en Español. Fuente: Elaboración propia.pág. 58

Tabla 7: Elementos esenciales que tienen que tener los Planes de Parto y Nacimiento. Fuente: elaboración propia.....pág. 66

Tabla 8: Características de los Planes de Parto y Nacimiento. Fuente: elaboración propia.pág. 67

Tabla 9: Tasa bruta de natalidad en la Región de Murcia desde 2011-2015. Fuente: elaboración propia basada en los datos del Instituto Nacional de Estadística.pág. 9

Tabla 10. Descriptores usados en la búsqueda bibliográfica.....	pág. 85
Tabla 11. Términos usados en la búsqueda sin descriptor en DecS.	pág. 86
Tabla 12. Variables sociodemográficas y obstétricas.	pág. 94
Tabla 13: Rotación Varimax, análisis factorial del cuestionario.	pág. 97
Tabla 14. Validez interna del cuestionario, dada por el α de Crombach.	pág. 98
Tabla 15. Variables sociodemográficas utilizadas para dar respuesta al objetivo número 3.....	pág. 98
Tabla 16. Plan de Parto y Nacimiento según Año. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España. Año 2011-2012.	pág. 106
Tabla 17. Distribución de la muestra según las semanas de gestación. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España. Año 2011-2012.....	pág. 107
Tabla 18. Tabla de contingencia Contacto piel con piel con mujeres que presentan plan de parto y nacimiento.	pág.108
Tabla 19. Tabla de contingencia eligen postura en dilatación y parto con mujeres que presentan plan de parto y nacimiento.....	pág. 108
Tabla 20. Tabla de contingencia uso de enema con mujeres que presentan plan de parto y nacimiento	pág. 109
Tabla 21. Tabla de contingencia ingestión de alimentos o líquidos con mujeres que presentan plan de parto y nacimiento.....	pág. 110
Tabla 22. Tabla de contingencia partos eutócicos con mujeres que presentan plan de parto y nacimiento	pág. 110

Tabla 23. Tabla de contingencia pinzamiento tardío del cordón con mujeres que presentan plan de parto y nacimiento.	pág. 111
Tabla 24. Tabla de contingencia rasurado del periné con mujeres que presentan plan de parto y nacimiento	pág. 112
Tabla 25. Variables a estudio según presentan Plan de Parto y Nacimiento. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España. Año 2011-2012.....	pág. 113
Tabla 26. Correlación bivariada de variables cuantitativas con MCSRS	pág. 116
Tabla 27. Correlación bivariada de Grado de cumplimiento del Plan de Parto y Nacimiento y MCSRS.....	pág. 118
Tabla 28. T-student independiente para variables cualitativas dicotómicas.	pág. 120
Tabla 29. ANOVA´s para nivel de estudios	pág. 121
Tabla 30. ANOVA´s para tipo de parto.....	pág. 122
Tabla 31. Configuración de los 6 factores y sus ítems correspondientes.	pág. 123
Tabla 32. Rotación varimax. Análisis factorial del cuestionario.	pág. 126
Tabla 33. Análisis descriptivo de los resultados del cuestionario a matronas.	pág. 128
Tabla 34. Análisis variables dicotómicas	pág. 131
Tabla 35. Análisis variables politónicas 1	pág. 131
Tabla 36. Análisis variables politónicas 2.....	pág. 131

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Evolución de la analgesia epidural desde 1997 hasta 2010 en el Sistema Nacional de Salud de España. Fuente Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. 2012. ...pág. 51
- Gráfico 2.** Evolución de la realización de episiotomías en los partos vaginales desde 1997 hasta 2010 en el Sistema Nacional de Salud de España. Fuente Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. 2012.pág. 51
- Gráfico 3.** Resultados de los indicadores de la atención al parto en el Sistema Nacional de Salud de España. Fuente Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. 2012.pág. 52
- Gráfico 4.** Área de cumplimiento de los indicadores de la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud de España. Fuente Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. 2012.pág. 52
- Gráfico 5** Hospitales de la Región de Murcia, tasa por millón de habitantes. Fuente: Catálogo de Hospitales, Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Murciasalud.pág. 69
- Gráfico 6:** Planes de Parto y Nacimiento presentados en el bienio 2011-2012pág. 106
- Gráfico 7.** Participantes en el estudio para dar respuesta al objetivo número 2.pág. 114
- Gráfico 8.** Frecuencia para el factor 1 Uso.pág. 129
- Gráfico 9.** Frecuencia para el factor 2 Opiniónpág. 129
- Gráfico 10.** Frecuencia para el factor 3 Conocimiento general...pág. 129
- Gráfico 11.** Frecuencia para el factor 4 Informaciónpág. 129

Gráfico 12. Frecuencia para el factor 5 Conocimiento legal.....	pág. 130
Gráfico 13. Frecuencia para el factor 6 Utilidad	pág. 130
Gráfico 14. Media del factor 2 Opinión según los años de experiencia	pág. 132
Gráfico 15. Media del factor 6 Utilidad según los años de experiencia	pág. 132
Gráfico 16. Media del factor 2 Opinión según los años de permanencia en el servicio.....	pág. 133
Gráfico 17. Media del factor 6 Utilidad según los años de permanencia en el servicio.....	pág. 133
Gráfico 18. Media del factor 5 Conocimiento legal según el reconocimiento laboral	pág. 134
Gráfico 19. Media del factor 2 Opinión según el lugar de trabajo.	pág. 134
Gráfico 20. Media del factor 2 Opinión según el turno de trabajo.	pág. 134
Gráfico 21. Frecuencia de respuesta para la variable otra actividad en el ítem XIV	pág. 136
Gráfico 22. Frecuencia de respuesta para la variable experiencia en el ítem XIV	pág. 136
Gráfico 23. Frecuencia de respuesta para la variable permanencia en el servicio en el ítem XIV	pág. 137

INTRODUCCIÓN

Introducción

El parto es un momento trascendental en la vida de la mujer, supone un cambio en la configuración de la familia y en la percepción personal. La mujer pasa de ser un individuo independiente a formar parte del binomio madre-hijo.

La vivencia que cada mujer tenga de su parto va a estar condicionada por múltiples aspectos, en primer lugar, las características intrínsecas a la persona, sus valores y creencias, en segundo lugar, las particularidades de su embarazo y proceso de parto, y en tercer lugar la atención dispensada por parte de los profesionales, sin olvidarnos que esta última se ve influenciada por las corrientes sanitarias.

Así pues, cada parto es único e irreproducible. Los profesionales sanitarios tenemos el deber de adaptarnos a cada uno de los procesos de parto, individualizando estos y teniendo siempre presente que las mujeres son el centro de nuestro trabajo. Así pues, debemos potenciar su empoderamiento, pero siempre respetando la máxima de la *lex artis*.

Las mujeres necesitan expresar a los profesionales sanitarios cuáles son sus preferencias en cuanto al parto, para que de este modo puedan ofrecerles una

atención más humana y más centrada en su persona, y no tanto en el proceso de salud.

Para poder atender a cada mujer de la mejor forma posible disponemos en la actualidad de un documento llamado Plan de Parto y Nacimiento en el cual las mujeres expresan sus necesidades, valores y expectativas personales, sirviendo de carta de presentación de las mujeres hacia los profesionales sanitarios. Sin olvidar su carácter legal, pues está considerado un tipo de Consentimiento Informado.

Asimismo, estamos siendo testigos de un cambio en la atención al parto, se ha pasado de atender éste como una enfermedad a atenderlo como algo natural de la vida de las personas, como una vivencia única de cada mujer, que necesita de unos cuidados individualizados y humanizados. El Plan de Parto y Nacimiento es el reflejo de esta humanización que se está produciendo en nuestros hospitales.

Como todos los cambios, éste también es lento y se encuentra con obstáculos. En concreto, existe cierta reticencia de los profesionales sanitarios a escuchar a las mujeres y a tomar decisiones con ellas. Esto es debido a que partimos de un modelo sanitario basado en el principio de beneficencia en el cual el profesional sanitario sabe qué es lo mejor para el paciente y así actúa, sin considerar su opinión. Por lo que los Planes de Parto y Nacimiento en ocasiones son percibidos por los profesionales como una amenaza de su saber hacer.

Pero las mujeres no quieren expresar a los profesionales como han de trabajar, solo quieren ser escuchadas y poder decidir entre las diferentes opciones que los hospitales y el sistema sanitario les ofrece en su parto.

Por lo tanto, los profesionales sanitarios deben comprender que el modelo de atención está cambiando, que hay diversas formas de atender un parto, y que éste está influenciado por las particularidades intrínsecas de cada mujer.

Tenemos que desterrar el pensamiento de que las mujeres nos exigen cómo actuar, y cambiarlo por el pensamiento de que los profesionales sanitarios y el

sistema sanitario ofrece a las mujeres diferentes opciones todas ellas de buena praxis en cuanto a su parto, y que las mujeres tras recibir la información oportuna decidirán junto con los profesionales sanitarios mediante un proceso deliberativo cuáles son sus deseos y expectativas.

Los Planes de Parto y Nacimiento son los documentos idóneos para respetar los deseos y expectativas de las mujeres a la vez que se las empodera en su proceso de parto. Estos documentos, aunque existen desde la década de los 80, en nuestro país han irrumpido en los últimos años, así el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publicó en febrero de 2012 un modelo de Plan de Parto y Nacimiento.

El objetivo que pretendemos con esta tesis es conocer la situación actual de los Planes de Parto y Nacimiento en nuestro entorno, la Región de Murcia.

Para ello hemos realizado *tres estudios*, en primer lugar, con el *1º Estudio*, hemos querido conocer el uso que se le está dando a estos documentos en la maternidad de referencia de nuestra Región, el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Diseñamos un estudio cuantitativo, transversal, en el que analizamos, describimos y comparamos el proceso y la finalización de los partos que tuvieron las mujeres que habían presentado un Plan de Parto y Nacimiento con el resto de partos registrados en el hospital.

Con el *2º Estudio*, quisimos profundizar en la satisfacción en relación al Plan de Parto y Nacimiento de las mujeres, el eslabón más importante de todo el proceso asistencial. Para ello llevamos a cabo otro estudio en un Centro de Salud, perteneciente al Área VI Vega Media del Segura, pero que las mujeres también son atendidas en su parto en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. En nuestro estudio informamos a las mujeres sobre los Planes de Parto y Nacimiento y posteriormente les entregamos una encuesta validada para la satisfacción en el proceso de parto.

Por último, en el *3º Estudio*, nos centramos en los profesionales sanitarios, en este caso en las matronas, con el objetivo de conocer su opinión y el uso que le

dan a los Planes de Parto y Nacimiento. Para ello primero nos propusimos crear y validar un cuestionario que posteriormente se les entregó a las matronas para su cumplimentación.

Nuestra investigación se estructura de la siguiente manera:

- **Introducción**, comenzaremos con una aproximación al paradigma del Parto Normal.
- **Bloque I. Marco teórico.** En el que estableceremos las bases de nuestro estudio, está compuesto por nueve capítulos. Comenzaremos con el Capítulo 1 en el que explicaremos la Teoría convertirse en madre enunciada por Ramona Mercer. En el Capítulo 2 haremos un recorrido por la historia de los diferentes modelos de asistencia clínica. En el Capítulo 3 estableceremos los límites legislativos y bioéticos del Plan de Parto y Nacimiento. En el Capítulo 4 conoceremos los diferentes cambios de perspectiva en la atención al parto normal que se han producido en los últimos años, pasando de la medicalización a la humanización del parto y posteriormente en el Capítulo 5 profundizaremos en el concepto de Parto Normal. En el Capítulo 6 expondremos unas pinceladas de la satisfacción en la atención maternal. En el Capítulo 7, uno de los más importantes de nuestro marco teórico, conoceremos qué es El Plan de Parto y Nacimiento y los estudios que se han desarrollado en los últimos años. En el Capítulo 8 estableceremos el Contexto de nuestra investigación y en el Capítulo 9 la Justificación.
- **Bloque II. Hipótesis y objetivos.** Está compuesto por dos capítulos. En el Capítulo 1 estableceremos las Hipótesis de nuestro estudio. Y en el Capítulo 2 propondremos los Objetivos de la investigación.
- **Bloque III. Marco metodológico.** Lo constituyen dos capítulos. Capítulo 1, detallaremos la metodología de la Revisión bibliográfica

y el Capítulo 2, en el que expondremos el diseño de los *tres estudios* que hemos desarrollado, con su material y método.

- **Bloque IV. Marco empírico.** Está compuesto por dos capítulos. En el Capítulo 1, los Resultados de los *tres estudios* realizados, y el Capítulo 2, la Discusión y la interpretación de los mismos, la cual se ha dividido en tres, coincidiendo con cada uno de los *tres estudios* realizados, para darle más coherencia al texto.
- **Conclusiones y prospectiva.** Expondremos las conclusiones de nuestros *tres estudios*, y por últimos nuestras propuestas para las futuras investigaciones.
- **Referencias bibliográficas**
- **Anexos**

BLOQUE I: MARCO TEÓRICO

El contexto clínico actual, está en un proceso de cambio, motivo por el cual, coexisten diferentes modelos asistenciales. Es de suma importancia conocer estos modelos, y ser conscientes de en qué modelo asistencial desarrollamos nuestra práctica profesional, puesto que no en todos ellos es posible desarrollar el Plan de Parto y Nacimiento en su totalidad.

Con el objetivo de ilustrar el marco teórico, hemos elaborado la Figura 1, en la cual podemos observar como el Plan de Parto y Nacimiento se enmarca en el nuevo modelo de asistencia obstétrica, centrado en el respeto al Parto Normal, y este a su vez está influenciado por la teoría de Ramona Mercer “Adquisición del Rol Maternal-Convertirse en Madre”, y regulado por la Bioética y el Bioderecho.

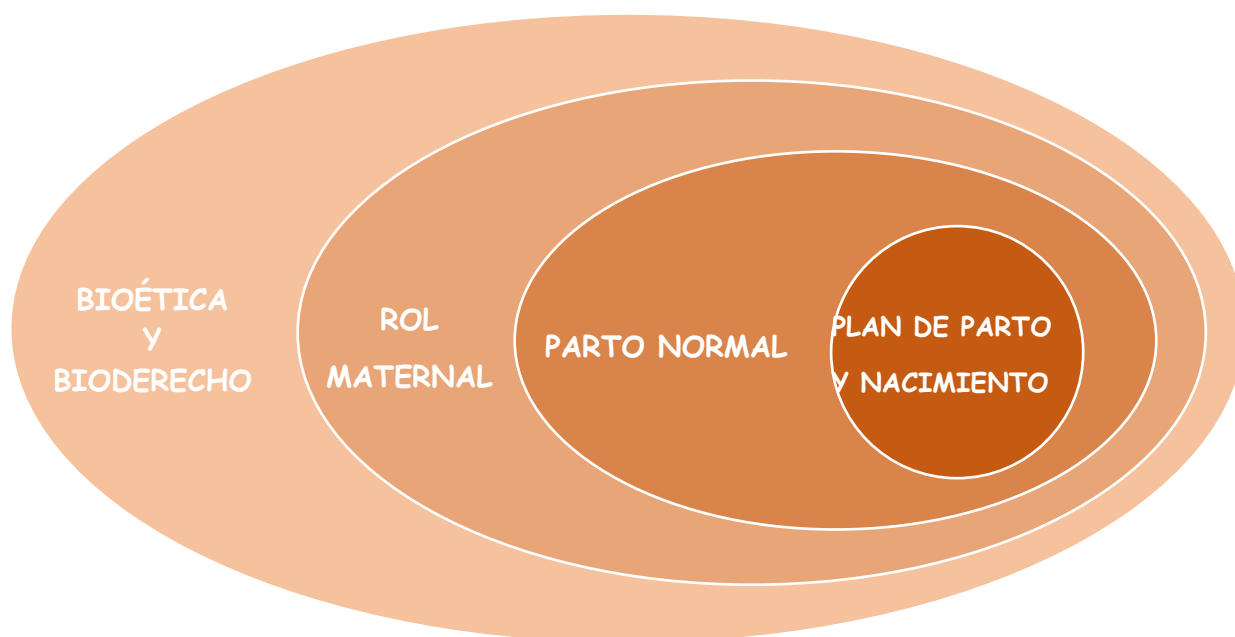


Figura 1. Modelo de asistencia obstétrica. Fuente: elaboración propia

En los siguientes capítulos desarrollaremos cada una de las partes que influyen en el Plan de Parto y Nacimiento

CAPÍTULO 1

Teoría Convertirse en Madre por Ramona Mercer.

La teoría de Ramona Mercer llamada en un principio “Becoming a Mother” (Adopción del rol maternal) propone que los profesionales de enfermería, en nuestro caso las matronas, tengan en cuenta el entorno familiar, el trabajo y la comunidad, como elementos importantes en la consecución del rol maternal. (Mercer, 2004; 2006)

Esta teoría ha sufrido diversos cambios desde que fue enunciada por su autora en 1991, en la International Research Conference, y más tarde en 1995 en su libro *Becoming a Mother: Research on Maternal Identity From Rubin to the Present*.

Mercer se basó en las investigaciones de su profesora Rubin sobre la identidad del rol maternal, así como en otras múltiples teorías de las que cabe destacar la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy, y los círculos de Bronfenbrenner entre otras (Meighan, 2007).

Ramona Mercer (2004) en un artículo titulado *Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment*, afirma que su teoría titulada *Adopción del rol maternal*, debería cambiar el nombre por *Convertirse en Madre*, debido a que este último refleja más un proceso continuo e infinito en el que la mujer va evolucionando dentro del rol maternal.

La teoría actual de R. Mercer llamada *Convertirse en Madre*, propone que es un proceso interactivo y de continuo desarrollo, por medio del cual se produce un vínculo entre madre y criatura. Este proceso está influenciado por múltiples factores. Utiliza los círculos de Bronfenbrenner para describir su teoría. En el centro de todo ubica las relaciones entre madre-padre-criatura, las cuales están en el círculo de *Familia y Amigos*, que a su vez incluyen el apoyo social, los valores sociales, las guías para la paternidad, el funcionamiento familiar y los factores estresantes. En el círculo superior ubica la *Comunidad*, que incluye los cuidados diarios, los lugares de trabajo, las escuelas, los entornos laborales, los hospitales, las instalaciones recreativas y los centros culturales. Y, por último, el círculo más externo está representado por la *Sociedad*, que engloba a su vez la influencia de las leyes, la evolución de las ciencias, la transmisión de la cultura, y los programas de salud.

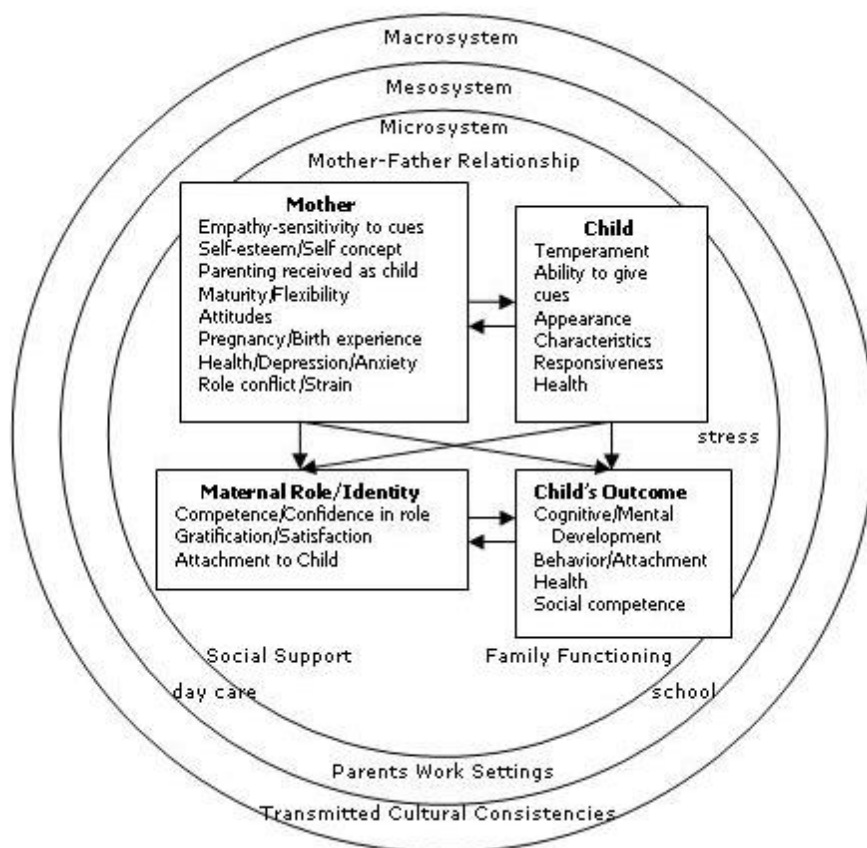


Figura 2. Modelo de adopción del rol maternal. Fuente: Adopción del rol maternal-Convertirse en madre. Fuente: Adopción del rol maternal-Convertirse en madre. (Meighan, 2007)

Así pues, la teoría *Convertirse en Madre* está influenciado por todos estos factores. Siguiendo como modelo los propuestos por Mercer, hemos elaborado una clasificación propia, agrupando los factores en 4 entidades:

- **Agentes dependientes de la madre:** Edad del primer nacimiento, experiencia del parto y nacimiento de su criatura, características de la personalidad materna, autoconcepto, actitudes de crianza, estado de salud materna. Ansiedad, flexibilidad.
- **Agentes dependientes de la criatura:** Temperamento, apariencia, respuesta a estímulos, estado de salud, habilidad para comunicarse.
- **Agentes interdependientes entre madre y criatura:** Separación precoz, unión, gratificación-satisfacción (es el placer y la

recompensa que una mujer experimenta en la relación con su hijo), Tensión debido al rol.

- **Agentes que influyen externamente al binomio madre-hijo:** Estrés social, apoyo social, familia, relación padre-madre, rol paterno.

El proceso de *Convertirse en Madre* conlleva la adquisición de una serie de habilidades en la crianza, de la confianza en una misma, de la gratificación y el placer, para así poder evolucionar y adquirir el rol maternal.

El proceso de Convertirse en Madre se divide en 4 etapas (Mercer, 2006), estas no son estáticas, si no, que se superponen entre sí:

- a) **Anticipación:** Compromiso, apego, y preparación a la maternidad. (Embarazo)
- b) **Formal:** Conocimiento, aumento del apego hacia él bebe, restauración física tras el parto. (Las dos primeras semanas tras el parto)
- c) **Informal:** Adaptarse a la nueva normalidad, se produce al principio del cuarto mes. (Desde la tercera semana tras el parto hasta el 4º mes)
- d) **Personal:** Consecución de la identidad materna (hacia el final del 4º mes tras el parto).

La transición a la maternidad supone por parte de la mujer un compromiso intenso, así como una participación activa, que comienzan antes incluso que el embarazo, cuando la mujer inicia la búsqueda de información, acerca de la concepción, de su embarazo, su parto y los cuidados a realizar a su futura criatura. (Mercer, 2004)

La experiencia del nacimiento, así como la preparación para la maternidad, desarrollada durante el embarazo, influyen en el proceso de convertirse en madre

(Mercer & Walker, 2006). Otros aspectos que influyen son las experiencias previas de la madre, su creatividad, y las cualidades tanto de madre como de criatura (Mercer, 2006).

Es importante resaltar que, Mercer enfatiza que, el tipo de ayuda o cuidado que una mujer recibe durante el embarazo, parto y durante el primer año después del nacimiento influyen en el desarrollo posterior de la madre y de su criatura (Meighan, 2007). Por ello, a mi juicio la información recibida sobre el embarazo y el parto, así como la planificación de este último, y la autonomía en el proceso del parto, influyen de una forma importante en el proceso de convertirse en madre.

Dicho con otras palabras, las decisiones de la mujer van a afectar a su criatura desde el mismo momento en el que se quede embarazada, por lo que la mujer deberá tomar las decisiones tras largos periodos de reflexión, teniendo en cuenta sus valores, creencias y expectativas.

CAPÍTULO 2

Aproximación Histórica a los Diferentes Modelos de Asistencia Clínica.

El Plan de Parto y Nacimiento, como un documento legal en la atención sanitaria, debe encuadrarse dentro de la relación clínica que se establece entre los profesionales sanitarios y la mujer gestante. Comentaremos la relación clínica que se establece entre la matrona y el binomio madre-criatura, ya que es la matrona la profesional cualificada para atender los partos normales. (Real Decreto 1837/2008)

En términos enfermeros la relación clínica, es el proceso de atención enfermera y todo lo que acontece a su alrededor. La relación clínica, es una relación humana, que se establece entre la matrona y el binomio madre-criatura, todo ello en un contexto y en un tiempo determinado.

La definición de matrona más actual es la propuesta en 2011 en la Reunión del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, en Durban, Sudáfrica:

Una matrona es una persona que ha completado con éxito un programa educativo en partería que está debidamente reconocido en el país donde se encuentra y que está basado en las “Competencias

Esenciales de la ICM para la Práctica de la Partería Básica” y en el marco de las “Normas Globales de la ICM para la Educación de Matronas”, que ha adquirido las calificaciones necesarias para ser legalmente registrada y / o autorizada para la práctica de la partería y utilizar el título de "matrona", y que demuestra competencia en la práctica de la partería. **Ámbito de la Práctica** La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejo durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos es la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y el niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia. La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud.

Siguiendo la clasificación que establece Ezekil J. Emanuel, existen 4 modelos de relación clínica, los cuales se configuran atendiendo a: 1. Objetivos de la relación clínica, 2. Obligaciones del profesional sanitario, 3. Valor del rol del paciente, y 4. Autonomía del paciente. De la interacción de estos 4 puntos, surgen 4 modelos de relación clínica, los cuales se exponen a continuación. (Emanuel & Emanuel, 1992)

A. Modelo paternalista.

En el caso de las matronas, este modelo podríamos llamarlo, Maternalista. Este es el que ha predominado desde la antigüedad en la asistencia médica, aunque no en la asistencia al parto por matronas. Se basa en el principio de beneficencia, la matrona decide qué intervención es mejor para la mujer gestante. La matrona para ello, usa sus habilidades técnicas, y su experiencia. Una vez decidida la actuación conveniente, le proporciona a la mujer una información seleccionada para que esta dé su consentimiento. Así la matrona con sus conocimientos y experiencia dirigiría el parto, sin prestar atención a los deseos de la madre.

Es un modelo autoritario, donde la matrona le dice a la mujer qué hacer, y tan solo pide el consentimiento informado por una cuestión meramente legal.

B. Modelo informativo.

En este modelo, la relación clínica tiene como objetivo informar a la mujer gestante, pero proporcionando toda la información, sin adaptarla a la situación específica de cada mujer, sobre el diagnóstico, el tratamiento, los riesgos, etc. Y es la mujer quien debe valorar qué opción elegir. La matrona se convierte en una mera dispensadora de técnicas. Y es la autonomía de la mujer la que rige la decisión clínica, y por lo tanto la asistencia sanitaria.

C. Modelo interpretativo.

En este modelo, al igual que el anterior también se da información a la mujer, pero esta es específica de la situación de ella. La matrona le proporciona información para ayudarle a seleccionar entre las posibles actuaciones. Por lo que, la matrona se convierte en una consultora, y será la mujer quien decida qué hacer.

D. Modelo deliberativo.

En este modelo la matrona ayuda a la mujer gestante a elegir la mejor intervención. Para ello la matrona le da información sobre su situación clínica específica, sobre sus posibilidades, etc. Le ayuda a aclarar sus valores frente a la vida y a la salud. Y así la matrona y la mujer por medio de un proceso deliberativo llegan las dos juntas a una decisión, sobre qué es lo mejor para el binomio madre-criatura. En este modelo, la matrona es una profesora, o una amiga, con la que la mujer decide conjuntamente cómo proceder. Así matrona y mujer están implicadas en la toma de decisiones clínicas.

Por tanto, a nuestro entender, el modelo deliberativo es el ideal para poder desarrollarse el Plan de Parto y Nacimiento, no obstante, también puede presentarse en el modelo informativo y en el interpretativo, pero sin olvidar que alcanza su máxima expresión en el modelo deliberativo.

Como ya se ha mencionado, la relación clínica que ha predominado lo largo de la historia en la medicina ha sido el modelo paternalista; los griegos suponen la máxima representación de este modelo, así Hipócrates escribe: "Haz todo esto con calma y orden, ocultando al enfermo, durante tu actuación, la mayoría de las cosas" Hipócrates (trad. 1983).

En Grecia se consideraba al individuo un ser desordenado, falso, feo y malo, el cual debía obedecer al médico filósofo, pues este era quien sabía lo que le convenía al enfermo. Por lo tanto, la actitud paternalista consiste en decidir por y sobre el otro sin el otro, o sin tomar en consideración al otro.

Resaltar, que este, ha sido el modelo de relación clínica establecido entre médicos y paciente, que no entre las matronas y las mujeres. Pues las matronas siempre han tenido más cercanía con las mujeres, y sus labores las han desarrollado de una manera más informal. Pero con la llegada de la tecnificación y la institucionalización del parto, se incluyó a este dentro de la medicina, tratándose

cómo una enfermedad y no como un proceso natural de la mujer, y así, las matronas empezaron a asumir el modelo de relación clínica basado en el maternalismo.

A partir del siglo XX, se ha producido en el ámbito de la sanidad una transformación en cuanto a la relación clínica. Este cambio coincide con la irrupción de la autonomía en la vida privada, la reivindicación de los derechos humanos, con su máximo exponente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, y los derechos de la mujer. (Simón, 2000)

La salud al considerarse un ente del ámbito privado, también participa de todos estos movimientos revolucionarios de la época, por lo que aparecen los derechos de los pacientes, y junto con el surgimiento de la bioética y el bioderecho se irá poco a poco pasando de un modelo paternalista a un modelo deliberativo.

Modelo de relación clínica ideal: modelo deliberativo.

De los 4 modelos de relación clínica existentes en la actualidad, el modelo deliberativo es a nuestro juicio el ideal, pues respeta los principios de autonomía y el derecho a la información. Hemos elaborado la figura 3, para intentar representar cómo a nuestro parecer se configura la relación clínica entre la matrona y el binomio madre-hijo.

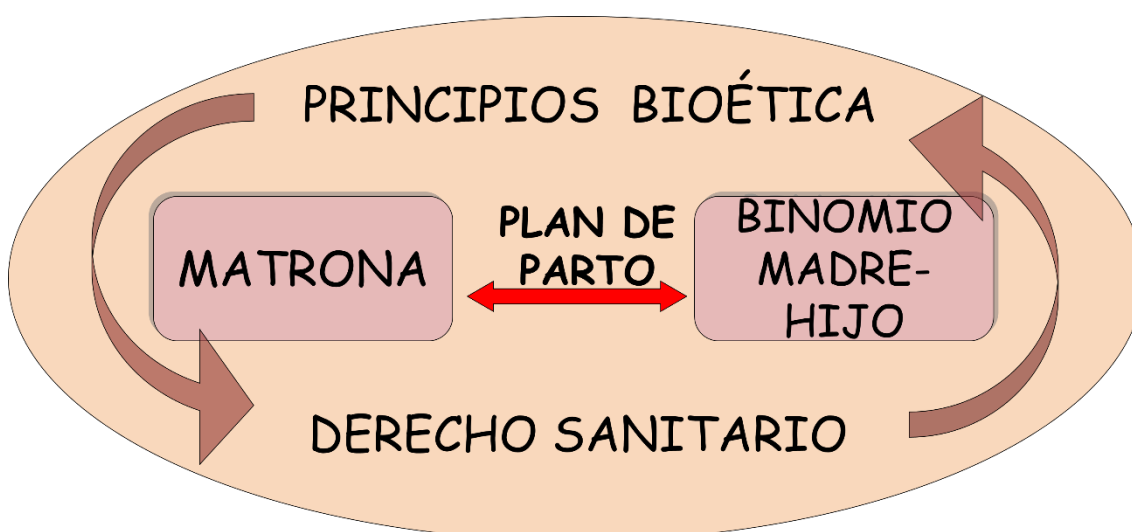


Figura 3. Modelo de relación clínica ideal. Fuente: elaboración propia.

Alrededor de la relación clínica hay un entramado de declaraciones, convenios y leyes, tanto nacionales como internacionales, y los códigos deontológicos de enfermeras y matronas, representado en la figura como *Derecho Sanitario*, y los *Principios de Bioética*, estas dos entidades se complementan y modulan entre sí, a la vez que rigen la relación entre la *matrona* y *el binomio Madre-criatura*, que usa como canal de comunicación *El Plan de Parto y Nacimiento*.

Resaltar que, la deliberación es de suma importancia a la hora de tomar una decisión clínica, puesto que esta no puede ser tomada en solitario por la matrona, ya que, de este modo caería en el error de tratar todos los casos como iguales, pero tampoco puede la gestante tomar sola la decisión, ya que carece de la experiencia y conocimiento necesarios para decidir sola qué conviene en su situación determinada, por ello ha de ser una decisión conjunta, tras una información y deliberación, la cual debe ser específica, pertinente y adaptada a la situación específica de cada mujer.

El Plan de Parto y Nacimiento cumple una doble función en la relación clínica, por un lado, sirve de canal de comunicación, puesto que la mujer al plasmar por escrito cuáles son sus deseos y expectativas está informando a la matrona sobre ellos, constituyendo una carta de presentación, y por otro lado es un soporte legal dentro de esta relación clínica, al ser considerado un tipo de consentimiento informado.

CAPÍTULO 3

Marco Bioético y Legislativo del Plan de Parto y Nacimiento.

Como hemos comentado en el capítulo anterior, en la primera mitad del Siglo XX, y como consecuencia de los pensamientos surgidos en los últimos años del siglo XIX, se inicia con la proclamación de la Declaración Universal de Derechos Humanos una revolución en los ordenamientos jurídicos y sociales, propulsando un profundo cambio social. Seguidamente surgen una serie de convenios a nivel internacional -nosotros nos centraremos en los concernientes a la Unión Europea- con los posteriores desarrollos legislativos a nivel estatal. En el ámbito sanitario este cambio se verá reflejado en el nacimiento y posterior evolución de la bioética.

Así el 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos. Comienza su preámbulo:

Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana [...] LA

ASAMBLEA GENERAL proclama la presente DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse...

En su artículo 25 menciona la salud, y debemos prestar especial atención a su punto 2, donde nos habla de la maternidad.

Artículo 25.

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.
(Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948)

Esta declaración, como ya hemos mencionado anteriormente es el mayor precedente para todos los cambios que se fueron produciendo en todo el mundo, así como un impulso para el nacimiento de la Bioética, la cual guiará desde sus inicios hasta nuestros días el desarrollo de la actividad sanitaria, y por consiguiente las actuaciones de la matrona.

Los antecedentes históricos del nacimiento de la bioética y de sus principios son:

1947. Código de Núremberg. Es el primer protocolo internacional sobre ética de investigación en personas.

1957. Caso Salgo. Se exige la obligatoriedad de obtener el consentimiento informando adecuadamente al paciente para que este decida.

1961. Efectos adversos de la talidomida.
1964. Declaración de Helsinki.
1971. Potter publica: Bioética: Un puente para el futuro.
1972. New York Time informa sobre los experimentos realizados en hombres de raza negra, para estudiar la evolución de la sífilis.
1973. Primera Carta de Derechos de los Pacientes. Por la Asociación Americana de Hospitales.
1976. Caso de Karen Ann Quinlan. Se permite que se le retire el ventilador que la mantenía con vida.
1976. Howard Brody publica “Decisiones éticas en medicina”.
1977. La comisión Nacional para la protección de datos humanos en sujetos de experimentación elabora un informe sobre la investigación clínica en niños.
1978. Informe Belmont. Establece los principios de la bioética.
1979. Beauchamp y Childress publican: Principios de ética biomédica. Incluyendo un cuarto principio.
1983. La Comisión presidencial para el estudio de la ética en los problemas de medicina e investigación biomédica, elabora 9 informes sobre bioética.
1986. En España se aprueba la Ley General de Sanidad. En su artículo 10 se recoge la primera Carta de Derechos y Deberes del Paciente.

Tabla 1. Antecedentes históricos del nacimiento de la bioética. **Fuente:** Elaboración propia.

Cabe destacar, el informe Belmont, elaborado por la Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento (1978), puesto que, supone el nacimiento de los principios de la Bioética. Este informe es el resultado de la “Comisión Nacional para la protección de las Personas Objeto de la experimentación Biomédica y de la Conducta”, creado por el congreso de EEUU en 1974. Esta comisión, formada por profesionales de distintas ramas del saber (médicos, filósofos, teólogos, investigadores, etc.) tenía

como objetivo debatir las cuestiones éticas de la investigación con sujetos humanos, y proponer unas directrices para llevarla a cabo.

Como resultado, proclamaron tres principios generales, que debían ser respetados en toda investigación. En este punto debemos distinguir entre principios y reglas puesto que, aunque ambos se consideren normas, (algo que debe ser cumplido), los principios no son absolutos como ocurre con las normas, ya que cuando estos entran en conflicto no se anulan, sino que hay que llegar a un equilibrio entre ellos. (Méndez & Silveira, 2007). Estos principios son:

1. *Respeto a las personas*. Subdividido en dos premisas; Respeto a las personas autónomas, y protección a las personas que carecen de autonomía.
2. *Beneficencia*. En el sentido de no causar daño, de maximizar los beneficios, y de minimizar los daños.
3. *Justicia*. Entendida como la equidad de distribución.

Posteriormente en 1979, tan solo un año después, Beauchamp quien había sido miembro de la Comisión, y Childress, publicaron “Principios de la ética biomédica” (Beauchamp & Childress, 1998) . En este libro añadieron un cuarto principio denominado *no-maleficencia*, resultado de desdoblar el principio de *beneficencia*. Además, llamaron a sus principios, principios de la bioética, constituyéndose estos no solo como los principios de la investigación, si no como los principios de toda práctica biomédica. Hay que resaltar que señalaron que los cuatro principios pueden ser justificados desde todas las concepciones éticas (Deductivismo: Modelo de preceptores genéricos; Inductivismo: Modelo basado en el caso individual; Coherentismo) (Beauchamp & Childress, 1998), y que estos principios son el resultado de la moralidad común de la sociedad, por lo tanto, pueden ser de aplicación en todos los problemas éticos de la biomedicina. Así pues, los Principios de la Bioética quedan establecidos del siguiente modo: (Méndez & Silveira, 2007).

1. Respeto a la Autonomía.
2. No maleficencia.
3. Beneficencia.
4. Justicia.

El principio de respeto a la **autonomía** deriva del derecho de la persona a tomar sus propias decisiones, y está plasmado o reconocido en el consentimiento informado, en obstetricia además está presente en el Plan de Parto y Nacimiento, al considerarse este un tipo de consentimiento informado.

El principio de **no maleficencia**, es la obligación de no hacer daño, deriva de desglosar el antiguo principio de beneficencia. A diferencia de la beneficencia es abstenerse de algo.

El principio de **Beneficencia**, es el principio más antiguo de la práctica médica, se refiere a hacer el bien. Está recogido en el juramento hipocrático. Entra en confrontamiento con el paternalismo médico.

El principio de **Justicia**, surge como consecuencia de las desigualdades en la salud. Es esencial para la organización sanitaria, y la elaboración de los programas de salud pública.

Así pues, los 4 principios de la bioética, Autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia, unidos a los códigos deontológicos de cada una de las profesiones sanitarias configuran el marco bioético.

Por otro lado, el marco legislativo está constituido por documentos de diferentes índoles, Declaraciones, Convenios, Leyes, Decretos, tanto de carácter nacional como internacional. En el tema que nos concierne son importantes las siguientes.

Internacionales:

- *Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa. 1994.* Esta declaración constituye un marco Europeo para la sanidad, mejorando las relaciones con los profesionales sanitarios. En su artículo 1.2 sostiene “*Todo el mundo tiene derecho a la autodeterminación*” más adelante del respeto a la dignidad de la persona, a su privacidad, e intimidad. Contiene todo un capítulo, el II, para la información. El punto más importante para nosotros, es el 2.2 que dice así: “*Los pacientes tienen derecho a ser informados en detalle sobre su estado de salud, incluyendo los datos médicos sobre su estado; sobre los procedimientos médicos propuestos, junto a los riesgos potenciales y beneficios de cada procedimiento; sobre alternativas a los procedimientos propuestos, incluyendo el efecto de no aplicar un tratamiento; y sobre el diagnóstico, pronóstico y progreso del tratamiento.*” De este párrafo podemos deducir que la mujer tiene derecho a que se le informe de las diferentes formas de parir, y las alternativas de los distintos procedimientos.
- *Convenio relativo de los derechos humanos y la biomedicina. Convenio de Oviedo. 1997.* Regula los derechos sanitarios, como el derecho a la información y a la no información.
- *Declaración universal sobre el genoma humano y los derechos humanos. 1997.* En ella se reconocen a los Derechos Humanos recogidos en la declaración de 1948 como marco para el bioderecho.
- *Declaración universal sobre bioética y derechos humanos. 2005.* Su artículo 5 trata sobre la autonomía, diciendo que se habrá de respetar la autonomía de la persona. Para continuar en el artículo 6, estableciendo que toda intervención vendrá precedida por el consentimiento libre e informado. debemos tener en cuenta que

autonomía significa libertad de realizar cualquier conducta que no perjudique a terceros (Casado, 2009). Por ello los límites de la autonomía personal comienzan donde inicia la autonomía de terceros. Esto es muy importante en obstetricia pues debemos tener en cuenta que no solo atendemos a una mujer, también a un feto.

Artículo 5. Autonomía y responsabilidad individual.

Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Artículo 6. Consentimiento.

1. Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

2. La investigación científica sólo se debería llevar a cabo previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada. La información debería ser adecuada, facilitarse de forma comprensible e incluir las modalidades para la revocación del consentimiento. La persona interesada podrá revocar su consentimiento en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno. Las excepciones a este principio deberían hacerse únicamente de conformidad con las normas éticas y

jurídicas aprobadas por los Estados, de forma compatible con los principios y disposiciones enunciados en la presente Declaración, en particular en el Artículo 27, y con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.

3. En los casos correspondientes a investigaciones llevadas a cabo en un grupo de personas o una comunidad, se podrá pedir además el acuerdo de los representantes legales del grupo o la comunidad en cuestión. El acuerdo colectivo de una comunidad o el consentimiento de un dirigente comunitario u otra autoridad no deberían sustituir en caso alguno el consentimiento informado de una persona.

Nacionales:

- *CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA 1978.* En ella se reconocen los derechos humanos (artículo 10.2), derechos a la libertad (artículo 17) y derecho a la protección de la salud (artículo 43).

Artículo 10.

1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.

2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.

Artículo 17.

1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la

observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley.

2. La detención preventiva no podrá durar más del tiempo estrictamente necesario para la realización de las averiguaciones tendentes al esclarecimiento de los hechos, y, en todo caso, en el plazo máximo de setenta y dos horas, el detenido deberá ser puesto en libertad o a disposición de la autoridad judicial.

3. Toda persona detenida debe ser informada de forma inmediata, y de modo que le sea comprensible, de sus derechos y de las razones de su detención, no pudiendo ser obligada a declarar. Se garantiza la asistencia de abogado al detenido en las diligencias policiales y judiciales, en los términos que la ley establezca.

4. La ley regulará un procedimiento de «habeas corpus» para producir la inmediata puesta a disposición judicial de toda persona detenida ilegalmente. Asimismo, por ley se determinará el plazo máximo de duración de la prisión provisional.

Artículo 43.

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.

- *LEY GENERAL DE SANIDAD. 1986.* Se crea el Sistema Nacional de Salud, que lo define como el “Conjunto de servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados.” En el cuál son las Áreas de Salud las estructuras básicas del Sistema Sanitario. De este modo la Ley General de Sanidad nos configura un contexto donde se desarrollará la relación clínica. En el artículo 1. establece que la ley tiene por objetivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española.

Artículo 1

1. La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.

2. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

3. Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.

4. Para el ejercicio de los derechos que esta Ley establece están legitimadas, tanto en la vía administrativa como jurisdiccional, las personas a que se refiere el apartado 2 de este artículo.

- *LEY 41/2002, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.* En el mismo título, nos dice que los pacientes tienen derecho a la autonomía, y esta es tan importante que aparece en el capítulo I,

en los principios básicos de la ley en el artículo 2.1 El cual sostiene que toda información y documentación clínica debe estar regida por el principio de autonomía, por ello el Plan de parto y Nacimiento debe ser respetado por los profesionales sanitarios, al ser documentación clínica. Además, en las definiciones legales reconoce la libertad de la persona para elegir entre varias opciones, por lo tanto, reconoce que la mujer puede decidir haciendo uso de su autonomía, cómo desea parir.

Artículo 2. Principios básicos.

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

- *LEY 44-2003.* Ordenación de las profesiones sanitarias.

Por último también disponemos de otros tipos de documentos, si bien no regulan legalmente la práctica clínica sí que marcan unas directrices a seguir por los profesionales, así encontramos las diversas recomendaciones por parte de organismos como la Federación de asociación de Matronas de España (FAME), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), otros organismos internacionales de los que cabe destacar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y las Guías de Práctica Clínica elaboradas por el Ministerio de Sanidad Español. Desarrollaremos estas en el capítulo 4.

CAPÍTULO 4

Cambios de Perspectiva en la Atención al Parto Normal: de la Medicalización a la Humanización.

Como hemos mencionado anteriormente, en los últimos años estamos siendo testigos de un cambio en la asistencia al parto. A principios del siglo XX la atención al parto era dispensada por las comadronas en el ámbito domiciliario, pero a partir de la década de los 60 el parto en España sufre una institucionalización, consecuencia directa del deseo de que el parto termine con el nacimiento de una criatura sana, por lo que todos los partos serán atendidos en hospitales dirigidos por médicos, en el que se realizarán intervenciones sistemáticas, médicas y quirúrgicas, sin la suficiente evidencia sobre su seguridad y eficacia, así el modelo de asistencia imperante fue, y sigue siendo en gran parte de los hospitales el modelo biomédico, caracterizándose por la medicalización, institucionalización, fragmentación del cuidado y tecnologización (Stoller, 1974; Federación de Asociaciones de Matronas de España [FAME], 2007; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

El parto pasa de ser un proceso natural, a un proceso médico, y como tal hay que tratarlo, aplicando los últimos avances y tecnologías, así las tasas de morbimortalidad en los partos se ven disminuidas, pero a costa de una sobretecnificación del mismo. El parto como proceso hospitalario es subsidiario de ciertas prácticas rutinarias y protocolizadas, como la episiotomía, el rasurado, los enemas, la estimulación del parto, sin estar avaladas científicamente su uso rutinario.

Citando a otros autores, la asistencia al parto se convierte en un proceso rutinario, uniforme, sistemático, ritualizado, burocrático y autoritario (Hernández Garre & Echevarría Pérez, 2016), adoptándose el modelo sanitario de enfermedad (Maroto Navarro et al., 2004).

La relación entre los profesionales y las mujeres también se ve influenciada, las matronas, a las órdenes del médico, asumieron más que nunca la corriente del paternalismo sanitario; la matrona y el médico saben qué es lo mejor para la mujer, y qué debe hacerse en cada momento (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010), por lo que se configura una relación clínica asimétrica, en la que las mujeres ejercen un rol pasivo (Hernández Garre & Echevarría Pérez, 2016).

Por lo tanto, la atención al parto se basa en el modelo biomédico, con un alto nivel de intervencionismo, y en el que la mujer es considerada como una persona enferma necesitada de atención médica, siendo los profesionales sanitarios los que deciden la actuación a seguir, anulando de este modo la autonomía de la mujer (Arnau Sánchez et al., 2012). Esta falta de autonomía en la toma de decisiones hace que la adquisición del rol maternal se vea mermada.

Como consecuencia de ellos, en las últimas décadas se está cuestionando la alta tecnificación, intervencionismo y despersonalización del parto. La OMS (1985) publica sus recomendaciones sobre el nacimiento, en las cuales dice que el parto es un proceso normal y natural, y se insta a los estados a revisar la tecnología

aplicada en los partos; en 1996 publica en Ginebra “Cuidados en el parto normal: una guía práctica”, ambos documentos reconocen que cada mujer debe elegir qué tipo de parto desea, contribuyendo de este modo a devolver el protagonismo a las mujeres.

A raíz de estas declaraciones por parte de la OMS, surgen una serie de publicaciones defendiendo los derechos de la mujer, así como su autonomía, las mujeres también comienzan a pedir una mayor calidad en la atención al parto, y que esta atención sea más personalizada y supere la medicalización de un proceso natural como es el parto (Generalitat de Catalunya, 2007). Las mujeres no solo demandan una asistencia segura, sino que también se respete su libertad de decisión, sus valores, y las expectativas que se han ido forjando acerca de cómo va a ser su proceso de parto.

En la tabla 2 se detallan las recomendaciones más importantes de la OMS.

AÑO PUBLICACIÓN	TÍTULO
1985	Declaración de Fortaleza
1985	Tecnología apropiada para el nacimiento
1985	Teniendo un niño en Europa
1996	Cuidados en el parto normal: una guía práctica
2001	Principios de la organización mundial de la salud en el cuidado perinatal: Lineamientos esenciales en el cuidado de la salud antenatal, perinatal y del postparto
2003	Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño
2006	Principios de cuidado integrado para embarazo, parto y puerperio.
2013	Salud reproductiva y maternidad saludable
2014	Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud

2015	Conducción del trabajo de parto
2016	Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo
2016	Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care

Tabla 2. Documentos destacados de la OMS sobre recomendaciones en la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Fuente: Elaboración propia. Se pueden consultar en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/es/

En España siguiendo estas mismas corrientes, tras un largo recorrido que se inicia en la década de los 90, cuando grupos de profesionales y mujeres empiezan a plantearse que la asistencia al parto es excesivamente intervencionista, se desarrollan varios documentos que abogan por un parto normal (Federación de Asociaciones de Matronas de España [FAME], 2007). En 2010 el Ministerio de Sanidad y Política Social en colaboración con las Comunidades Autónomas, publica el documento “Estrategia de Atención al Parto Normal” en el que instan a que la atención sanitaria siga los principios de “...consideración del parto como un proceso generalmente fisiológico y la pertinencia de ofrecer una atención personalizada e integral que contemple tanto los aspectos biológicos como los emocionales y familiares, basada en la evidencia científica y respetuosa con el protagonismo y el derecho a la información y a la toma de decisiones informadas que la legislación reconoce a las mujeres.”

AÑO	ORGANISMO	TÍTULO DEL DOCUMENTO
2003	SEGO	Protocolo de asistencia al parto normal
2007	MSYC	Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud
2007	FAME	Iniciativa al parto normal
2008	SEGO	Recomendaciones sobre la asistencia al parto normal.
2009	MSYPS	Maternidad Hospitalaria: Estándares y Recomendaciones

2009	MSYPS	Atención Hospitalaria al parto: Estándares y Recomendaciones para Maternidades Hospitalarias
2010	MSYPS	Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal
2012	MSSSEI	Informe sobre la Atención al Parto y al Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud
2014	MSSSEI	Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

MSYC: Ministerio de Sanidad y Consumo.

FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España.

MSYPS: Ministerio de Sanidad y Política Social.

MSSSEI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Tabla 3. Documentos sobre recomendaciones en la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer, publicados en España. Fuente: elaboración propia.

Estos documentos suponen el inicio del empoderamiento de las mujeres, que alcanza su máximo exponente con el surgimiento del documento Plan de Parto y Nacimiento.

CAPÍTULO 5

Parto Normal.

“El parto y el nacimiento son experiencias profundas y únicas y, al mismo tiempo, procesos fisiológicos complejos.”¹

Como ya hemos mencionado en el capítulo anterior, el modelo de atención al parto ha sufrido cambios en los últimos años, en consecuencia, el Ministerio de Sanidad elaboró una serie de documentos, entre ellos la “Estrategia de Atención al Parto Normal” y la “Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal”.

En este último documento se define el parto normal como:

“El parto normal es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y 42 semanas cumplidas). Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones,

¹ Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad y Política Social. Vitoria. 2010

culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso. Después de dar a luz, tanto la madre como su bebé se encuentran en buenas condiciones.

La evolución del parto está influida no sólo por factores biológicos propios de cada mujer y bebé, sino también por factores psicológicos, culturales y ambientales.

La mayoría de las mujeres sanas, con la atención y apoyo adecuados y con un mínimo de procedimientos médicos pueden dar a luz sin poner en riesgo su seguridad y la de los bebés. Para ello es importante que las mujeres tengan la confianza en sus posibilidades de afrontar el parto y que las matronas y obstetras contribuyan a la mejor evolución de este proceso fisiológico” (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

El parto se divide en 3 etapas, dilatación, expulsivo y alumbramiento. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014)

La fase de dilatación se divide a su vez en dos fases.

- Fase latente: desde que se inician las contracciones hasta que el cuello está borrado y dilatado 2-3 cm.
- Fase activa: que es el tiempo que va desde los 2-3 cm hasta los 10 cm de dilatación. La SEGO la divide a su vez en tres, fase de aceleración (desde los 2-3 cm hasta los 4 cm). Fase de máxima velocidad (desde los 4 cm hasta los 9 cm). Fase de desaceleración (desde los 9 cm hasta la dilatación completa).

La fase de expulsivo, es la segunda fase o periodo del trabajo de parto, corresponde desde la dilatación completa (10 cm) hasta la expulsión del feto. En

esta fase se distinguen tres periodos: encajamiento de la cabeza en el estrecho superior de la pelvis, descenso de la presentación y salida del feto al exterior.

La fase de alumbramiento, es la tercera fase o periodo del trabajo de parto, y corresponde a la salida de la placenta. Comprende las siguientes fases: desprendimiento placentario, separación del corion y amnios, hemostasia uterina y expulsión de los anejos.

A continuación, se muestran en la tabla 4, las diferentes opciones entre las que pueden elegir las mujeres, clasificadas según la etapa del parto.

<i>En todo el proceso</i>	Elección de la persona que le acompaña	
	Elección de la ropa, propia o del hospital	
	Participación del acompañante o pareja	
<i>Dilatación</i>	Alivio del dolor	Analgesia epidural Inyecciones de agua estéril Inhalación de óxido nitroso TENS
	Posiciones	Sentada De pie De rodillas Cuadrúpeda o a cuatro patas En cuclillas
	Uso de materiales de apoyo	Deambulación y cambios de posición Musicoterapia Aromaterapia Masajes Acupuntura Pelotas de Bobath Técnicas de relajación Apoyo continuo de la gestante por parte de la matrona
	Consumo de bebidas isotónicas	

<i>Expulsivo</i>	Tipo de pujos	Pujos con maniobra de Válsala Pujos espontáneos, dirigidos por la mujer
	Posiciones	Litotomía De pie Vertical de cuclillas Vertical de rodillas Silla de Partos Lateral o Sims Semisentada en cama obstétrica Cuadrúpeda (Manos-pies o manos-rodillas)
<i>Alumbramiento</i>	Donación de sangre de cordón	
	Corte del cordón por parte de la pareja o acompañante	
<i>Recién nacido</i>	Profilaxis de vitamina K	Oral Intramuscular
	Alimentación	Lactancia materna Lactancia artificial
	Colaborar en los cuidados e higiene del recién nacido	

Tabla 4. Alternativas que las mujeres pueden elegir durante todo el proceso de parto.
Fuente: Elaboración propia basada en la Estrategia de Atención al Parto Normal.

Al mismo tiempo en la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal se establecen una serie de directrices en la Atención a los Partos Normales, entre las recomendaciones clave encontramos las siguientes:

- Se recomienda que los equipos de atención al parto hospitalario promuevan la atención al parto de bajo riesgo preferiblemente dirigido por las matronas, siempre y cuando éste se mantenga dentro de los límites de la normalidad.
- No es posible establecer la duración de la fase latente de la primera etapa del parto debido a la dificultad de determinar el comienzo del parto. La duración de la fase activa del parto es variable entre las mujeres y depende de la paridad.

- La decisión de intervenir ante una supuesta prolongación de la primera etapa del parto se debe tomar en función del progreso de la dilatación y otros factores obstétricos y no exclusivamente en base a la duración.
- No se recomienda la amnioscopia en la valoración inicial de la mujer de riesgo en trabajo de parto.
- Se recomienda no utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto.
- No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto.
- Se recomienda que la mujer en trabajo de parto sea atendida individualmente desde su ingreso y de forma continua por una matrona.
- Una mujer en fase activa de parto no debería dejarse sin atención profesional excepto por cortos periodos de tiempo o cuando la mujer lo solicite.
- Se debe alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentre cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.
- Se recomienda no realizar amniorrexis artificial ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma normal, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados.
- Se desea que durante el parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda.
- No debe practicarse episiotomía de rutina en el parto espontáneo. La episiotomía deberá realizarse si hay evidencia clínica, como un parto instrumental o sospecha de compromiso fetal.
- Se recomienda no realizar la maniobra de Kristeller.
- Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical.
- Se recomienda que las mujeres mantengan el contacto piel con piel con sus bebés inmediatamente después del parto.

- La iniciación de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora.
- No se recomienda la aspiración sistemática orofaríngea ni nasofaríngea del recién nacido.
- No se recomienda realizar el paso sistemático de sonda nasogástrica ni rectal para descartar atresias en el recién nacido sano.
- Se recomienda la inmersión en agua caliente como método eficaz de alivio de dolor durante la fase tardía de la primera etapa del parto.
- Se recomienda el masaje y el contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor durante la primera y segunda etapa del parto.
- Las mujeres que elijan usar las pelotas de goma deben ser animadas a hacerlo para buscar posturas más confortables.
- Las mujeres que elijan utilizar técnicas de respiración o relajación deberían ser apoyadas en su elección.
- Se recomienda la inyección de agua estéril durante el parto como un método eficaz de alivio del dolor lumbar, informando que la inyección intradérmica produce escozor y dolor intenso momentáneos.
- El método TENS (electro estimulación nerviosa transcutánea) no debería ser ofrecido a las mujeres con parto establecido.
- Se recomienda la inhalación de óxido nitroso durante el parto como un método de alivio del dolor, informando que su efecto analgésico es moderado y que puede provocar náuseas y vómitos, somnolencia y alteración del recuerdo.
- Se recomienda informar a las mujeres de que la analgesia neuroaxial es el método más eficaz para el alivio del dolor, pero que puede producir hipotensión, alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, retención urinaria, prurito, fiebre y alarga la segunda etapa del parto, incrementando el riesgo de parto instrumental.

Así mismo, en 2011 se realizó una evaluación de la Estrategia de Atención al Parto Normal, en la que se constató que, los hospitales del Sistema Nacional de Salud están aún muy lejos de conseguir los objetivos de calidad marcados.

En esta evaluación se utilizaron los indicadores de calidad especificados en la tabla número 5. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012) Estos indicadores nos servirán de referencia en nuestro estudio.

INDICADOR DE ESTRUCTURA	RESULTADO	ESTANDAR
% <i>Protocolos que indican NO RASURAR o que no mencionan esta práctica.</i>	84,5%	100%
% <i>Protocolos que indican NO ADMINISTRAR ENEMA o que no mencionan dicha práctica</i>	78,6%	100%
% <i>Protocolos que indican permitir el ACOMPañAMIENTO ININTERRUMPIDO en el proceso</i>	84,5%	100%
% <i>Protocolos que incluyen permitir a la gestante ELEGIR LIBREMENTE A LA PERSONA ACOMPañANTE</i>	87,4%	100%
% <i>Protocolos que indican FACILITAR DEAMBULAR Y ELEGIR POSICIÓN</i>	72,8%	100%
% <i>Protocolos que incluyen PERMITIR LA INGESTIÓN DE LÍQUIDOS Y ALIMENTOS</i>	71,8%	100%
% <i>Protocolos que indiquen NO COLOCAR VÍA venosa periférica profiláctica DE RUTINA</i>	31,1%	100%
% <i>de AMNIOTOMÍAS o amniorrexis realizadas</i>	46,6%	No realizar de forma rutinaria
% <i>de PARTOS DE INICIO ESPONTÁNEO CON ADMINISTRACIÓN DE OXITOCINA durante la dilatación</i>	53,3%	5-10%
% <i>de PARTOS INDUCIDOS</i>	19,4%	<10%
% <i>de partos con hoja de PARTOGRAMA CUMPLIMENTADO TOTALMENTE</i>	52,1%	100%
% <i>de protocolos de atención al parto que mencionan las ALTERNATIVAS NO FARMACOLÓGICAS para el manejo del dolor</i>	67%	100%
% <i>de partos con ANALGESIA LOCORREGIONAL</i>	72,2%	30-80%

% de partos vaginales en los que se ha mantenido la POSICIÓN DE LITOTOMÍA durante todo el expulsivo	87,4%	<30%
% de partos vaginales en los que se ha realizado la MANIOBRA DE KRISTELLER	26,1%	0%
% de EPISIOTOMÍAS en partos eutócicos	41,9%	<15%
% de DESGARROS PERINEALES DE III Y IV grado CON EPISIOTOMÍA	4,7%	1-5%
% de DESGARROS PERINEALES DE III Y IV grado SIN EPISIOTOMÍA	1%	0-5-3%
% de alumbramientos con MANEJO ACTIVO en partos normales	21,4%	>70%
% de protocolos que indican NO PINZAR EL CORDÓN CON LATIDO como práctica habitual	63,1%	100%
% de protocolos que INCLUYEN TODAS LAS RECOMENDACIONES de atención al parto normal	15,5%	100%
% de PARTOS INSTRUMENTALES	19,5%	<15%
% de PARTOS CON VENTOSA	10,2%	≤7%
% de PARTOS CON FÓRCEPS	6,1%	<5%
% de PARTOS CON ESPÁTULAS	3,2%	<5%
Tasa de CESAREAS	22,02%	<15%
% de PARTOS VAGINALES TRAS CESÁREA	44,2%	60-80%
% de mujeres encuestadas que afirman que colocaron al recién nacido en estrecho contacto PIEL CON PIEL , al menos 1 hora	50,2%	≥80%
% de protocolos que INCLUYEN TODAS LAS RECOMENDACIONES RELATIVAS A LACTANCIA	50,5%	100%

Tabla 5. Estándares de Calidad en la Atención al Parto Normal. Fuente: Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. 2012.

Aunque estemos aún lejos de alcanzar los objetivos propuestos, no cabe duda de que con la puesta en marcha de la Estrategia de Atención al Parto Normal se ha conseguido mejorar en algunos aspectos de la atención sanitaria, así vemos que según la encuesta la analgesia epidural en 2011 estaba presente en el 72,2% de los partos cumpliendo con los estándares de calidad. La realización de la episiotomía ha disminuido, en 1997 se realizaba en el 77,7% de los partos

vaginales, y en el año 2010 en el 41,9% de los partos, si bien no se ha conseguido llegar al objetivo marcado (menos del 15%).

ANALGESIA EPIDURAL (en %)

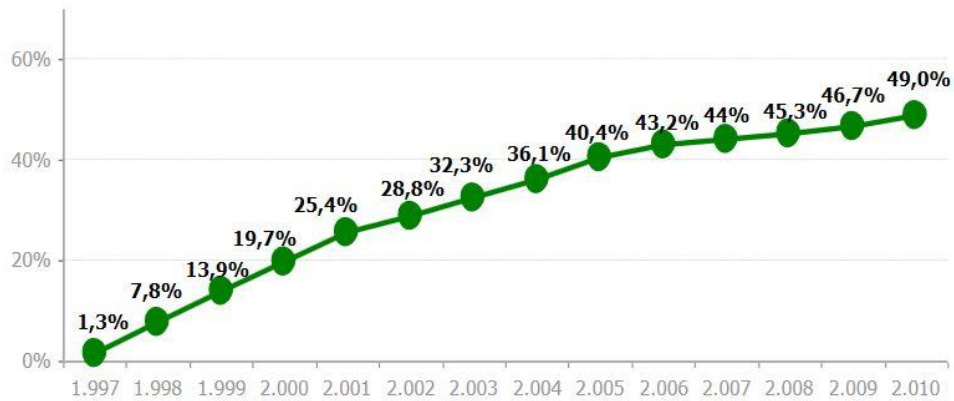


Gráfico 1. Evolución de la analgesia epidural desde 1997 hasta 2010 en el Sistema Nacional de Salud de España. Fuente Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. 2012.

EPISIOTOMÍAS (en % sobre total partos vaginales)

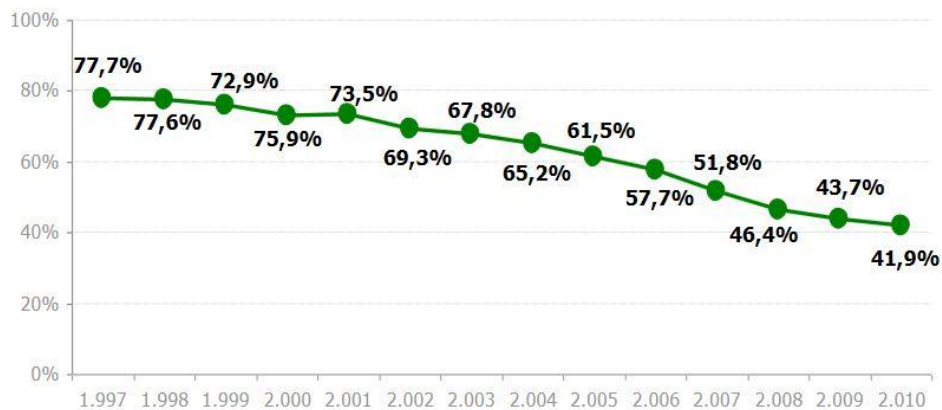


Gráfico 2. Evolución de la realización de episiotomías en los partos vaginales desde 1997 hasta 2010 en el Sistema Nacional de Salud de España. Fuente Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. 2012.

Resultado de los indicadores de la atención al parto:

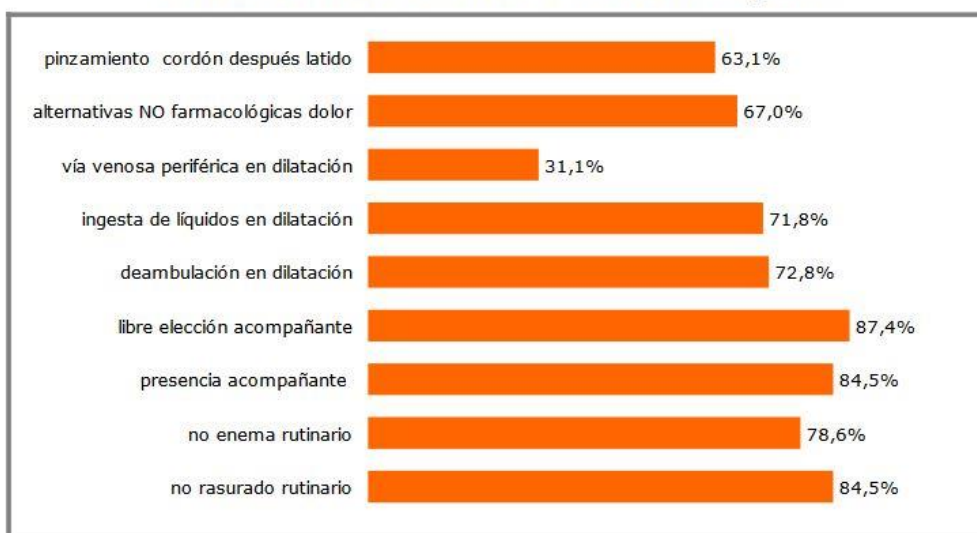


Gráfico 3. Resultados de los indicadores de la atención al parto en el Sistema Nacional de Salud de España. Fuente Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. 2012.

Área de cumplimiento que refleja los diferentes indicadores de la atención al parto:



Gráfico 4. Área de cumplimiento de los indicadores de la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud de España. Fuente Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. 2012.

Estos resultados ponen de manifiesto que el modelo asistencial está cambiando, pero también que aún hay hospitales en los que no se está poniendo en práctica la estrategia, y por lo tanto vulnerando los derechos de las mujeres.

CAPÍTULO 6

La Satisfacción en la Atención Maternal.

Uno de los objetivos de la Estrategia de Atención al Parto Normal, propulsada por el Ministerio de Sanidad es aumentar la satisfacción materna. Se entiende ésta como, la satisfacción percibida por las mujeres en la atención a su proceso de embarazo, parto y puerperio, siendo ésta la relación que hay entre las expectativas de la mujer y el resultado del proceso. Está influenciada por múltiples factores como son el estado de salud, el estilo de vida, variables sociodemográficas, experiencias previas, expectativas de futuro, los valores del individuo y las características de los profesionales sanitarios. La satisfacción sobre los servicios sanitarios está en auge en los últimos años, se han aumentado los estudios al respecto y es considerada una medida de resultado del proceso asistencial. Si bien su medición es dificultosa por la multitud de variables que influyen. (Carr-Hill, 1992; Caminal, 2001).

En cuanto a la satisfacción en el parto, una revisión sistemática que incluyó 137 investigaciones, determinó que los aspectos más influyentes son las expectativas de las mujeres en cuanto a su parto, la relación que se establece entre

la mujer y los profesionales sanitarios, y la participación de la mujer en la toma de decisiones. (Hodnett, 2002).

Un estudio observacional realizado en Chile, en el que incluyeron a 1660 mujeres, determinó que la cesárea, el manejo farmacológico del dolor, la episiotomía y la monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal están asociados a menor satisfacción materna, mientras que el acompañamiento se asoció a una mayor satisfacción durante el parto. (Weeks et al., 2017).

El control experimentado por parte de las mujeres durante el proceso de parto influye positivamente sobre la satisfacción materna, así, en un estudio exploratorio con entrevistas estandarizadas a 31 gestantes encontraron que los niveles altos de control durante el parto estaban relacionados con satisfacciones elevadas, y éstas eran más elevadas si el parto había sido atendido por matronas. (Fair & Morrison, 2012).

En otro estudio, también exploratorio, en este caso con entrevistas en profundidad a 20 mujeres, determinaron que la satisfacción está influenciada por las expectativas cumplidas de las mujeres si bien, aquellas mujeres que veían que no se estaban cumpliendo algunas de sus expectativas fueron capaces, apoyadas por los profesionales sanitarios, de adaptarse para así no sentir decepción. No obstante, es de suma importancia que unas mínimas expectativas se cumplan. Por lo que concluyen que conocer las expectativas de las mujeres en cuanto a su proceso de parto ayuda a los profesionales sanitarios, y en concreto a las matronas a ayudar a que estas se cumplan en su mayoría. Así pues, los comportamientos y actitudes por parte de los profesionales sanitarios que respetan y potencian la participación en la toma de decisiones y en el proceso de parto favorecen los sentimientos de control, afrontamiento y apoyo. (Hauck et al., 2007).

Una guía NICE (2007), que analizó 137 investigaciones, encontró que la relación entre la gestante y los profesionales sanitarios tiene una gran influencia sobre la experiencia y satisfacción del proceso de parto. Las mujeres deseaban ser

tratadas con respeto y afecto, así como recibir información por parte de los profesionales para guiarlas en el proceso de la toma de decisiones.

El ministerio de Sanidad y Política Social (2010), recomienda con un grado D “Las mujeres en trabajo de parto deben ser tratadas con el máximo respeto, disponer de toda la información y estar implicadas en la toma de decisiones. Para facilitar esto, los profesionales sanitarios y el resto del personal que le atienden, deberán establecer una relación empática con las mujeres, preguntarles por sus expectativas y por sus necesidades, para poder apoyarlas y orientarlas, siendo en todo momento conscientes de la importancia de su actitud, del tono de voz empleado, de las palabras utilizadas y de la forma en que se proporcionan los cuidados.”

Existen múltiples encuestas de satisfacción durante el proceso de parto, pero cabe destacar una de ellas, Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale (MSCRS), esta escala fue desarrollada en Estados Unidos, constando de un total de 34 ítems, con una estructura multifactorial. Está dividida en 5 dimensiones (Mujer, Obstetra, Matrona, Pareja y Recién nacido) y una subescala de valoración global de la experiencia de la mujer. Cada ítem se valora en una escala Likert de 5 puntos, correspondiendo el 1 a muy insatisfecha y el 5 a muy satisfecha.

En España se procedió a la validación de este cuestionario por un grupo de investigación de Valencia liderado por Rosa Mas Pons (2011). Así la escala validada para nuestro medio quedó configurada por 35 ítems, divididos en 6 subescalas o factores, se representan los ítems que pertenecen a cada uno de las subescalas en la siguiente tabla.

FACTORES DE LA ESCALA MCSRS EN ESPAÑOL

Factor 1 Obstetra (8 ítems)	18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34*
Factor 2 Matrona (12 ítems)	1, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33, 35, 36
Factor 3 Dilatación (4 ítems)	3, 6, 8, 12
Factor 4 Expulsivo (4 ítems)	2, 7, 9, 13
Factor 5 Recién nacido (3 ítems)	14, 15, 16
Factor 6 Acompañamiento y confort (4 ítems)	4, 5, 10, 11

*en EEUU, eliminado en España

Tabla 6. Factores de la escala MCSRS en Español. Fuente: Elaboración propia.

Diversos estudios han investigado la influencia que tienen Los Planes de Parto y Nacimiento en la satisfacción de las mujeres, obteniendo diferentes conclusiones, sin llegar a un consenso. (Lundgren et al., 2003; Peart, 2004; Higuero-Macías et al., 2013). Pero de lo que no cabe duda es que sí influyen de forma positiva o negativa en ella. Es por ello por lo que profundizaremos en estos estudios en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO 7

El Plan de Parto y Nacimiento.

“La experiencia que tenga una mujer de la atención sanitaria es clave para transformar la atención prenatal y crear familias y comunidades prósperas.”²

En la actualidad en el proceso de parto, uno de los momentos de mayor trascendencia para la adquisición del rol maternal, existen múltiples alternativas avaladas científicamente, que respetan todas ellas la correcta praxis (Ministerio de Sanidad y Consumo 2007; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010), por lo que será la mujer quien deba tomar la decisión más adecuada, conforme a su persona. Para ello, es de suma importancia que cuente con el apoyo de la matrona de Atención Primaria de Salud (APS), para que la guíe y la acompañe, proporcionándole información acerca del proceso de parto, convirtiéndola de este

² Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. OMS. 2016

modo en un sujeto activo, que es capaz de tomar sus propias decisiones conforme a sus valores, creencias y expectativas.

El proceso de toma de decisiones se realiza mediante el uso de los Planes de Parto y Nacimiento, instrumento idóneo en el que plasmar los deseos de la mujer con respecto a su parto. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012)

El concepto de Plan de Parto y Nacimiento fue acuñado por Sheila Kitzinger en 1980 en Estados Unidos (Hasenmiller, 2001). Los países anglosajones se hicieron rápidamente eco de este nuevo documento y empezaron a usarlo para exigir un parto lo menos medicalizado posible.

Definimos los Planes de Parto y Nacimiento como:

Un documento escrito, de carácter legal, en el que la mujer embarazada, (tras haber recibido información sobre el proceso de embarazo y parto a través de su matrona de Atención Primaria), teniendo en cuenta sus valores y deseos personales, además de las expectativas que se ha creado sobre su parto a lo largo de su embarazo, y atendiendo también a las necesidades particulares del mismo, consensua con la matrona de Atención Primaria y posteriormente con la matrona de Atención Especializada, que alternativas, de buena praxis, prefiere durante su parto en condiciones normales. El Plan de Parto y Nacimiento es el eje de la relación clínica que se establece entre la mujer embarazada y la matrona, y debe servir para orientar la atención sanitaria que se le preste a lo largo de todo el proceso (Suárez, 2011).



Figura 4. Características del Plan de Parto y Nacimiento. Fuente: Elaboración propia.

Los estudios sobre el Plan de Parto y Nacimiento podemos clasificarlos en 3 grandes grupos: los que estudian el conocimiento que tienen tanto las mujeres como los profesionales sobre estos documentos; en segundo lugar, estarían los que estudian los beneficios que provocan los Planes de Parto y Nacimiento con respecto al proceso de parto; y en tercer lugar los estudios que exploran la experiencia y satisfacción materna con respecto a los Planes de Parto y Nacimiento.

Los estudios sobre el conocimiento que tienen las mujeres y los profesionales sanitarios acerca de los Planes de Parto y Nacimiento revelan que ni las mujeres ni los profesionales conocen estos documentos. Así en un estudio

realizado en Escocia en 1998, sobre el uso y los efectos de los Planes de Parto y Nacimiento y como los perciben las mujeres, algunas mujeres expresaron que no confeccionaron un Plan de Parto y Nacimiento porque no conocían las opciones que tenían durante el parto. Las mujeres que los elaboraron manifestaron que el proceso de realizarlo había sido útil, porque habían podido discutir las opciones con los profesionales sanitarios. La mitad de las mujeres expresaron que el control que habían experimentado durante el parto no había cambiado, ya que creían que no se les había hecho caso por parte de los profesionales, no obstante, la mayoría de las mujeres volverían a realizar un Plan de Parto y Nacimiento. (Whitford & Hillan, 1998).

En nuestro país, España, se realizó un estudio sobre el conocimiento de los Planes de Parto y Nacimiento en el Hospital “Virgen del Rocío” en Sevilla, que cuenta con una media de 8.000 partos anuales, y tan solo se registraron 56 Planes de Parto y Nacimiento en 2010, viéndose reducido este número a 34 en el 2011. Además, el 80% de los profesionales que atendieron a las mujeres en el periodo activo de parto no conocían lo que es un Plan de Parto y Nacimiento (Ruiz-Ferrón et al., 2012).

En otros estudios sobre el conocimiento de los Planes de Parto y Nacimiento, las mujeres identificaban que estos documentos son una herramienta útil tanto en las clases de preparación a la maternidad y paternidad como en el proceso de parto (Whitford & Hillan, 1998; Peart, 2004; Kaufman, 2007) siendo la matrona que sigue la evolución del embarazo- en nuestro entorno la matrona de Atención Primaria de Salud - la encargada de proporcionar información acerca de los Planes de Parto y Nacimiento y de facilitar su elaboración a la gestante, asegurando así un vínculo y comunicación efectiva (Whitford & Hillan, 1998; Lundgren et al., 2003; Perez & Capitulo, 2005; Lothian, 2006; Kaufman, 2007).

Por otro lado, los estudios sobre los beneficios que tienen los Planes de Parto y Nacimiento respecto al proceso de parto son escasos. Un estudio realizado en Córdoba, España, por Hidalgo-Lopezosa et al. (2013) comparó el proceso de

parto mediante variables obstétricas y variables neonatales, entre un grupo de mujeres con Plan de Parto y Nacimiento y un grupo control, sin este documento. No encontraron diferencias estadísticamente significativas para las variables obstétricas, ni para las variables neonatales entre mujeres que presentaron un Plan de Parto y Nacimiento y las que no lo hicieron. Si bien, resaltar que, encontraron que el grupo de mujeres que presentaron este documento tenían más estudios universitarios (48% vs 18%), y menos probabilidad de recibir oxitocina intraparto (31% vs 53%).

En contraposición, un estudio realizado entre 2011 y 2014, retrospectivo, en el que se incluyó a 14.630 mujeres, de las cuales un 12.2% había presentado un Plan de Parto y Nacimiento, encontró diferencias significativas. Se asoció el Plan de Parto y Nacimiento a menor ingreso del neonato en la UCI, mayor tasa de partos vaginales y menor tasa de cesáreas. (Afshar et al., 2017).

Por último, en cuanto a la experiencia y satisfacción de las mujeres sobre los Planes de Parto y Nacimiento, los resultados de los estudios son ambiguos. Un estudio realizado en 2004, en Australia, sobre los beneficios del Plan de Parto y Nacimiento, sostiene que las mujeres que lo elaboraron sentían tener un mayor control sobre su proceso de parto, pero tan solo un 40% consideró la realización del Plan de Parto y Nacimiento como una buena experiencia, concluyendo que, la percepción de los Planes de Parto y Nacimiento varían de una mujer a otra (Peart, 2004).

Otro estudio realizado en Suecia por Lundgren et al. (2003), de tipo cuantitativo experimental, grupo-control, con el objetivo de averiguar si los Planes de Parto y Nacimiento pueden mejorar la experiencia del parto, concluyó que, globalmente no hubo diferencias en cuanto a la experiencia del parto entre el grupo que elaboró el Plan de Parto y Nacimiento y el que no. No obstante, sí hubo una diferencia cualitativa, y sostiene que el Plan de Parto y Nacimiento puede producir efectos beneficiosos en cuanto a la disminución del miedo, del dolor y de las preocupaciones sobre el bienestar del recién nacido.

Un estudio más reciente, realizado por Higuero-Macías et al. (2013), llevado a cabo en España, analizó mediante grupos focales las expectativas previas, el nivel de satisfacción y los factores psicosociales de las mujeres que elaboraron un Plan de Parto y Nacimiento. Encontraron que las mujeres que realizan un Plan de Parto y Nacimiento tienen un nivel educativo más alto, una actitud más activa en su proceso, confiriéndole más importancia a la información que reciben y a que se las tenga en consideración en la toma de decisiones, pero un nivel menor de satisfacción, motivado quizá porque las mujeres que no presentan Planes de Parto y Nacimiento son desconocedoras de que puedan elegir y se adaptan mejor a la situación.

Son diversos los estudios que afirman que realizar un Plan de Parto y Nacimiento es un momento de reflexión sobre los valores, las creencias, y las expectativas de las mujeres acerca de su proceso de parto. Esta reflexión contribuye a mejorar la percepción del futuro parto, así como a disminuir el miedo y a aumentar el control sobre este proceso, identificando la falta de control con una experiencia negativa del parto. (Whitford & Hillan, 1998; Lundgren et al., 2003; Perez & Capitulo, 2005; Lothian, 2006; Kaufman, 2007; Marín Morales et al., 2013).

Un estudio realizado en Canadá, Aragón et al. (2013) en el que participaron 122 mujeres y 110 profesionales sanitarios concluyó que tanto las mujeres como los sanitarios creen que el Plan de Parto y Nacimiento es algo positivo, que sirve de comunicación, pudiendo promover una experiencia satisfactoria de las mujeres, si bien, éstas deben ser flexibles durante el proceso de parto, ya que a veces no se puede respetar las elecciones, debiéndose adaptar a la nueva situación. En caso contrario, el ser rígidas, aumenta la insatisfacción si no se cumplen las expectativas.

Destacar la aportación de Kitzinger en el *Foro sobre la Maternidad y El Recién nacido*, celebrado en Londres en 1986: “*Birth plans- far from being a fashionable novelty- represented a rediscovery and restoration of women’s*

traditional control of the birth enviroment”. [Los Planes de Parto y Nacimiento-lejos de ser una novedad de modo- representan un redescubrimiento y la restauración del control tradicional de las mujeres sobre el proceso de parto] (Inch, 2006).

A nuestro entender, la elaboración de los Planes de Parto y Nacimiento es tan importante como que éstos sean tenidos en consideración por los profesionales sanitarios y se respeten. No es solo cumplimentar un documento en el que poner nuestras preferencias y expectativas, es un proceso, un ritual, en el que la mujer y su pareja deben profundizar en sus valores y ponerlos en común con la matrona de atención primaria, para que, con la ayuda de ésta, tomen una decisión informada y acorde a sus personas.

Así, creemos que es de suma importancia disponer de información real y adaptada a la situación y al hospital donde se vaya a parir. La cantidad de información debe ser la adecuada al proceso (Ley 41/2002), por lo que, en el caso del parto, la información debe ser amplia, ya que tenemos 9 meses para informar a la mujer a cerca de las opciones que van a tener en el parto. Esta información se debe dar tanto en las clases de preparación a la maternidad y paternidad como en cada una de las visitas de seguimiento del embarazo.

El momento ideal para realizar el Plan de Parto y Nacimiento es entre las 28 y 32 semanas de gestación. (Federación de Asociación de <matronas de España [FAME], 2007; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

El Plan de Parto y Nacimiento debe acompañar a la mujer en sus visitas médicas del final del embarazo, éste se puede registrar en el hospital para que quede constancia de él, e incluirlo en la historia clínica de la mujer o se puede presentar en el momento del ingreso para el parto. Es recomendable que se dispongan de varias copias, para poder entregar en la sala de partos, en la planta y en neonatología si hiciera falta, además de una copia para incluir en la historia.

Debemos informar a las mujeres de la posibilidad de revocar parcial o totalmente el Plan de Parto y Nacimiento, en el momento en el que ellas crean oportuno.

El Plan de Parto y Nacimiento se aconsejará siempre que se pueda que se realice por escrito, no obstante, también se puede realizar de forma oral en el momento del parto.

Elementos esenciales de los Planes de Parto y Nacimiento

Nombre y apellidos de la gestante.

Hospital donde dará a luz.

Nombre y apellidos de los profesionales que la han informado. (Matrona de atención primaria, matrona de atención especializada, ginecólogo, médico de familia...).

Información acerca de los procedimientos (Especificar la información más relevante. Se reflejará que la gestante ha obtenido la información necesaria para poder tomar decisiones acerca de las diferentes situaciones que posteriormente se exponen).

Procedimientos, y diferentes opciones.

Posibilidad de revocar el Plan de Parto y Nacimiento en su totalidad o parcialmente, en cualquier momento.

Representante legal si lo desea.

Fecha, firma de la gestante.

El Plan de Parto y Nacimiento como todo tipo de consentimiento informado entendemos que tiene una serie de características y elementos esenciales.

Tabla 7: Elementos esenciales que tienen que tener los Planes de Parto y Nacimiento. Fuente: elaboración propia.

Características de los Planes de Parto y Nacimiento

El Plan de Parto y Nacimiento es un tipo de consentimiento informado, y como tal sus elementos principales son la autonomía y la información.

En torno al nacimiento hay múltiples posibilidades, que todas ellas respetan la buena praxis, por tanto, es necesaria una elección.

La mujer es la titular del derecho a elegir.

Para que la mujer pueda tomar parte en la decisión es necesario que esté informada, para ello la matrona deberá dar la información lo más completa posible, siempre adaptando esta información a las particularidades de la situación y de la gestante.

El documento de Plan de Parto y Nacimiento debe elaborarse conjuntamente entre la gestante y la matrona.

La elección del procedimiento debe consensuarse entre la mujer y la matrona, por el método deliberativo.

La deliberación será imprescindible para la elaboración del Plan de Parto y Nacimiento.

La información, y las decisiones que se tomen acerca del parto, mediante el proceso deliberativo, quedarán recogidas en un documento escrito, llamado Plan de Parto y Nacimiento.

Tabla 8: Características de los Planes de Parto y Nacimiento. Fuente: elaboración propia.

Las mujeres desean ser escuchadas, ser partícipes de su proceso de parto, que se las tenga en consideración, y ser flexibles a la hora de decidir. Cuando algo no se desarrolla cómo ellas habían deseado y se les explican los motivos y se les ofrecen alternativas son flexibles y comprensivas. (Arnau Sánchez et al., 2016).

CAPÍTULO 8

Contexto.

Nuestra investigación se ubicará en el contexto de la Región de Murcia, la cual cuenta con un total de 27 hospitales, tanto públicos como privados-concertados, según los datos del último informe, realizado en 2014. Esto supone una tasa de 18,5 hospitales por millón de habitantes. El número total de camas es de 4763, suponiendo una tasa de 3,3 camas por mil habitantes.

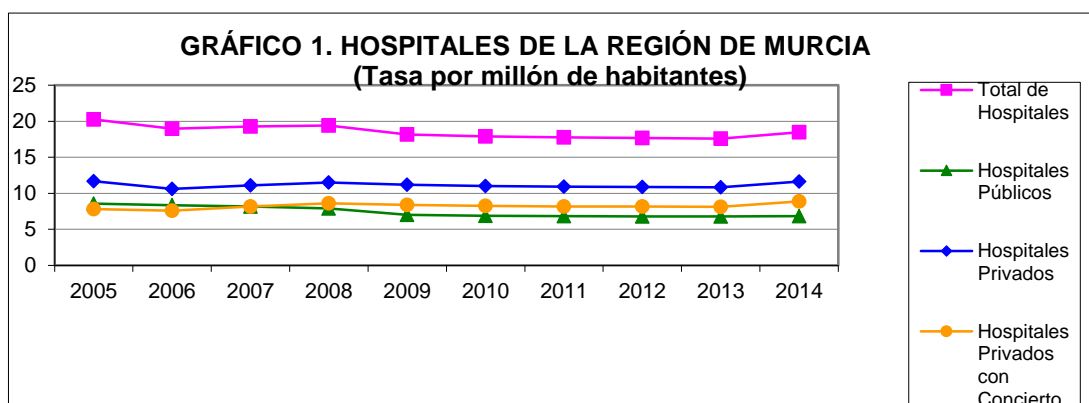


Gráfico 5 Hospitales de la Región de Murcia, tasa por millón de habitantes. Fuente: Catálogo de Hospitales, Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Murciasalud.

En cuanto al Servicio Murciano de Salud, dispone de 10 Hospitales, distribuidos en 9 Áreas de Salud.

- I (Murcia/Oeste)
- II (Cartagena)
- III (Lorca)
- IV (Noroeste)
- V (Altiplano)
- VI (Vega Media del Segura)
- VII (Murcia/Este)
- VIII (Mar Menor)
- IX (Vega Alta del Segura)

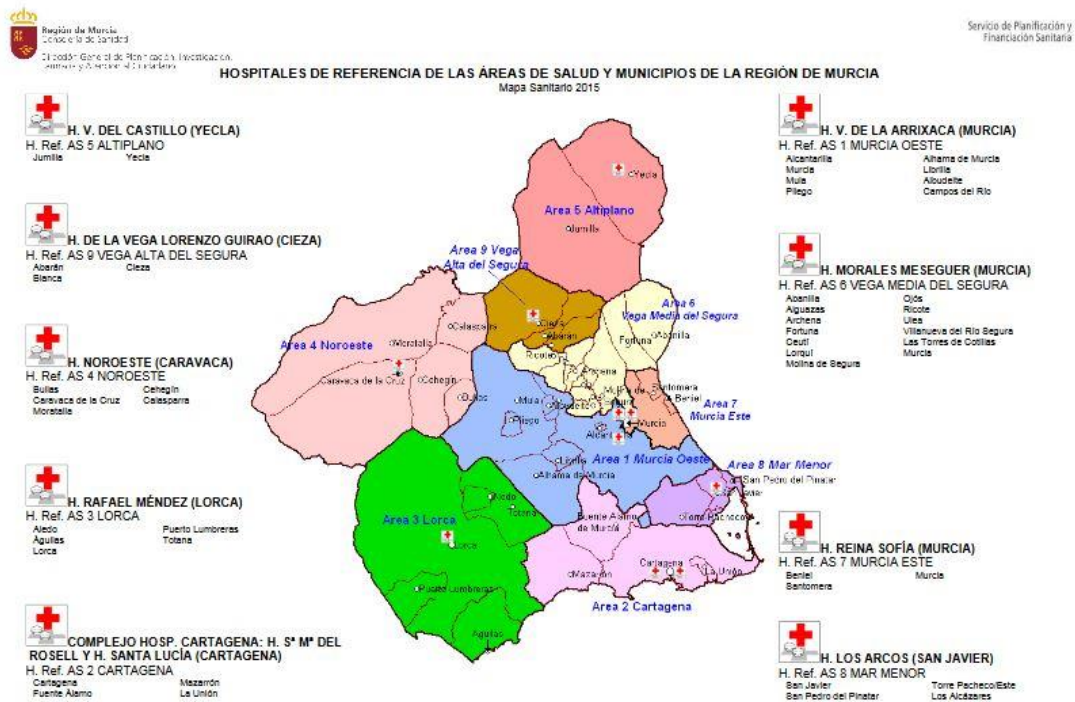


Figura 5: Mapa Sanitario de la Región de Murcia. 2015. Fuente: Murciasalud.

La Comunidad de Murcia es una con las tasas más altas de natalidad de España, en el año 2015 si sitúa en 10,912462 nacidos por cada mil habitantes. (Instituto Nacional de Estadística, 2017).

SITUACIÓN ACTUAL DEL PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO EN LA REGIÓN DE MURCIA

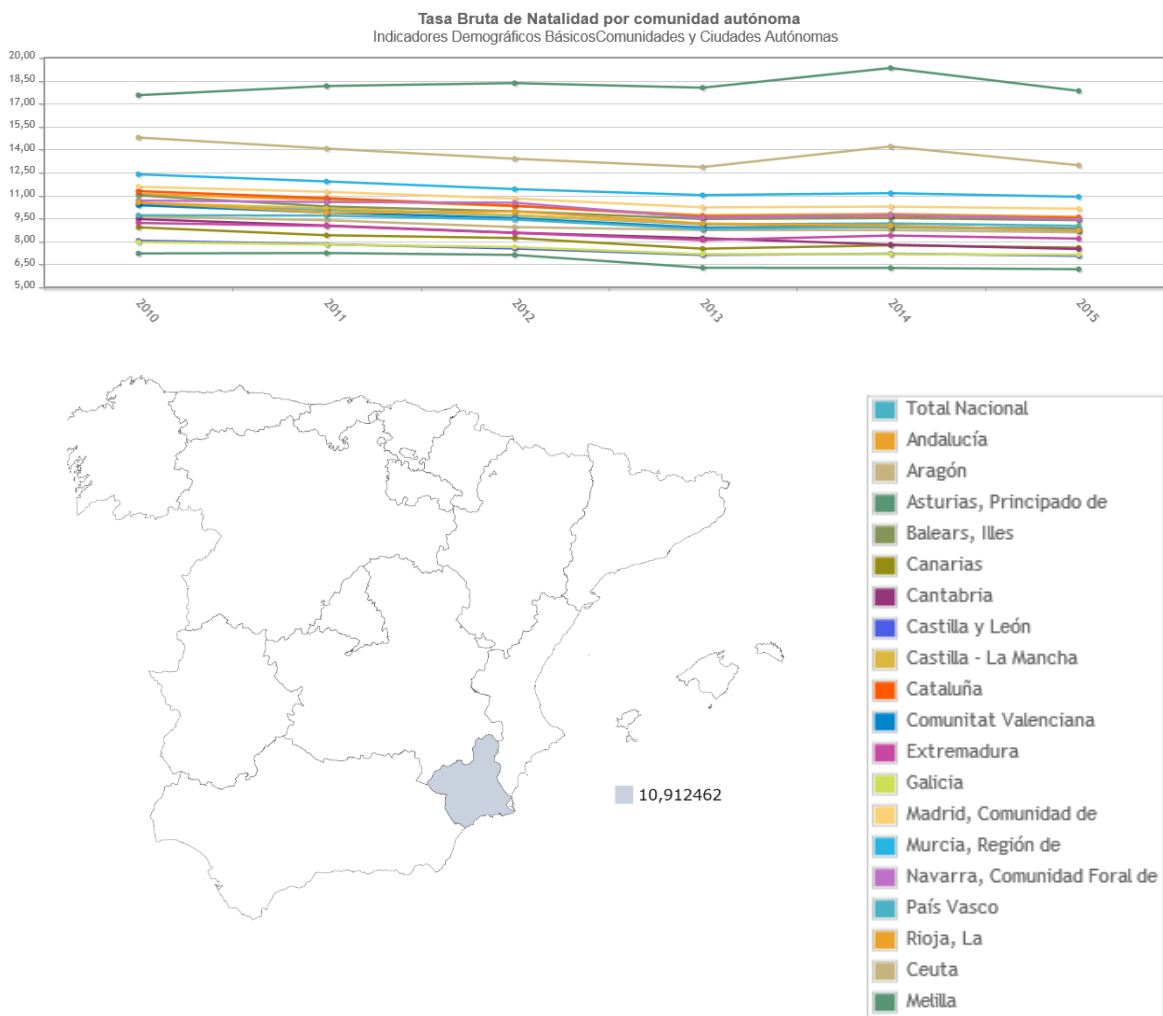


Figura 6: Tasa Bruta de natalidad por Comunidad Autónoma: Fuente: Instituto Nacional de Estadística

TASA BRUTA DE NATALIDAD EN MURCIA

2011	11,914253
2012	11,416207
2013	11,021658
2014	11,147867
2015	10,912462

Tabla 9: Tasa bruta de natalidad en la región de Murcia desde 2011-2015. Fuente: elaboración propia basada en los datos del Instituto Nacional de Estadística.

Nuestro estudio se ha desarrollado en diferentes contextos de la Región de Murcia, para dar respuesta al *objetivo número 1*. El estudio se desarrolló en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca perteneciente al Área I de Salud, en el momento del estudio el bloque de paritorio de este hospital consistía en, 4 dilataciones dobles y 3 paritorios, la infraestructura no estaba en sintonía ni con la Estrategia de Atención al Parto Normal ni con la Iniciativa Parto Normal, dificultando seguir sus recomendaciones. Destacar que, en la actualidad el bloque de paritorio es nuevo, se inauguró en octubre de 2014, está dotado de dilataciones paritorio, con una infraestructura más acorde a las últimas recomendaciones. El modelo de atención al parto es el dirigido por obstetras y matronas, altamente tecnificado, es un hospital docente, cuenta con estudiantes universitarios y con residentes tanto de medicina como de enfermería. Este hospital no solo atiende a las mujeres embarazadas de su área de salud, si no que atiende además a las de otras áreas que no cuentan con unidad de obstetricia.



Foto 1: Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca. Fuente: La Opinión de Murcia.

El contexto del estudio para dar respuesta al *objetivo número 2* se sitúa en el centro de Salud Vista Alegre-La Flota abarca dos barrios de la ciudad de Murcia, situados al norte de la ciudad, aunque geográficamente se encuentren pegados,

estos son muy diferentes entre sí. El barrio de Vista Alegre, es un barrio histórico, antes que barrio fue una alquería en las afueras de la ciudad, su impulso como barrio se sitúa en los años 50-60 con la construcción del hospital Morales Meseguer, actual hospital de referencia del Área de Salud VI Vega Media del Segura, actualmente es un barrio antiguo de la ciudad en la que se concentran jóvenes universitarios. Por su parte el barrio de La Flota es el barrio más nuevo de la ciudad, sus inicios se sitúan en la década de los 80, es un barrio mayoritariamente joven. Ambos son barrios con gente de clase media-alta, y un nivel educativo alto. (Murcia, s.f.; Flota, s.f.). Las mujeres de este centro de salud cuando van a dar a luz son atendidas en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.



Foto 2: Centro de Salud Vista Alegre-La flota. Fuente: Blog “a diez minutos del centro”.

El estudio que dio respuesta al *objetivo número 3*, se sitúa en toda la Región de Murcia. Cabe destacar que la Unidad Docente de Matronas de la Región de Murcia es de las más antiguas de España y donde se forma a 20 matronas anualmente. Las residentes de Matrona de nuestra Comunidad Autónoma están ampliamente formadas en el respeto a la autonomía y a las decisiones de las

mujeres en su proceso de parto, ya que desde 2014 todas las residentes de matrona reciben un seminario exclusivo de Plan de Parto y Nacimiento. (Unidad Docente de Matronas de la Región de Murcia, 2014).

CAPÍTULO 9

Justificación.

El Plan de Parto y Nacimiento constituye en la actualidad uno de los ítems para valorar la calidad de la asistencia al parto en nuestro Sistema Nacional de Salud, estando incluido además en el Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM) de la Región de Murcia. (Servicio Murciano de Salud, 2012)

Los Planes de Parto y Nacimiento empoderan a las mujeres en su proceso de parto, las dota de voz, permitiéndoles decidir acerca de su proceso, a la vez que establecen una comunicación efectiva con los profesionales sanitarios. Todo ello influye en la vivencia del proceso de parto, condicionando la adquisición del rol maternal, y por consiguiente la relación futura de la madre con su criatura.

El Ministerio de Sanidad a través de la Estrategia de Atención al Parto Normal, y de la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal, y la FAME a través de la Iniciativa Parto Normal nos instan a usar los Planes de Parto y Nacimiento en nuestra práctica diaria.

En cambio, los Planes de Parto y Nacimiento son de escaso uso en nuestro sistema sanitario, esto se debe a múltiples causas. Muchas mujeres no los conocen y además son desconocedoras de que pueden elegir durante su parto, otras veces

se debe al miedo de presentarlos y quedar tachadas por los profesionales sanitarios, y en otras ocasiones son presentados, pero los profesionales que las atienden son reticentes a llevarlos a cabo o no se sienten cómodos con su uso.

Ante esta situación, nos planteamos si ¿Los Planes de Parto y Nacimiento influyen en el proceso de parto y en la finalización del mismo?, al mismo tiempo también nos preguntamos si ¿estos documentos influyen y de qué manera lo hacen en la satisfacción que sienten las mujeres acerca de su proceso de parto?

Por otro lado, nos preguntamos ¿qué opinan las matronas sobre los Planes de Parto y Nacimiento, y si son conocedoras de estos documentos?

Para tratar de dar respuesta a nuestras preguntas de investigación hemos formulado las siguientes hipótesis y objetivos.

BLOQUE II: HIPÓTESIS

Y

OBJETIVOS

CAPÍTULO 1

Hipótesis del estudio.

HIPÓTESIS 1

Las mujeres que presentan un Plan de Parto y Nacimiento tienden a tener partos menos intervenidos, y en mayor sintonía con la Iniciativa al Parto Normal.

HIPÓTESIS 2

Las mujeres se sienten más satisfechas en cuanto a su proceso de parto, cuando ven cumplidas sus expectativas en relación con su Plan de Parto y Nacimiento.

HIPÓTESIS 3

Los Planes de Parto y Nacimiento son conocidos por las matronas de la Región de Murcia, sin embargo, no están incluidos en su práctica diaria.

CAPÍTULO 2.

Objetivos generales y específicos.

1. Conocer, describir y valorar la situación actual de los Planes de Parto y Nacimiento en la Región de Murcia, así como comparar el desarrollo y la finalización del parto en las mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento con las que no lo han presentado.
 - a. Determinar el uso de los Planes de Parto y Nacimiento en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia.
 - b. Conocer el desarrollo del parto y la finalización del mismo, de las mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento.
 - c. Comparar el desarrollo y la finalización del parto en las mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento con las que no lo han presentado

2. Comparar la satisfacción de las mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento y las que no lo han presentado.
 - a. Determinar el grado de satisfacción de las mujeres que presentan un Plan de Parto y Nacimiento en la Región de Murcia.
 - b. Valorar cómo influye el Plan de Parto y Nacimiento en la satisfacción de las mujeres.

3. Conocer el uso y las opiniones sobre el Plan de Parto y Nacimiento de las matronas de la región de Murcia.
 - a. Elaborar y validar un cuestionario específico.
 - b. Determinar el grado de conocimiento que tienen las matronas de la Región de Murcia, sobre el Plan de Parto y Nacimiento.
 - c. Conocer la implicación que tienen las matronas de la Región de Murcia en la elaboración y cumplimiento del Plan de Parto y Nacimiento.

**BLOQUE III: MARCO
METODOLÓGICO.**

CAPÍTULO 1.

Revisión Bibliográfica

Con el objetivo de conocer los antecedentes del tema en cuestión se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Medline, Cuiden, Cinahl, Scielo, Cochrane, los descriptores usados para la búsqueda están reflejados en la tabla 10. Para ello se consultó el DeCS, en la página web: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>. En la tabla 11 están reflejados otros términos o expresiones que no tienen descriptor específico en Ciencias de la Salud.

Descriptor Español	Descriptor Ingles
Autonomía Personal	Personal Autonomy
Decisiones	Decision making
Parto	Parturition
Parto humanizado	Humanizing Delivery
Parto normal	Natural Childbirth
Paternalismo	Paternalism

Tabla 10. Descriptores usados en la búsqueda bibliográfica.

Español	Palabra
Plan de Parto y Nacimiento	Birth plan
Opinión	Opinion
Plan	Plan
Empoderamiento	Empowerment
Rol maternal	Maternal role

Tabla 11. Términos usados en la búsqueda sin descriptor en DecS.

1. Revistas de habla Hispana.

- Evidencias en pediatría. [issn: 1885-7388]
- Gaceta Sanitaria. [issn: 0213-9111]
- Matronas profesión. [issn: 1578-0740]
- Nure Investigación. [issn:1697-218X]
- Progresos de Obstetricia y Ginecología. [issn: 0304-5013|e-issn:1578-1453]
- Revista Calidad Asistencial. [issn: 1134-282X]
- Revista de Antropología Iberoamericana. [issn: 1695-9752]
- Revista Internacional de Sociología. [issn: 0034-9712]
- Revista Latino-Americana Enfermagem. [e-issn: 1518-8345]

2. Revistas de habla Inglesa.

- American Journal of Obstetrics & Gynecology. [issn: 0002-9378]
- Birth [issn:1523-536X]
- BMJ Open [e-issn: 2044-6055]
- Frontiers in Neuroendocrinology. [issn: 0091-3022]
- International Journal of Nursing Studies. [issn: 0020-7489]
- Journal of Midwifery Women´s Health. [issn:1526-9523]
- Journal of Nursing Scholarship. [e-issn: 1547-5069]

- Journal of Obstetrics and Gynecology Canada. [issn: 1701-2163]
- Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. [issn: 1552-6909]
- Journal of Perinatal Education. [issn: 10581243|e-issn: 15488519]
- Journal of Public Health. [issn: 1741-3842|e-issn: 1741-3850]
- Journal of Reproductive Medicine. [issn: 0024-7758]
- Midwifery. [issn:0969-4900]
- Obstetrics & Gynecology [issn: 0029-7844]
- The American Journal of Maternal/Child Nursing. [issn: 0361-929X]
- The Australian Journal of Midwifery. [issn: 1445-4386|e-issn: 1445-4386]
- The Journal of the Maternity-Fetal & Neonatal Medicine. [issn: 1476-7058]
- The Journal of the American Medical Association. [e-issn: 1538-3598]

3. Publicaciones procedentes de Organismos e Instituciones.

- Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Asociación Médica Mundial.
- Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento.
- Consejo de la Confederación Internacional de Matronas.
- Consejo de Europa.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España [FAME]
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF].
- Instituto Nacional de Estadística.
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España.
- Ministerio de Sanidad y Política Social de España.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España.
- National Institute for Health and Care Excellence. [NICE]
- Organización Mundial de la Salud [OMS]

- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. [UNESCO]
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. [SEGO].
- Servicio Murciano de Salud.
- Unidad Docente de Matronas de Murcia.
- Universidad de Murcia.
- Universidad de Philadelphia.

4. Soporte legislativo.

- Boletín Oficial del Estado. España.
- Constitución Española de 1978.
- Ley 14/1986, General de Sanidad.
- Ley 41/2002, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 44/2003, Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- Tribunal Internacional de Nuremberg.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos.

5. Revisiones sistemáticas.

- Cochrane Database of Systematic Reviews.

CAPÍTULO 2.

Materiales y Método

2.1 Diseño de la investigación

2.1.1 Diseño de la investigación para dar respuesta al objetivo general 1 y a sus respectivos objetivos específicos.

Para dar respuesta al **objetivo número 1**, *Conocer, describir y valorar la situación actual de los Planes de Parto y Nacimiento en la Región de Murcia, así como comparar el desarrollo y la finalización del parto en las mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento con las que no lo han presentado*, se realizó un estudio de corte **cuantitativo, transversal, representativo, observacional descriptivo, relacional y comparativo**, entre enero de 2011 y diciembre de 2012. Se tomó como **muestra** a la totalidad de las mujeres que dieron a luz en el periodo de estudio en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. El **criterio de inclusión** fue dar a luz en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia entre enero de 2011 y diciembre de 2012, y no tener ninguno de los **criterios de exclusión**.

Como **criterios de exclusión** se tuvieron en cuenta los siguientes:

- Mujeres que han tenido una cesárea programada.
- Mujeres con parto inferior a 37 semanas de gestación.
- Mujeres con feto cruz (feto muerto antes del parto).
- Partos múltiples (dos o más fetos).
- No estar correctamente cumplimentada la “Hoja de paritorio”.

Para la recogida de datos se utilizó la “Hoja de paritorio” en el programa Selene (Programa informático usado en Hospitales del Sistema Nacional de Salud). **Las variables a estudio fueron las siguientes:**

- Año del parto: se registra en la “Hoja de paritorio” de Selene como 2011 o 2012.
- Acompañamiento en el parto: acompañamiento en el parto por una persona elegida por la mujer, a excepción de los profesionales sanitarios. Se registra en la “Hoja de paritorio” de Selene como SI o NO.
- Acompañamiento en la dilatación: acompañamiento durante todo o parte del periodo de dilatación por una persona elegida por la mujer, a excepción de los profesionales sanitarios. Se registra en la “Hoja de paritorio” de Selene como SI o NO.
- Contacto piel con piel: se realiza inmediatamente tras el nacimiento y es la colocación del recién nacido en decúbito prono en contacto directo con su madre, favorece la regulación de las funciones vitales de la criatura. Se registra en la “Hoja de paritorio” de Selene como SI, NO o DESCONOCIDO.

- Elección de postura en dilatación y parto: la mujer elige la postura en el periodo de dilatación y en el periodo de expulsivo. Se registra en la “Hoja de paritorio” de Selene como SI o NO.
- Enema: aplicación de un enema evacuador durante el periodo activo de parto o antes de este, su uso está desaconsejado de forma rutinaria. Se registra en la “Hoja de paritorio” de Selene como SI o NO.
- Episiotomía: procedimiento por el cual los profesionales sanitarios realizan un corte en la zona perineal en el momento de expulsión de la cabeza, está desaconsejado su uso sistemático, tan solo se aconseja realizarla de forma selectiva. Se registra en la “Hoja de paritorio” de Selene como SI o NO.
- Finalización del parto: esta variable comprende partos instrumentalizados, partos eutócicos y cesárea intraparto.
 - Partos eutócicos: parto vaginal en presentación cefálica y a término (37-42 semanas) de inicio espontáneo o inducido y que NO ha requerido instrumentación ni manipulación fetal. Se registra en la “Hoja de paritorio” de Selene como SI o NO.
 - Partos instrumentalizados: parto vaginal atendido con fórceps, ventosa o espátulas. Se registra en la “Hoja de paritorio” de Selene como SI o NO.
 - Cesárea intraparto: cesárea no programada y surgida su necesidad en el periodo activo de parto, o por una inducción fallida. Se registra en la “Hoja de paritorio” de Selene en el ítem “finalización de parto” la cual como opciones contempla: Parto eutócico, parto instrumentalizado, cesárea intraparto.

- Ingestión de alimentos o líquidos: referente a si la mujer ha ingerido alimentos o líquidos durante el periodo activo de parto. Se registra en la “Hoja de paritorio” de Selene como SI o NO.
- Inicio lactancia materna en paritorio: se considera cuando el recién nacido inicia la lactancia materna en el postparto inmediato, las dos siguientes horas al parto. Se registra en la “Hoja de paritorio” de Selene como SI, NO, DESCONOCIDO.
- Monitorización: la monitorización fetal o RCTG es el control de la frecuencia cardiaca fetal. Se registra en la “Hoja de paritorio” de Selene como monitorización CONTINUA, INTERMITENTE, NO MONITORIZACIÓN.
- Oxitocina: uso de oxitocina sintética durante el periodo de dilatación, expulsivo, o alumbramiento. Se registra en la “Hoja de paritorio” de Selene como SI o NO.
- Partos inducidos: procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas en gestantes sin dinámica efectiva. Se registra en la “Hoja de paritorio” de Selene como SI o NO.
- Pinzamiento tardío del cordón: se considera que ha habido un pinzamiento tardío cuando se pinza este tras el cese del latido del cordón o un minuto después del nacimiento. Se registra en la “Hoja de paritorio” de Selene como SI o NO.
- Plan de Parto y Nacimiento: la mujer ha presentado antes del parto o en el momento de periodo activo de parto un Plan de Parto y Nacimiento por escrito. Se registra en la “Hoja de paritorio” de Selene como SI o NO.

- Rasurado del periné: rasurado del periné en el ámbito hospitalario. Se registra en la “Hoja de paritorio” de Selene como SI o NO.
- Tipo de anestesia: esta variable comprende epidural, anestesia general, local y no anestesia. Se registra en la “Hoja de paritorio” de Selene como sin analgesia, local, epidural, raquídea y general. Para el análisis se han creado dos categorías CON EPIDURAL Y SIN EPIDURAL en el que se ha incluido las mujeres registradas como sin analgesia y analgesia loca. En el caso de las raquídeas y las generales son analgesias utilizadas en las cesáreas.

2.1.2 Diseño de la investigación para dar respuesta al objetivo general 2 y sus respectivos objetivos específicos.

Para dar respuesta al objetivo 2, *Comparar la satisfacción de las mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento y las que no lo han presentado*, se realizó un estudio **prospectivo, analítico, comparativo**, durante 14 meses (noviembre de 2014 - diciembre de 2015) en el centro de salud de Vista Alegre-La Flota, Área VI de Salud de la Región de Murcia.

La población diana fueron las mujeres embarazadas del CS. Vista Alegre-La flota que acudieron a clases de educación maternal durante el periodo de estudio. Durante el curso de educación maternal se realizó una charla para informar y proporcionar el documento Plan de Parto y Nacimiento a las mujeres que desearan participar, se les proporcionó también el modelo del Ministerio de Sanidad (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012) (Anexo 1). Además, se les informó del estudio, y se les pidió su colaboración rellenando una encuesta de satisfacción ya validada para nuestro medio, la escala Mackey Chilbirth Satisfaction Rating Scale (Anexo 2). En la consulta postparto las mujeres que desearon participar en el estudio entregaron la escala de satisfacción junto con

un breve cuestionario sociodemográfico (Anexo 2), en el que nos informaban si habían presentado o no el Plan de Parto y Nacimiento entre otras cuestiones. En la documentación que se les entregó también se incluyó un consentimiento informado para participar en el estudio (Anexo 2).

En la tabla 12 se muestran las variables sociodemográficas y clínicas obstétricas.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIABLES CLÍNICAS OBSTÉTRICAS
Edad	Paridad (número de gestaciones)
Nivel estudios: Secundarios, FP, universitarios	Semanas de gestación en el momento del parto
Otros cursos de educación maternal	Tipo de parto: eutócico, instrumental, cesárea
Percepción personal de conocimiento acerca del embarazo: Bajo, medio, alto	Desgarro
Embarazo deseado o no deseado	Episiotomía
	Rasurado
	Enema
	Apgar del Recién nacido

Tabla 12. Variables sociodemográficas y obstétricas.

También se pidió a las participantes que expresaran su grado de satisfacción general, del 0 al 10, así como el grado de cumplimiento de su Plan de Parto y Nacimiento por parte de los profesionales sanitarios.

2.1.3 Diseño de la investigación para dar respuesta al objetivo general 3 y sus respectivos objetivos específicos.

Ante el objetivo número 3, *Conocer el uso y las opiniones sobre el Plan de Parto y Nacimiento de las matronas de la Región de Murcia*, se planteó un estudio **descriptivo observacional**, entre junio y septiembre de 2015, mediante encuestas de elaboración propia, la **muestra** de estudio fueron todas las matronas de la Región de Murcia que desearan participar en la investigación.

Como **instrumento de recogida de datos** se validó un cuestionario de elaboración propia, se optó por una escala tipo Likert de 5 posibles respuestas (1 Muy en desacuerdo, 2 En desacuerdo, 3 Indiferente, 4 De acuerdo, 5 Muy de acuerdo) y un total de 20 ítems, acompañado de un cuestionario sociodemográfico con 15 ítems. (Anexo 3).

El cuestionario se elaboró con el asesoramiento de un experto en bioestadística, el primer borrador se desarrolló basándonos en la literatura científica tanto de nuestro campo de estudio como de artículos específicos sobre creación y validación de cuestionarios (Martín Arribas, 2004; Baños Piñero, 2016). La creación de los ítems se hizo en torno a la pregunta de investigación ¿Cuál es el uso y las opiniones que tienen las matronas acerca del Plan de Parto y Nacimiento?

Para evaluar la validez del contenido, el cuestionario fue sometido al método Delphi, se les facilitó a 7 expertos en la materia, Titulados en Enfermería con Doctorados, profesores de la Universidad de Murcia y de la Unidad Docente de Matronas de Murcia. En cada uno de los ítems del cuestionario se les preguntó sobre: la claridad del ítem al ser redactado, la idoneidad para estar presente en esta encuesta, y la coherencia con respecto a los demás ítems (Anexo 4). Se les pidió también que expresaran cuantas opiniones creyeran oportunas para mejorar el borrador de la encuesta.

Tras un análisis de las respuestas de los expertos, se procedió a reformular algunos ítems del cuestionario y otros del cuestionario sociodemográfico.

En el cuestionario sociodemográfico se añadieron opciones en las preguntas 7 y 8 para poder dar respuesta a la variabilidad de los puestos de trabajo de las matronas. Se reformularon las preguntas 4, 5, 9, 10, 11, 12 y 14 para mejorar su comprensión, en la pregunta número 15 se añadieron ejemplos puesto que había suscitado confusiones, y, por último, se incluyó una pregunta, sobre el lugar de trabajo de las matronas para poder incluir tanto a las que ejercen su profesión en

el ámbito de la atención primaria, como en la atención especializada o en otros ambientes, quedando el cuestionario sociodemográfico configurada por un total de 16 preguntas.

En el cuestionario se reformularon los ítems 11, 12, 13 para poder ser graduados, ya que con anterioridad el enunciado de la pregunta no estaba expresada de forma cuantitativa. Se reformuló también el ítem 10 por dar lugar a dudas sobre qué preguntaba. En el ítem 9 se cambió el verbo para así proporcionar a este ítem de mayor claridad e idoneidad. Y por último se reformuló el ítem 16 por tener una connotación agresiva, así pues, con la reformulación se intentó no tener esta connotación.

De este modo, mediante la consulta a expertos el cuestionario y la encuesta sociodemográfica queda como se muestra en el anexo 3, adquiriendo una validez externa dada por los expertos mediante el método Delphi.

Para verificar la validez interna de nuestro cuestionario se procedió a la realización de un pilotaje, y así poder analizar el α de Crombach, y un análisis factorial para comprobar la validez del constructo. En el pilotaje participaron 30 matronas, se eliminaron 3 cuestionarios por no estar cumplimentados correctamente, por tanto, para el análisis de los datos se incluyeron 27 cuestionarios.

Se realizó un análisis factorial y una rotación varimax de los 20 ítems del cuestionario, que se agruparon definiendo 6 factores, los cuales explican el 73% de la variabilidad que generan los 20 ítems.

Rotated Component Matrix^a

	Component					
	1	2	3	4	5	6
XIII	,849		-,149	,153		-,300
I	,733	,232	,325		,249	-,140
VI	,718	-,172	-,203	-,128	,156	,295
XII	,660	,206	,216		,347	
VII		,775		,215	,130	
III	,161	,744	,240	,195	-,243	,256
IV	,260	,719	,237		-,340	,209
XVI		-,691		,151	-,145	
XIV	,280	-,633				,526
II	,139	,112	,844	,171		-,186
V		,130	,800		,221	,277
X	,253	,117	-,699	-,396		
XIX	-,142	-,134	-,139	-,772	-,404	
XVII	,144	-,129	,427	,699		,146
IX	-,446	,339		,609		-,289
XI	,145		,491	-,557	,506	-,243
VIII	-,257	,111	,210		-,740	-,134
XX	,243		,210	,242	,642	
XVIII	-,270	,208		,151		,756
XV	,288	,106	,173	-,106	,421	,442

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 10 iterations.

Tabla 13: Rotación Varimax. Análisis factorial del cuestionario piloto.

- **Factor 1:** Uso de los Planes de Parto y Nacimiento, constituido por los ítems I, VI, XII y XIII, siendo este último el que más peso tiene.
- **Factor 2:** Opinión sobre los Planes de Parto y Nacimiento, formando parte de este factor los ítems: III, IV, VII, XIV, XVI.
- **Factor 3:** Conocimiento sobre los Planes de Parto y Nacimiento, con los ítems: II, V y X.
- **Factor 4:** Utilidad de los Planes de Parto y Nacimiento, formado por los ítems: IX, XI, XVII, XIX.
- **Factor 5:** Información sobre los Planes de Parto y Nacimiento, ítem: VIII, XX.
- **Factor 6:** Otras características de los Planes de Parto y Nacimiento, ítem: XV, XVIII.

El α de Crombach general nos reportó un valor bajo, de 0,487, probablemente por la versatilidad de las mediciones de nuestro cuestionario, si bien al analizarlo por factores se obtienen puntuaciones altas.

VALIDEZ INTERNA: α de Crombach

General	0,487
Factor 1: Opinión sobre los Planes de Parto y Nacimiento	0,753
Factor 2: Opinión sobre los Planes de Parto y Nacimiento	0,774
Factor 3: Conocimiento sobre los Planes de Parto y Nacimiento	0,691
Factor 4: Utilidad basada en el conocimiento de la bibliografía de los Planes de Parto y Nacimiento	0,552
Factor 5: Información sobre los Planes de Parto y Nacimiento	0,314
Factor 6: Otras características de los Planes de Parto y Nacimiento	No valorable

Tabla 14. Validez interna del cuestionario, dada por el α de Crombach

Resaltar que los factores más influyentes en nuestro cuestionario son el factor 1 el 2 y el 3. Precisamente los factores que miden la opinión y el conocimiento que tienen las matronas con respecto a los Planes de Parto y Nacimiento.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	
Sexo	Turno: 24h, 12h, 7h, otro.
Edad	Grado de satisfacción laboral: elevado medio, bajo.
Estado civil: Soltera, Casa/vive en pareja, separada/divorciada, viuda.	Percepción de equipo: bueno, regular, malo.
Hijos: Si o no.	Relación con los compañeros: buena, regular, mala.
Años de experiencia como matrona: menos de 10 años, entre 10 y 20 años, más de 20 años.	Reconocimiento profesional: elevado, medio, bajo.
Años de permanencia en el servicio: menos de 4 años, entre 5 y 14 años, más de 15 años.	Jornada: completa, parcial.
Tipo de contrato laboral: Fijo, temporal, otro.	Número de mujeres que atiende por turno: 1-2 mujeres, 3-4 mujeres, más de 4 mujeres.
Lugar de trabajo: Atención primaria, atención especializada, otro.	Otra actividad laboral diferente.

Tabla 15. Variables sociodemográficas utilizadas para dar respuesta al objetivo número 3.

2.2 Análisis estadístico

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS.19.

Para analizar los datos obtenidos en el *1º estudio*, recogidos en el Hospital Virgen de la Arrixaca de los partos ocurridos en 2011-2012, en primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de la muestra con unas tablas de frecuencias y porcentajes de todos los datos recogidos. Posteriormente, para determinar qué variables tienen relación con el uso del Plan de Parto y Nacimiento, se realizaron tablas de contingencia con la prueba χ^2 de Pearson, y análisis de residuos, por último, con el objetivo de determinar qué variables son las más influyentes se realizó una regresión logística.

Para dar respuesta al *objetivo número 2*, los datos del *2º estudio*, se analizaron en un primero momento, los ítems del cuestionario sociodemográfico con cada uno de los ítems de la escala MCSRS. El análisis de las variables cuantitativas se realizó mediante correlaciones bivariadas, para las variables cualitativas dicotómicas se utilizó la prueba estadística t-student para datos independientes y para las variables cualitativas politónicas se realizó la prueba ANOVA's. Seguidamente, en las variables politónicas con diferencias significativas se realizó un análisis de comparaciones múltiples (prueba post hoc) a través de la prueba LSD de Fisher y Bonferroni.

Con los datos del *3º estudio*, en primer lugar, se procedió a realizar un análisis descriptivo, de frecuencias, estadísticos, cuartiles, DS, mínimos y máximos de los 6 factores que componen el cuestionario. Posteriormente se comparó el cuestionario con los datos sociodemográficos se usaron las mismas pruebas estadísticas que para el análisis de datos del objetivo número 3, correlaciones bivariadas en el caso de las variables cuantitativas, t-student en las variables cualitativas dicotómicas y ANOVA's para las cualitativas politónicas, completando el análisis con un análisis de comparaciones múltiples (prueba post hoc) a través de la prueba LSD de Fisher y Bonferroni, para así profundizar en las

diferencias existentes. Por último, y con el objetivo de profundizar más en la investigación se analizó exhaustivamente el factor número 2, llevando a cabo tablas de contingencia con los datos sociodemográficos más influyentes.

2.3 Consideraciones éticas

El presente estudio se ha regido en una primera etapa por el “Código de Buenas Prácticas Científicas” del Instituto Municipal de Investigación Médica, el Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra y el centro de Regulación Genómica, puesto que era el código adoptado por la Universidad de Murcia desde el Vicerrectorado de Investigación, posteriormente con la publicación el 22-12-2014 por el Comité de Dirección de la EIDUM la investigación se guio por el “Código de buenas Prácticas de la escuela internacional de doctorado de la Universidad de Murcia.”

La Doctorando María Suárez Cortés contrajo un compromiso individual adhiriéndose al **Código de Buenas Prácticas de Investigación y Publicaciones Científicas (CBPI)** adoptado por la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia.

Se solicitaron los pertinentes permisos al Comité de Ética e Investigación del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Área I de Salud), y del Hospital Morales Meseguer (Hospital de referencia del centro de Salud Vistalegre-La flota, Área de Salud VI) y a los Gerentes de dichos hospitales. (Anexos 5 y 6)

Así mismo se informó a las mujeres del centro de Salud Vistalegre-La Flota y a las matronas sobre el estudio, se les pidió su consentimiento (Anexo 2) para participar en él y se les aseguró que sus datos y el tratamiento de los mismos, son manejados de un modo confidencial con arreglo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Además, para dar cumplimiento a esta normativa se envió información del tratamiento de los datos de carácter personal al Departamento de Protección de Datos de la Universidad de Murcia, recibiendo el visto bueno para el tratamiento de dichos datos.

Se solicitó permiso a la autora, Rosa Mas Pons, que validó el cuestionario Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale en Español (Anexo 7).

2.4 Limitaciones del estudio

Nuestra investigación, se centra en un contexto determinado, con una atención al parto dirigido por obstetras y matronas, y una infraestructura determinada, por lo que solo se podrán aplicar nuestros resultados a contextos similares en los que se disponga de la misma infraestructura y el mismo modelo de atención al parto.

**BLOQUE IV: MARCO
EMPÍRICO**

CAPÍTULO 1.

Resultados

1.1 Resultados del Objetivo General 1 y sus respectivos Objetivos Específicos.

El total de partos analizados durante el bienio 2011-2012 fueron 9.303, de los cuales un 2.6% (n=240) presentaron un Plan de Parto y Nacimiento.

Para el análisis de los datos se subdividió por años, ya que, en febrero de 2012 se publicó por Parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el documento Plan de Parto y Nacimiento.

En 2011 el total de Planes de Parto y Nacimiento supuso un 2.8% (n=132) de los 4.618 partos registrados. Mientras que en 2012 los Planes de Parto y Nacimiento presentados descendieron a un 2.3% (n=108) de los 4.685 partos, si bien, el descenso no fue estadísticamente significativo “ $p=0.053$ ”.

		Año		
		2011	2012	Total
Plan de Parto y Nacimiento	Si	132 (55%)	108 (45%)	240
	No	4486 (49,49%)	4577 (50,51%)	9063
Total		4618	4685	9303

Tabla 16. Plan de Parto y Nacimiento según Año. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España. Año 2011-2012.

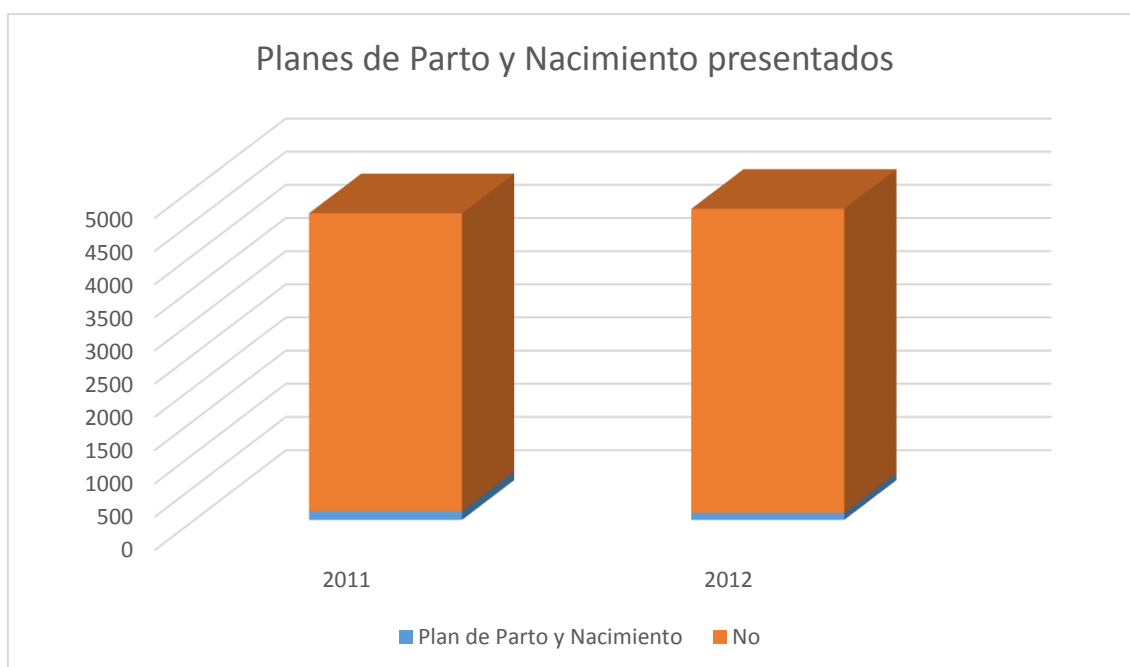


Gráfico 6: Planes de Parto y Nacimiento presentados en el bienio 2011-2012

La distribución de la muestra según las semanas de gestación oscila entre la semana 37 y la 42 (tabla 2), es en la semana 40 donde se concentra mayor porcentaje de la muestra, 32,4% (n=3018).

		Plan de Parto y Nacimiento		
		Si	No	Total
Semanas de gestación	37	15	593	608
	38	39	1394	1433
	39	60	2609	2669
	40	82	2936	3018
	41	41	1483	1524
	42	3	48	51
Total		240	9063	9303

Tabla 17. Distribución de la muestra según las semanas de gestación. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España. Año 2011-2012.

Con el objetivo de comparar el proceso de parto y la finalización del mismo entre las mujeres que presentaron un Plan de Parto y Nacimiento se realizó un análisis mediante tablas de contingencia. Los resultados determinaron que existen diferencias significativas en 7 de las variables analizadas ($p \leq 0,005$, frecuencia esperada ≥ 5 y ajuste residual ≥ 2). **Contacto piel con piel, elección de postura en dilatación y parto, uso de enema, ingestión de alimentos y líquidos, partos eutócicos, pinzamiento tardío del cordón y rasurado del periné.**

Como hemos mencionado existen diferencias significativas " $p < 0.001$ " en el **contacto piel con piel**, el porcentaje total fue 27.4% ($n=2552$), mientras que en los partos que se presentó un Plan de Parto y Nacimiento fue de 60.41% ($n=145$).

			Plan de Parto y Nacimiento		Total
			Si	No	
contac	1,00	Count	145	2407	2552
		Expected Count	65,8	2486,2	2552,0
		Adjusted Residual	11,6	-11,6	
	2,00	Count	95	6656	6751
		Expected Count	174,2	6576,8	6751,0
		Adjusted Residual	-11,6	11,6	
Total		Count	240	9063	9303
		Expected Count	240,0	9063,0	9303,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	134,643 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	132,947	1	,000		
Likelihood Ratio	117,306	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	134,628	1	,000		
N of Valid Cases	9303				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 65,84.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabla 18. Tabla de contingencia Contacto piel con piel con mujeres que presentan Plan de Parto y Nacimiento.

También encontramos diferencias estadísticamente significativas “ $p < 0.001$ ” en la **elección de postura en dilatación y parto**, así el porcentaje total fue de 48.1% (n=4471) frente a un 62.5% (n=150) en las mujeres que presentaron un Plan de Parto y Nacimiento.

Crosstab

			Plan de Parto y Nacimiento		Total
			Si	No	
Eligen postura en Dilatación y Parto	Si	Count	150	4321	4471
		Expected Count	115,3	4355,7	4471,0
		Adjusted Residual	4,5	-4,5	
	No	Count	90	4742	4832
		Expected Count	124,7	4707,3	4832,0
		Adjusted Residual	-4,5	4,5	
Total	Count	240	9063	9303	
	Expected Count	240,0	9063,0	9303,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	20,579 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	19,990	1	,000		
Likelihood Ratio	20,712	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	20,577	1	,000		
N of Valid Cases	9303				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 115,34.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabla 19. Tabla de contingencia eligen postura en dilatación y parto con mujeres que presentan Plan de Parto y Nacimiento.

Al analizar el **uso del enema** se encontró que las mujeres que presentaron un Plan e Parto y Nacimiento hacían más uso de él, con un 10.4% (n=25), mientras que el total del **uso del enema** se situó en el 6,8% (n=637) “ $p=0.023$ ”.

Crosstab

			Plan de Parto y Nacimiento		Total
			Si	No	
Enema	Si	Count	25	612	637
		Expected Count	16,4	620,6	637,0
		Adjusted Residual	2,2	-2,2	
	No	Count	215	8451	8666
		Expected Count	223,6	8442,4	8666,0
		Adjusted Residual	-2,2	2,2	
Total	Count	240	9063	9303	
	Expected Count	240,0	9063,0	9303,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,921 ^a	1	,027		
Continuity Correction ^b	4,363	1	,037		
Likelihood Ratio	4,305	1	,038		
Fisher's Exact Test				,037	,023
Linear-by-Linear Association	4,920	1	,027		
N of Valid Cases	9303				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,43.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabla 20. Tabla de contingencia uso de enema con mujeres que presentan Plan de Parto y Nacimiento.

La **ingestión de alimentos o líquidos** total fue de 33% (n=3072), mientras que en las mujeres con Plan de Parto y Nacimiento esta aumentó significativamente “ $p=0.002$ ” hasta un 42% (n=101) en las mujeres que presentaron un Plan de Parto y Nacimiento.

Crosstab

		Plan de Parto y Nacimiento		Total	
		Si	No		
Ingestión de Alimentos o líquidos	Si	Count	101	2971	3072
		Expected Count	79,3	2992,7	3072,0
		Adjusted Residual	3,0	-3,0	
	No	Count	139	6092	6231
		Expected Count	160,7	6070,3	6231,0
		Adjusted Residual	-3,0	3,0	
Total		Count	240	9063	9303
		Expected Count	240,0	9063,0	9303,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,146 ^a	1	,002		
Continuity Correction ^b	8,731	1	,003		
Likelihood Ratio	8,808	1	,003		
Fisher's Exact Test				,003	,002
Linear-by-Linear Association	9,145	1	,002		
N of Valid Cases	9303				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 79,25.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabla 21. Tabla de contingencia ingestión de alimentos o líquidos con mujeres que presentan Plan de Parto y Nacimiento.

El porcentaje de **partos eutócicos** se situó en el 73.8% (n=6868) del total de partos, frente al 81.66% (n=196) en los partos en los que la mujer presentó un Plan de Parto y Nacimiento. “ $p=0.002$ ”.

Crosstab

			Plan de Parto y Nacimiento		Total
			Si	No	
Eutocico	1,00	Count	196	6672	6868
		Expected Count	177,2	6690,8	6868,0
		Adjusted Residual	2,8	-2,8	
	2,00	Count	44	2391	2435
		Expected Count	62,8	2372,2	2435,0
		Adjusted Residual	-2,8	2,8	
Total		Count	240	9063	9303
		Expected Count	240,0	9063,0	9303,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,838 ^a	1	,005		
Continuity Correction ^b	7,427	1	,006		
Likelihood Ratio	8,437	1	,004		
Fisher's Exact Test				,005	,002
Linear-by-Linear Association	7,837	1	,005		
N of Valid Cases	9303				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 62,82.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabla 22. Tabla de contingencia partos eutócicos con mujeres que presentan Plan de Parto y Nacimiento.

El **pinzamiento tardío del cordón** se realizó en el 63.1% (n=5684) de los partos, mientras que si la mujer había presentado un Plan de Parto y Nacimiento este porcentaje aumentó significativamente “ $p < 0.001$ ” a un 78.3% (n=188).

Crosstab

			Plan de Parto y Nacimiento		Total
			Si	No	
Pinzamiento del cordón cuando deja de Latir	Si	Count	188	5684	5872
		Expected Count	151,5	5720,5	5872,0
		Adjusted Residual	4,9	-4,9	
	No	Count	52	3378	3430
		Expected Count	88,5	3341,5	3430,0
		Adjusted Residual	-4,9	4,9	
Total		Count	240	9062	9302
		Expected Count	240,0	9062,0	9302,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	24,475 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	23,809	1	,000		
Likelihood Ratio	26,486	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	24,473	1	,000		
N of Valid Cases	9302				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 88,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabla 23. Tabla de contingencia pinzamiento tardío del cordón con mujeres que presentan Plan de Parto y Nacimiento.

El **rasurado del periné** fue del 12% (n=1113) del total de partos, mientras que en los partos en los que la mujer presentó un Plan de Parto y Nacimiento aumentó significativamente “ $p=0.018$ ” hasta el 16.6% (n=40).

Crosstab

			Plan de Parto y Nacimiento		Total
			Si	No	
Rasurado del Periné	Si	Count	40	1073	1113
		Expected Count	28,7	1084,3	1113,0
		Adjusted Residual	2,3	-2,3	
	No	Count	200	7990	8190
		Expected Count	211,3	7978,7	8190,0
		Adjusted Residual	-2,3	2,3	
Total	Count	240	9063	9303	
	Expected Count	240,0	9063,0	9303,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,173 ^a	1	,023		
Continuity Correction ^b	4,725	1	,030		
Likelihood Ratio	4,696	1	,030		
Fisher's Exact Test				,027	,018
Linear-by-Linear Association	5,172	1	,023		
N of Valid Cases	9303				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 28,71.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabla 24. Tabla de contingencia rasurado del periné con mujeres que presentan Plan de Parto y Nacimiento

A continuación, se muestran cada una de las variables analizadas, qué estándar de calidad es el adecuado según el Ministerio de Sanidad, la frecuencia obtenida en las mujeres que presentan un Plan de Parto y Nacimiento, la frecuencia obtenida en el total de los partos y el grado de significación estadística.

Indicador	Estándar Ministerio de Sanidad y Consumo	% total parto	% total partos con Plan de Parto y Nacimiento	P
Plan de parto y Nacimiento		2,6	100	
Acompañamiento en Parto		73,9	76,3	0,403
Acompañamiento en dilatación		87,7	83,3	0,036
Contacto piel con piel	≥80	27,4	60,4	0,001*
Elección de postura		48,1	62,5	0,001*
Enema		6,8	10,4	0,027*
Episiotomía		51,3	46,2	0,112
Finalización del parto				0,018*
Eutócico		73,8	81,6	
Instrumentados	5	23,9	16,2	
Cesáreas intraparto		2,3	2	
Ingestión de alimentos o líquidos		33	42	0,002*
Inicio lactancia en paritorio		90	91,1	0,412
Monitorización continua		99	95	0,001
Oxitocina		86,5	83,7	0,199
Partos inducidos	10	28,7	20,8	0,1
Pinzamiento tardío del cordón		63,1	78,3	0,001*
Rasurado del periné		12	16,6	0,023*
Tipo de anestesia				0,295
Epidural	30-80	78,1	73,7	
General		0	0	
Local		12,7	16,6	
Sin anestesia		9,2	9,5	

* Significación estadística = $p \leq 0,005$, frecuencia esperada ≥ 5 y ajuste residual ≥ 2

Tabla 25. Variables a estudio según presentan Plan de Parto y Nacimiento. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España. Año 2011-2012.

Posteriormente, para profundizar en los datos obtenidos, se procedió a realizar un análisis de regresión logística, el cual determinó que las tres variables más influyentes fueron el **contacto piel con piel** (OR 4.22 [95% CI 3.245-5.489], $p < 0.001$), **elección de postura en dilatación y parto** (OR 1.8 [95% CI 1.416-2.416, $p < 0.001$) y el **rasurado del periné** (OR 1.6 [95% CI 1.165-2.348, $p = 0.005$).

1.2 Resultados del Objetivo General 2 y sus respectivos Objetivos Específicos.

En total se realizaron 8 charlas durante los 14 meses que duró la investigación, a estas charlas asistieron 114 mujeres, de las cuales 39 entregaron la encuesta correctamente cumplimentada, esto supone una participación del 34.21% ($n=39$).

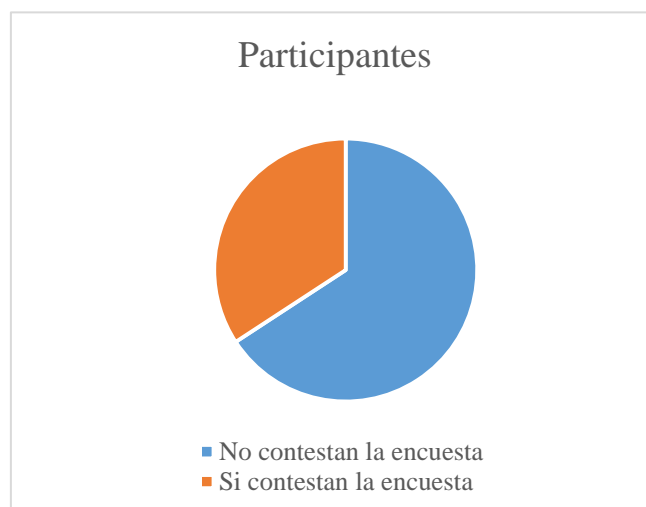


Gráfico 7. Participantes en el estudio para dar respuesta al objetivo número 2.

El análisis de los resultados se dividió en tres etapas, se analizaron los 6 factores de la escala MCSRS con cada una de las variables del cuestionario sociodemográfico, clasificando estas en variables cuantitativas, variables cualitativas dicotómicas y variables cualitativas politómicas.

En la primera etapa se analizaron las variables cuantitativas, para ello se llevaron a cabo correlaciones bivariadas. En esta fase se incluyeron las variables **satisfacción general, edad de la mujer, semanas de gestación y puntuación de Apgar del recién nacido al minuto.**

Los resultados de nuestro 2º estudio determinan que de las variables cuantitativas tan solo la **satisfacción general** (medida del 0 al 10 en la encuesta sociodemográfica) influye en el resultado de la escala, el resto de variables cuantitativas, **edad de la mujer, semanas de gestación** y la **puntuación de Apgar del recién nacido al minuto** no son influyentes.

En la Tabla 26, se resaltan en amarillo los datos con significación estadística, la **satisfacción general** influye en los factores **I Obstetra** “ $p=0.002$ ”, **II Matrona** “ $p<0.000$ ”, **IV Expulsivo** “ $p<0.000$ ”, V Recién nacido “ $p=0.040$ ” y **VI Acompañamiento** “ $p=0.001$ ”, si bien no influye en el factor **III Dilatación** “ $p=0.057$ ”.

SITUACIÓN ACTUAL DEL PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO EN LA REGIÓN DE MURCIA

		FI OBSTET RA	FII MATRO NA	FIII DILATA CION	FIV EXPULSIV O	FV RN
FI OBSTETRA	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 33	,506** 33	,428* 33	,567** 33	,215 31
FII MATRONA	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,506** 33	1 36	,387* 36	,692** 36	,524** 34
FIII DILATACION	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,428* 33	,387* 36	1 37	,308 37	,227 35
FIV EXPULSIVO	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,567** 33	,692** 36	,308 37	1 37	,654** 35
FV RN	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,215 31	,524** 34	,227 35	,654** 35	1 37
FVI ACOMPAN AMIENTO	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,490** 32	,756** 35	,309 36	,750** 36	,492** 34
EDAD EN AÑOS	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,341 33	,106 36	-,122 37	,025 37	,003 37
SEMANAS GESTACION	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,316 33	,172 36	-,001 37	,160 37	,103 37
APGAR AL MINUTO	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,151 26	-,015 28	,052 29	,113 29	,145 28
SATISFACI ON GENERAL	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,518** 32	,625** 35	,320 36	,603** 36	,344* 36

		FVI ACOMPA ÑAMIEN TO	EDAD EN AÑOS	SEMANAS GESTACIO N	APGAR AL MINUTO	SATISFAC ION GENERAL
FI OBSTETRA	Pearson	,490**	-,341	,316	-,151	,518**
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,004	,052	,073	,463	,002
	N	32	33	33	26	32
FII MATRONA	Pearson	,756**	,106	,172	-,015	,625**
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,000	,537	,317	,940	,000
	N	35	36	36	28	35
FIII DILATACIO N	Pearson	,309	-,122	-,001	,052	,320
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,067	,472	,994	,790	,057
	N	36	37	37	29	36
FIV EXPULSIVO	Pearson	,750**	,025	,160	,113	,603**
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,000	,882	,343	,560	,000
	N	36	37	37	29	36
FV RN	Pearson	,492**	,003	,103	,145	,344*
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,003	,988	,543	,462	,040
	N	34	37	37	28	36
FVI ACOMPAÑ AMIENTO	Pearson	1	,057	,142	-,085	,530**
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)		,742	,410	,661	,001
	N	36	36	36	29	35
EDAD EN AÑOS	Pearson	,057	1	-,038	,187	,095
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,742		,817	,321	,571
	N	36	39	39	30	38
SEMANAS GESTACIO N	Pearson	,142	-,038	1	-,229	,120
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,410	,817		,224	,473
	N	36	39	39	30	38
APGAR AL MINUTO	Pearson	-,085	,187	-,229	1	,297
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,661	,321	,224		,117
	N	29	30	30	30	29
SATISFACI ON GENERAL	Pearson	,530**	,095	,120	,297	1
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,001	,571	,473	,117	
	N	35	38	38	29	38

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabla 26. Correlación bivariada de variables cuantitativas con MCSRS

A su vez el **grado de cumplimiento del Plan de Parto y Nacimiento por parte de los profesionales** se analizó también mediante una correlación bivariada, dando como resultado que influye en los factores **II Matrona** “ $p=0.022$ ”, **III Dilatación** “ $p=0.039$ ” y **IV Expulsivo** “ $p=0.002$ ”.

		FI OBSTETR A	FII MATRON A	FIII DILATACION	FIV EXPULSIVO
FI OBSTETRA	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 33	,506** 33	,428* 33	,567** 33
FII MATRONA	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,506** 33	1 36	,387* 36	,692** 36
FIII DILATACION	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,428* 33	,387* 36	1 37	,308 37
FIV EXPULSIVO	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,567** 33	,692** 36	,308 37	1 37
FV RN	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,215 31	,524** 34	,227 35	,654** 35
FVI ACOMPA	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,490** 32	,756** 35	,309 36	,750** 36
GRADO DE CUMPLIMIENTO	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,794 4	,931* 5	,835* 6	,967** 6

		FV RN	FVI_ACOMP A	GRADO DE CUMPLIMIENTO
FI_OBSTETRA	Pearson Correlation	,215	,490**	,794
	Sig. (2-tailed)	,246	,004	,206
	N	31	32	4
FII_MATRONA	Pearson Correlation	,524**	,756**	,931*
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,022
	N	34	35	5
FIII_DILATACION	Pearson Correlation	,227	,309	,835*
	Sig. (2-tailed)	,190	,067	,039
	N	35	36	6
FIV_EXPULSION	Pearson Correlation	,654**	,750**	,967**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,002
	N	35	36	6
FV_RN	Pearson Correlation	1	,492**	,175
	Sig. (2-tailed)		,003	,741
	N	37	34	6
FVI_ACOMP A	Pearson Correlation	,492**	1	,801
	Sig. (2-tailed)	,003		,055
	N	34	36	6
GRADO DE CUMPLIMIENTO	Pearson Correlation	,175	,801	1
	Sig. (2-tailed)	,741	,055	
	N	6	6	6

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabla 27. Correlación bivariada de Grado de cumplimiento del Plan de Parto y Nacimiento y MCSRS.

En una segunda etapa, se analizaron las variables cualitativas dicotómicas, **episiotomía, rasurado, enema, entrega del Plan de Parto y Nacimiento**, para ello se realizó la t-student independiente.

Los resultados obtenidos, se muestran en la tabla 28, en ella se puede observar que tan solo influye la **episiotomía** en el factor **II Matrona**, con un grado de significación estadística de “ $p=0.038$ ” y en el factor **VI Acompañamiento**, con un grado de significación estadística de “ $p=0.031$ ”. La variable **entrega del Plan**

de Parto y Nacimiento no influye en la satisfacción de la gestante ni en ninguno de los factores de la escala.

		<i>Episiotomía</i>	<i>Rasurado</i>	<i>Enema</i>	<i>Entre de Plan de Parto y Nacimiento</i>
<i>Factor Obstetra</i>	I:	0,50568	-0,15417	0,42411	-0,42143
<i>Factor Matrona</i>	II:	0,03819*	-0,13131	0,16344	0,36458
<i>Factor Dilatación</i>	III:	0,39667	0,20098	-0,22715	-0,58029
<i>Factor Expulsivo</i>	IV:	0,34750	-0,31127	-0,19220	-0,29018
<i>Factor V: Recién nacido</i>		0,21445	0,33987	-0,04454	0,18452
<i>Factor Acompañamiento</i>	VI:	0,03125*	-0,56818	-0,27500	-0,18750

Tabla 28. T-student independiente para variables cualitativas dicotómicas.

El análisis de las variables cualitativas politómicas, **nivel de estudios** y **tipo de parto** se realizó mediante ANOVA's. Como resultados se obtuvieron que el **nivel de estudios** no influye en ninguno de los factores de la escala MCSRS. En cuanto al **tipo de parto** los resultados muestran que es influyente en el factor **IV Expulsivo** y en el factor **V Recién Nacido** con un grado de significación estadística de " $p=0.001$ " y " $p=0.017$ " respectivamente. Los resultados se muestran en las tablas 29 y 30.

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
FI OBSTETRA	Between Groups	3,466	1	3,466	3,418	,074
	Within Groups	31,433	31	1,014		
	Total	34,899	32			
FII MATRONA	Between Groups	,021	1	,021	,033	,858
	Within Groups	21,643	34	,637		
	Total	21,664	35			
FIII DILATACION	Between Groups	,460	1	,460	,704	,407
	Within Groups	22,848	35	,653		
	Total	23,307	36			
FIV EXPULSIVO	Between Groups	,124	1	,124	,114	,738
	Within Groups	38,231	35	1,092		
	Total	38,355	36			
FV RN	Between Groups	,111	1	,111	,282	,599
	Within Groups	13,811	35	,395		
	Total	13,922	36			
FVI ACOMPANAMIENTO	Between Groups	,172	1	,172	,341	,563
	Within Groups	17,125	34	,504		
	Total	17,297	35			

Tabla 29. ANOVA's para nivel de estudios

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
FI OBSTETRA	Between Groups	1,282	2	,641	,572	,570
	Within Groups	33,617	30	1,121		
	Total	34,899	32			
FII MATRONA	Between Groups	,489	2	,244	,381	,686
	Within Groups	21,175	33	,642		
	Total	21,664	35			
FIII DILATACION	Between Groups	1,050	2	,525	,802	,457
	Within Groups	22,258	34	,655		
	Total	23,307	36			
FIV EXPULSIVO	Between Groups	13,484	2	6,742	9,217	,001
	Within Groups	24,871	34	,731		
	Total	38,355	36			
FV RN	Between Groups	2,961	2	1,481	4,593	,017
	Within Groups	10,961	34	,322		
	Total	13,922	36			
FVI ACOMPANAMIENTO	Between Groups	2,210	2	1,105	2,417	,105
	Within Groups	15,087	33	,457		
	Total	17,297	35			

Tabla 30. ANOVA´s para tipo de parto

Al realizar un análisis de comparaciones múltiples (prueba post hoc) para el **tipo de parto** a través de la prueba LSD de Fisher y Bonferroni, se encontraron diferencias significativas en el factor **IV Expulsivo**, entre los **partos eutócicos** con los **partos instrumentados** y las **cesáreas**, con LSD “ $p=0.012$ ”, Bonferroni “ $p=0.035$ ” y LSD “ $p=0.001$ ” y Bonferroni “ $p=0.02$ ” respectivamente.

En el factor **V Recién Nacido** se encontraron diferencias entre los **partos eutócicos** y las **cesáreas**, LSD “ $p=0.008$ ” y Bonferroni “ $p=0.023$ ”.

1.3 Resultados del Objetivo General 3 y sus respectivos Objetivos Específicos.

La encuesta que desarrollamos quedó validada mediante el método Delphi y un posterior pilotaje, como se mencionó en el capítulo metodología.

Nuestra encuesta quedó compuesta por 6 factores, que se configuraron con los siguientes ítems, ordenados de mayor a menor importancia dentro del factor:

<i>Factor</i>	<i>Denominación</i>	<i>Ítems que lo componen</i>
Factor 1	Uso del Plan de Parto y Nacimiento	<p>XII: Entre los documentos que tengo en mi ordenador personal o de trabajo abundan los modelos de Planes de Parto y Nacimiento</p> <p>XIII: Uso frecuentemente en mi trabajo los Planes de Parto y Nacimiento</p> <p>XI: Leo a menudo artículos científicos sobre los Planes de Parto y Nacimiento</p> <p>VI: He ayudado a mujeres a elaborar su Plan de Parto y Nacimiento</p> <p>V: Conozco diferentes modelos de Planes de Parto y Nacimiento</p> <p>IV: Aconsejo a las mujeres que elaboren un Plan de Parto y Nacimiento</p> <p>III: Me siento cómoda cuando las mujeres presentan un Plan de Parto y Nacimiento</p> <p>XVII: La toma de decisiones consiste en una deliberación entre el profesional sanitario y la mujer, sobre las diferentes opciones existentes. *</p>

<p>Factor 2</p>	<p>Opinión sobre el Plan de Parto y Nacimiento</p>	<p>VII: Creo que los Planes de Parto y Nacimiento son unos documentos importantes para fomentar la autonomía de las mujeres en el proceso de parto</p> <p>XIV: Considero innecesarios los Planes de Parto y Nacimiento*</p> <p>VIII: Considero que las mujeres que presentan un Plan de Parto y Nacimiento están bien informadas</p> <p>IV: Aconsejo a las mujeres que elaboren un Plan de Parto y Nacimiento</p> <p>III: Me siento cómoda cuando las mujeres presentan un Plan de Parto y Nacimiento</p>
<p>Factor 3</p>	<p>Conocimiento general sobre el Plan de Parto y Nacimiento</p>	<p>I: Estoy familiarizada con el concepto de Plan de Parto y Nacimiento</p> <p>II: He escuchado hablar sobre los Planes de Parto y Nacimiento</p> <p>XX: Me gusta hablar con las mujeres sobre qué esperan de sus partos</p> <p>III: Me siento cómoda cuando las mujeres presentan un Plan de Parto y Nacimiento</p>
<p>Factor 4</p>	<p>Información sobre el Plan de Parto y Nacimiento</p>	<p>IX: Un Plan de Parto y Nacimiento es un documento legal</p> <p>XX: Me gusta hablar con las mujeres sobre qué esperan de sus partos</p> <p>VI: He ayudado a mujeres a elaborar su Plan de Parto y Nacimiento</p> <p>XVI: Considero que con el Plan de Parto y Nacimiento la mujer pretende decirles a los profesionales cómo deben hacer su trabajo</p> <p>III: Me siento cómoda cuando las mujeres presentan un Plan de Parto y Nacimiento</p>

Factor 5	Conocimiento legal sobre el Plan de Parto y Nacimiento	<p>XVIII: Considero que el consentimiento informado es un trámite administrativo y legal</p> <p>XV: Considero que para respetar la autonomía de las mujeres es suficiente escucharlas durante el proceso de parto</p> <p>III: Me siento cómoda cuando las mujeres presentan un Plan de Parto y Nacimiento</p>
Factor 6	Utilidad del Plan de Parto y Nacimiento	<p>X: Los Planes de Parto y Nacimiento están extendidos en nuestra Región</p> <p>XVI: Considero que con el Plan de Parto y Nacimiento la mujer pretende decirles a los profesionales cómo deben hacer su trabajo</p> <p>XIX: Los Planes de Parto y Nacimiento son solo para los partos en el domicilio</p>

*para el análisis se invirtieron los valores obtenidos

Tabla 31. Configuración de los 6 factores y sus ítems correspondientes.

En la tabla 32 se muestra la prueba estadística rotación Varimax, en la cual se puede ver el peso que tienen cada uno de los ítems en el factor al que pertenecen, se han marcado éstos en amarillo.

Rotated Component Matrix^a

	Component					
	1	2	3	4	5	6
XII	,859	,150	,135			
XIII	,802			-,125		
XI	,784			,236	,181	,317
VI	,668			,507		
V	,634		,455			,142
IV	,595	,510			-,115	-,120
XVII	-,535	-,168	,157	-,109	,358	
III	,384	,352	,314	,369	,139	
VII	,121	,863		,179		
XIV		-,847				,226
VIII	,219	,676		,266		
I	,257		,873			-,116
II	-,136	,462	,698	,111	,101	
IX	-,105	,168		,858		
XX	,269		,453	,539		
XVIII		,301			,839	-,113
XV	-,106	-,451		,136	,667	
X					-,146	,863
XVI	-,144	-,296	,194	-,440	,284	,468
XIX	,130	-,251	-,328	-,337	,159	,440

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

Tabla 32. Rotación varimax. Análisis factorial del cuestionario.

A continuación, se muestra la encuesta que hemos elaborado y validado para el 3º Estudio de nuestra investigación.

CUESTIONARIO

Por favor, lea atentamente cada una de las preguntas que vienen a continuación.

Responda a las preguntas con un número según el grado de acuerdo entre lo que usted piensa y siente y las respuestas que se proponen.

- 1 Muy en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indiferente.
- 4 De acuerdo.
- 5 Muy de acuerdo.

No piense demasiado las respuestas ni emplee mucho tiempo en contestarlas. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, ni respuestas con trampa, y todas deben responderse con sinceridad.

Quizá considere que algunas preguntas son demasiado personales; no se preocupe, recuerde que este cuestionario es totalmente anónimo y confidencial.

1. Estoy familiarizada con el concepto de Plan de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
2. He escuchado hablar sobre los Planes de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
3. Me siento cómoda cuando las mujeres presentan un Plan de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
4. Aconsejo a las mujeres que elaboren un Plan de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
5. Conozco diferentes modelos de Planes de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
6. He ayudado a mujeres a elaborar su Plan de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
7. Creo que los Planes de Parto y Nacimiento son unos documentos importantes para fomentar la autonomía de las mujeres en el proceso de parto	1	2	3	4	5
8. Considero que las mujeres que presentan un Plan de Parto y Nacimiento están bien informadas	1	2	3	4	5
9. Un Plan de Parto y Nacimiento es un documento legal	1	2	3	4	5
10. Los Planes de Parto y Nacimiento están extendidos en nuestra Región	1	2	3	4	5
11. Leo a menudo artículos científicos sobre los Planes de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
12. Entre los documentos que tengo en mi ordenador personal o de trabajo abundan los modelos de Planes de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
13. Uso frecuentemente en mi trabajo los Planes de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
14. Considero innecesarios los Planes de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
15. Considero que para respetar la autonomía de las mujeres es suficiente escucharlas durante el proceso de parto	1	2	3	4	5
16. Considero que con el Plan de Parto y Nacimiento la mujer pretende decirle a los profesionales cómo deben hacer su trabajo	1	2	3	4	5
17. La toma de decisiones consiste en una deliberación entre el profesional sanitario y la mujer, sobre las diferentes opciones existentes.	1	2	3	4	5
18. Considero que el consentimiento informado es un trámite administrativo y legal	1	2	3	4	5
19. Los Planes de Parto y Nacimiento son solo para los partos en el domicilio	1	2	3	4	5
20. Me gusta hablar con las mujeres sobre qué esperan de sus partos	1	2	3	4	5

Nuestro cuestionario se facilitó a las matronas de la Región de Murcia, la muestra quedó configurada por 58 sujetos. No se puede precisar el porcentaje de matronas que participaron en la encuesta puesto que no se dispone de una base de datos fiable del número total de matronas en la Región de Murcia.

En un primer abordaje de los datos, se realizó un análisis descriptivo, con frecuencias de los 6 factores, estadísticos, media, cuartiles, desviación estándar, máximos y mínimo. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 33.

Statistics

		USO	OPINIÓN	CONOC. GENERAL	INFORMACIÓN	CONOC. LEGAL	UTILIDAD
N	Valid	55	57	58	56	58	55
	Missing	3	1	0	2	0	33
Mean		2,4386	3,4281	4,2629	3,2821	3,7701	1,8788
Std. Deviation		,76975	,87459	,53685	,57052	,70145	,59960
Minimum		1,25	1,40	3,00	2,00	1,67	1,00
Maximum		5	4,80	5,00	4,40	5,00	3,33
Percentiles	25	1,8750	2,8000	4,0000	3,0000	3,3333	1,3333
	50	2,3750	3,6000	4,3750	2,2000	3,6667	2,0000
	75	2,8750	4,2000	4,7500	4,7500	4,3333	2,3333

Tabla 33. Análisis descriptivo de los resultados del cuestionario a matronas.

De estos resultados se desprende que el **Conocimiento general del Plan de Parto y Nacimiento** se desplaza hacia valores altos “ $M=4.2629$; $DS=0.53685$ ”. Por otro lado, **el Conocimiento legal del Plan de Parto y Nacimiento** se desplaza también, aunque discretamente, hacia valores elevados “ $M=3.7701$; $SD=0.70145$ ”. En contraposición, **la Utilidad** se desplaza hacia valores muy bajos “ $M=1.8788$; $SD=0.59960$ ”, y **el Uso** se desplaza hacia valores ligeramente bajos “ $M=2.4386$; $SD=0.76975$ ”.

A continuación, se muestran unas representaciones gráficas en forma de histograma de la distribución de las respuestas de cada uno de los 6 factores. Se ha tomado la puntuación 3 como referencia intermedia.

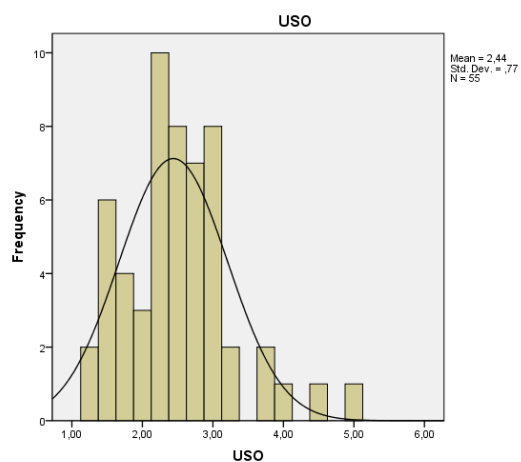


Gráfico 8. Frecuencia para el factor 1 Uso.

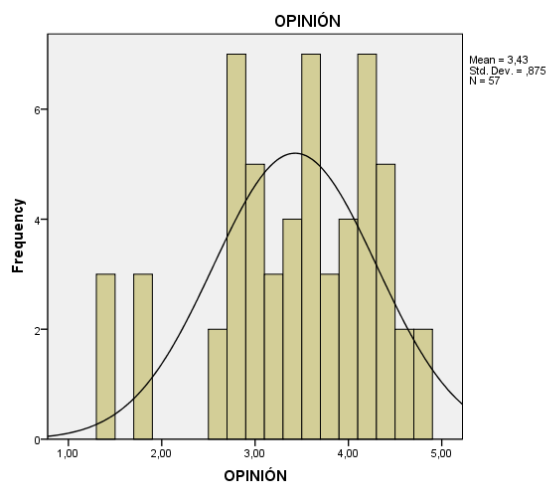


Gráfico 9. Frecuencia para el factor 2 Opinión

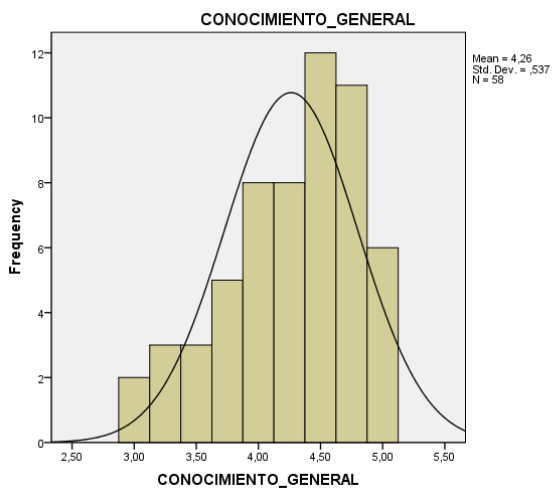


Gráfico 10. Frecuencia para el factor 3 Conocimiento general

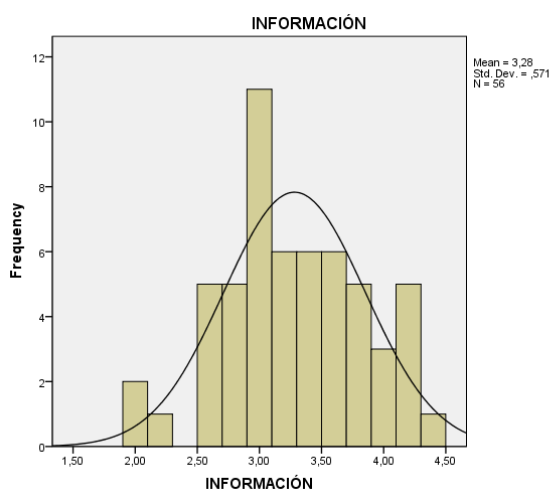


Gráfico 11. Frecuencia para el factor 4 Información

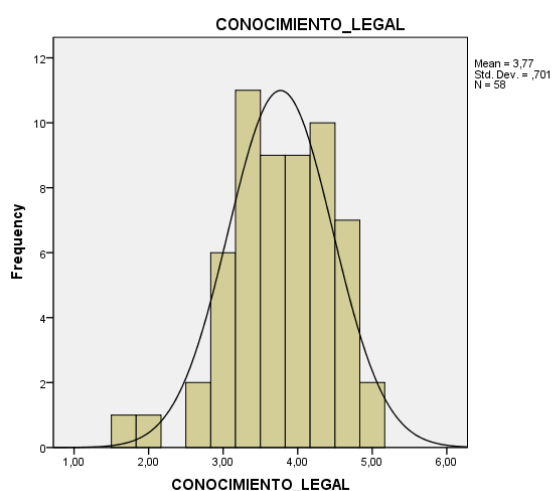


Gráfico 12. Frecuencia para el factor 5 Conocimiento legal

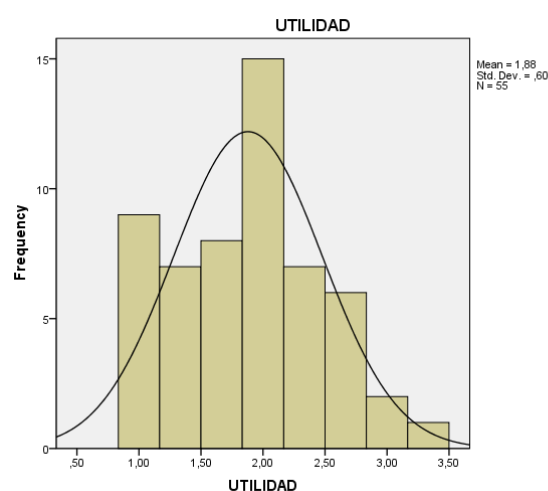


Gráfico 13. Frecuencia para el factor 6 Utilidad

Posteriormente, se analizó cada uno de los ítems del cuestionario sociodemográfico con cada uno de los 6 factores de nuestra encuesta, para ello se compararon las medias usando la prueba T-student en las variables dicotómicas (**sexo, hijos, jornada laboral, otra actividad**), y la prueba ANOVA's en las variables politómicas (**edad, estado civil, hijos, experiencia, permanencia en el servicio, contrato, lugar de trabajo, turno de trabajo, satisfacción, trabajo en equipo, relación con los compañeros, reconocimiento laboral, partos atendidos**). Se realizaron también pruebas de homogeneidad, de Brown-Forsythe, de Welch, de LSD de Fisher y de Bonferroni.

Los resultados del análisis de las variables dicotómica se muestran en la tabla 34, en amarillo se ha resaltado la única variable con significación estadística, el tener **otra actividad**, que influye en el factor **2 Opinión del Plan de Parto y Nacimiento.**

	<i>Sexo</i>	<i>Hijos</i>	<i>Jornada laboral</i>	<i>Otra actividad</i>
<i>Factor 1: USO</i>	0,525	0,542	0,493	0,625
<i>Factor 2: OPINIÓN</i>	0,727	0,112	0,539	0,007
<i>Factor 3: C. GENERAL</i>	0,787	0,223	0,137	0,418
<i>Factor 4: INFORM.</i>	0,333	0,542	0,075	0,883
<i>Factor 5: C. LEGAL</i>	0,575	0,886	0,926	0,736
<i>Factor 6: UTILIDAD</i>	0,311	0,580	0,819	0,516

Tabla 34. Análisis variables dicotómicas

Los resultados del análisis de las variables politónicas muestran que la **edad de la matrona, el estado civil, el tipo de contrato, la satisfacción laboral, el trabajo el equipo, la relación con los compañeros, y el número de partos atendidos** no son influyentes.

	<i>Edad</i>		<i>Estado Civil</i>		<i>Experiencia</i>		<i>Permanencia en el Servicio</i>		<i>Tipo de contrato</i>	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
<i>Factor 1: USO</i>	,319	,728	,110	,896	,363	,697	,102	,903	1,675	,197
<i>Factor 2: OPINIÓN</i>	,668	,517	,219	,804	3,472	0,038	3,607	0,034	2,084	,134
<i>Factor 3: C. GENERAL</i>	,670	,516	,958	,390	,340	,713	,392	,678	,017	,984
<i>Factor 4: INFORM.</i>	,725	,489	1,474	,238	1,268	,290	,723	,490	,606	,549
<i>Factor 5: C. LEGAL</i>	,056	,946	,229	,796	,189	,828	,271	,764	1,483	,236
<i>Factor 6: UTILIDAD</i>	1,317	,277	,857	,430	3,584	0,035	5,022	0,010	2,852	,067

Tabla 35. Análisis variables politónicas 1

	<i>Lugar de trabajo</i>		<i>Turno</i>		<i>Satisfacción</i>		<i>Reconocimiento</i>		<i>Mujeres atendidas al día</i>	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
<i>Factor 1: USO</i>	,387	,681	1,040	,383	,502	,608	,043	,958	,609	,612
<i>Factor 2: OPINIÓN</i>	3,500	0,037	3,279	0,028	0,060	,942	,136	,873	2,413	,077
<i>Factor 3: C. GENERAL</i>	,697	,502	1,513	,221	,217	,806	,332	,719	,157	,925
<i>Factor 4: INFORM.</i>	0,001	,999	1,038	,384	,072	,931	,161	,852	,197	,898
<i>Factor 5: C. LEGAL</i>	1,197	,310	1,184	,324	,683	,510	6,322	0,003	1,566	,209
<i>Factor 6: UTILIDAD</i>	2,686	,078	1,614	,198	1,408	,608	1,158	,322	1,445	,241

Tabla 36. Análisis variables politónicas 2

Ante las diferencias significativas encontradas para las variables **experiencia, permanencia en el servicio, lugar de trabajo, turnos y reconocimiento laboral** procedimos a realizar un análisis de comparaciones múltiples (prueba post hoc) a través de la prueba LSD de Fisher y Bonferroni, para así profundizar en las diferencias existentes entre los diferentes grupos de las variables.

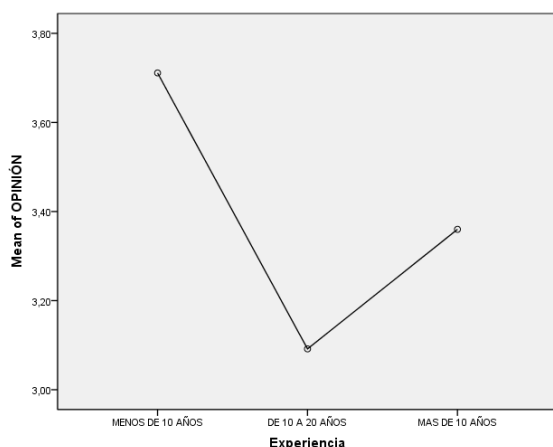


Gráfico 14. Media del factor 2 Opinión según los años de experiencia

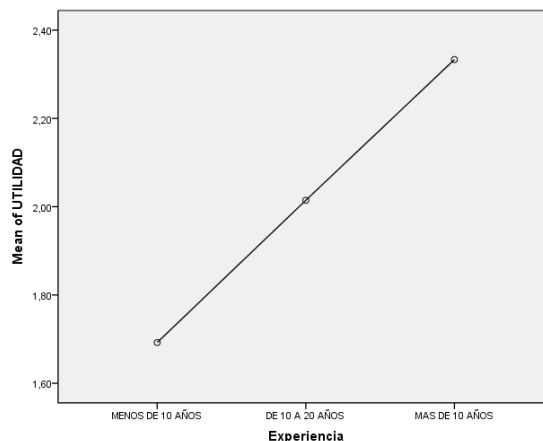


Gráfico 15. Media del factor 6 Utilidad según los años de experiencia

Los **años de experiencia** influyen en el factor **2 Opinión** “ $p=0.038$ ” y en el factor **6 Utilidad** “ $p=0.035$ ”. En el factor **2 Opinión** existen diferencias significativas tanto para la prueba LSD “ $p=0.011$ ” como para la prueba Bonferroni “ $p=0,33$ ” entre el grupo de matronas que tienen entre 10 y 20 años de experiencia y las matronas con menos de 10 años de experiencia, siendo estas últimas las que tienen una opinión más positiva acerca del Plan de Parto y Nacimiento. En cuanto al factor **6 Utilidad**, no podemos concluir que haya diferencias significativas entre los grupos, ya que si bien para la prueba LSD “ $p=0.026$ ” entre el grupo de matronas con menos de 10 años de experiencia y el grupo de más de 10 años de experiencia, para la prueba Bonferroni “ $p=0,79$ ”.

La variable **permanencia en el servicio**, también, influye en el factor **2 Opinión** “ $p=0.034$ ” y en el factor **6 Utilidad** “ $p=0.010$ ”. En cuanto al factor **2 Opinión** las diferencias las encontramos entre las matronas que tienen menos de 4 años de permanencia en el servicio y las matronas que tienen entre 5 y 14 años de permanencia, con un grado de significación estadística para LSD “ $p=0,12$ ” y para Bonferroni “ $p=0.35$ ” Siendo las matronas con menos permanencia en el servicio las que tienen una opinión más favorable hacia el Plan de Parto y Nacimiento.

En cuanto al factor **6 Utilidad**, las matronas con más de 15 años de permanencia en el servicio conocen más la utilidad del Plan de Parto y Nacimiento que las que tienen menos de 4 años de permanencia, con una “ $p=0.005$ ” para LSD y “ $p=0.016$ ” para Bonferroni.

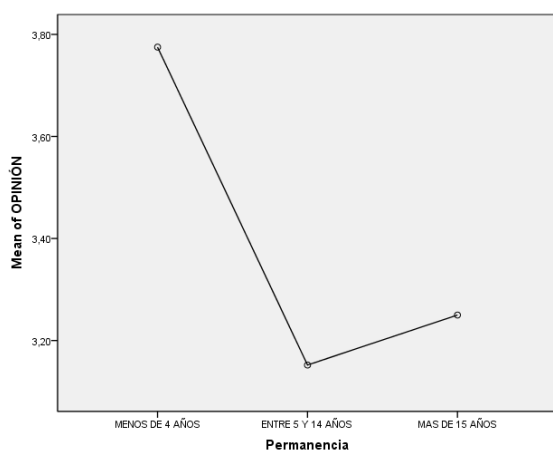


Gráfico 16. Media del factor 2 Opinión según los años de permanencia en el servicio.

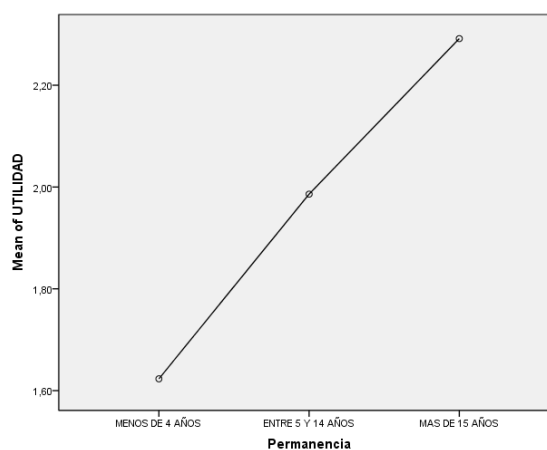


Gráfico 17. Media del factor 6 Utilidad según los años de permanencia en el servicio.

La variable **reconocimiento laboral**, influye en el factor **5 Conocimiento Legal** del Plan de Parto y Nacimiento, “ $p=0.003$ ”, en el análisis Post hoc se encontraron diferencias entre el reconocimiento laboral elevado y bajo con “ $p=0.010$ ” para LSD y “ $p=0.031$ ” par Bonferroni, también se encontraron diferencias entre el reconocimiento medio y bajo con una “ $p=0.001$ ” para LSD y “ $p=0.002$ ” para Bonferroni.

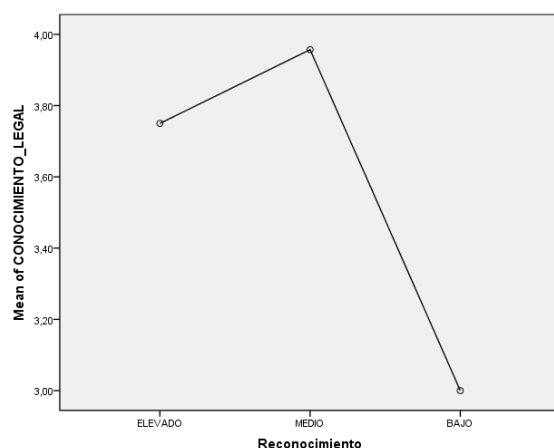


Gráfico 18. Media del factor 5 Conocimiento Legal según el reconocimiento laboral.

La variable **lugar de trabajo** influye en el factor **2 Opinión** “ $p=0.037$ ”, también influye el **turno** “ $p=0.028$ ”, pero tras realizar las pruebas LSD y Bonferroni no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

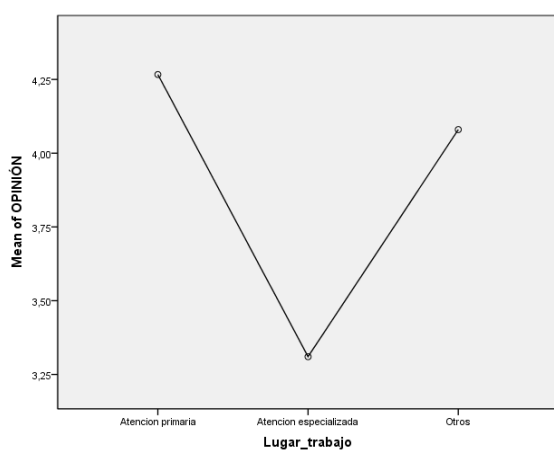


Gráfico 19. Media del factor 2 Opinión según el lugar de trabajo.

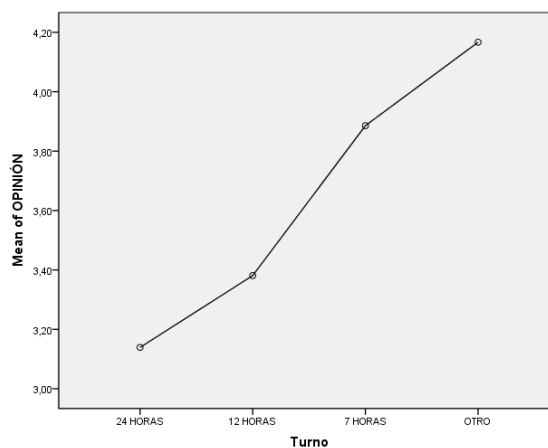


Gráfico 20. Media del factor 2 Opinión según el turno de trabajo.

Para las variables **trabajo en equipo** y **relación con compañeros** se realizó el test t-student, ya que las respuestas obtenidas fueron buena o regular, no registrándose ninguna con la opción mala. Esta prueba resultó no significativa para ninguna de las dos variables.

La variable **tipo de contrato** no reportó un resultado con significación estadística en la prueba ANOVA's. Con el objetivo de profundizar si existen diferencias entre las matronas que tienen un contrato fijo y entre el resto de matronas, se procedió a modificar la variable, agrupando en un mismo grupo a las matronas con contratos temporales y otros tipos de contratos. Con la nueva variable cualitativa dicotómica se realizó una comparación entre ambos grupos mediante la prueba estadística t-student, obteniendo diferencias significativas en el factor **2 Opinión** " $p=0.045$ ", siendo las matronas con contratos temporales u otros tipos de contratos, las que mejor opinión tienen, y en el factor **6 Utilidad** " $p=0.021$ " en este caso son las matronas con un contrato fijo las que le encuentran más utilidad.

La mayoría de las diferencias significativas se han observado en el factor **2 Opinión**, se encontraron diferencias en las matronas que, tenían **otra actividad**, en cuanto a la **experiencia**, la **permanencia en el servicio**, el **lugar de trabajo** y en el **turno**. Para profundizar más en el análisis de los datos se realizaron tablas de contingencia con chi-cuadrado, con cada uno de los ítems del factor **2 Opinión** y las variables sociodemográficas mencionadas.

Para la variable **otra actividad**, tan solo se encontró diferencia estadísticamente significativa en el ítem XIV *Considero innecesarios los Planes de Parto y Nacimiento*. Hay una tendencia de las matronas que no tienen otra actividad laboral a puntuar 1 este ítem, " $p=0.015$, frecuencia esperada=13.9 y ajuste residual=2.1"

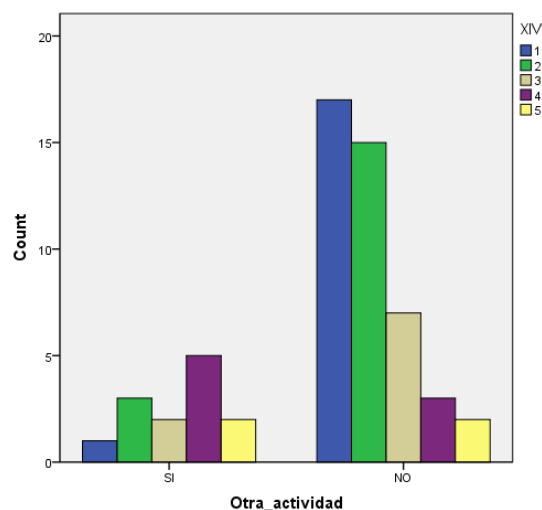


Gráfico 21. Frecuencia de respuesta para la variable otra actividad en el ítem XIV.

En la variable **años de experiencia**, encontramos diferencias estadísticamente significativas en el ítem XIV, las matronas con menos de 10 años de experiencia tienden a puntuar el ítem en 1. “ $p=0.005$, frecuencia esperada=8.2 y ajuste residual=2.2”

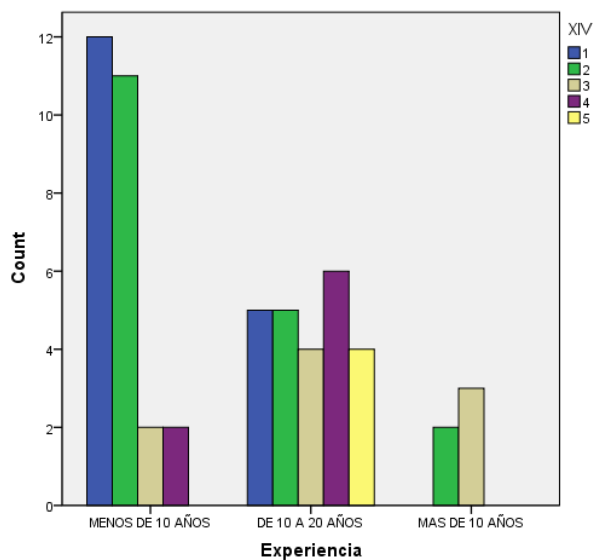


Gráfico 22. Frecuencia de respuesta para la variable experiencia en el ítem

En la variable **permanencia de años en el servicio**, se encontraron diferencias estadísticamente significativas también en el factor XIV. Siendo las matronas con menos de 4 años de permanencia las que tienden a puntuarlo en 1. “ $p=0.003$, frecuencia esperada=7.6 y ajuste residual=2.6”

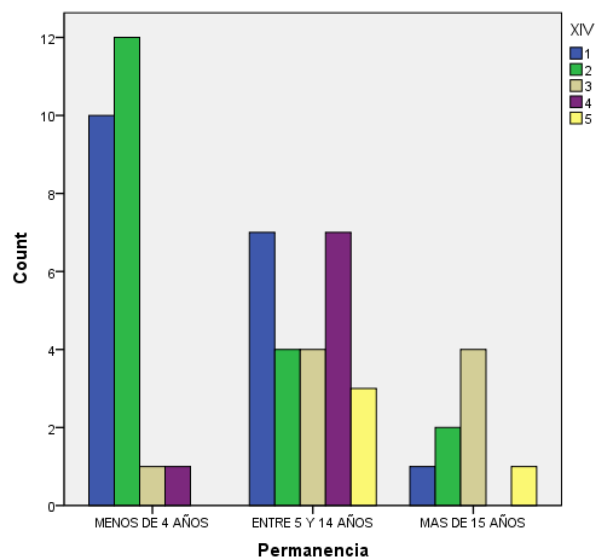


Gráfico 23. Frecuencia de respuesta para la variable permanencia en el servicio en el ítem XIV.

CAPÍTULO 2.

DISCUSIÓN

2.1 Discusión de los resultados del Objetivo Número 1 y sus respectivos Objetivos Específicos.

El uso de los Planes de Parto y Nacimiento en nuestro hospital es escaso, en 2011 se registraron tan solo 132 (2,8%) y aunque se publicó en febrero de 2012 un modelo de Plan de Parto y Nacimiento por parte del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad estos no aumentaron, sino que disminuyeron en un 0,5% respecto al año anterior, presentándose tan solo 108.

En nuestro estudio hemos obtenido como resultados que los Planes de Parto y Nacimiento aumentan de forma significativa varias variables del proceso de parto y la finalización del mismo. Uno de los datos más relevantes ha sido el aumento drástico que experimenta **el contacto piel con piel** entre las mujeres que presentaron estos documentos, aumentando un 33,01% (27,4 vs 60,4; $p < 0,001$) en las mujeres que presentaron un Plan de Parto y Nacimiento respecto a las que no lo presentaron.

La Estrategia de Atención al Parto Normal [EAPN] (2007) en sus recomendaciones y el Ministerio de Sanidad en los indicadores utilizados en la Evaluación de la Calidad del parto en 2011 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012), establece como estándar de calidad un porcentaje igual o superior al 80% en la realización del contacto piel con piel tras el parto. Aunque en nuestro estudio las mujeres que presentan un Plan de Parto y Nacimiento no superan el 80% recomendable, sí que contribuye a aumentar significativamente este porcentaje. Este aumento es importante ya que el contacto piel con piel favorece la adaptación a los cambios fisiológicos en la madre y en el recién nacido (Olza-Fernández et al., 2014), así mismo y como nos indica el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad se produce un aumento de los “beneficios en la maduración psicomotora y emocional de la crianza que contribuye positivamente a mantener una dinámica hormonal y de comunicación madre-recién nacido positiva para ambos, facilitando el agarre y el inicio de la lactancia materna exclusiva”, influyendo en la dimensión satisfacción. Esta práctica está recomendada por diversos organismos, Unicef la incluye en el paso número 4 de la Iniciativa para la Humanización de la asistencia al Nacimiento y la Lactancia [iHan], y la *National Institute for Health and Care Excellence* [NICE] (2006) la recoge como una práctica recomendada en una de sus guías.

Con respecto a la **elección de la postura en la dilatación y en el parto** en nuestro estudio se han obtenido resultados satisfactorios y estadísticamente significativos aumentando un 14,4% (48,1 vs 62,5; $p < 0,001$) la elección de la postura en las mujeres que presentaron un Plan de Parto y Nacimiento, la EAPN y el Ministerio de Sanidad sostienen que durante el periodo expulsivo del proceso de parto, la mujer debe adoptar la posición que elija y le resulte más cómoda, así la mujer sentirá libertad de movimientos, aumentando su sensación de control e influyendo ésta en la dimensión seguridad y satisfacción; además dicha práctica está avalada por una revisión Cochrane (Gupta et al., 2004).

La **ingestión de líquidos o alimentos** durante el parto es otra de las prácticas avaladas y recomendadas por la EAPN y el Ministerio de Sanidad y Política Social (2010), apreciándose en nuestro estudio un aumento estadísticamente significativo, en un 9% (33 vs 42; $p=0,002$) en las mujeres que presentaron un Plan de Parto y Nacimiento, es importante poder ingerir líquidos durante el parto ya que aumenta la confortabilidad de la mujer, además un metaanálisis determinó que la ingesta de líquidos y sólidos en las mujeres de bajo riesgo, disminuye los tiempos del parto, sin alterar las tasas de vómitos ni los resultados obstétricos ni neonatales. (Ciardulli et al. 2017).

En cuanto al **pinzamiento tardío del cordón**, se ha visto aumentado el porcentaje en un 15,2% (63,1 vs 78,3; $p<0,001$) pero siguen siendo insuficientes los partos en los que se realiza esta práctica, pues la OMS (2013) recomienda su uso en la totalidad de los partos, puesto que, entre otros beneficios aumenta las reservas de hierro del recién nacido en más del 50 % a los 6 meses de vida. No obstante, como hemos dicho, en las mujeres que presentan un Plan de Parto y Nacimiento esta práctica se ve aumentada en un 15,2% siendo un dato muy relevante para nuestro estudio. De este modo, observamos que el Plan de Parto y Nacimiento no solo produce beneficios a la madre, sino que también, al recién nacido.

Pero quizá, el dato más importante obtenido en nuestro estudio, sea que la tasa de **partos eutócicos** asciende del 73,8% al 81,66% ($p=0,018$) en el grupo de mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento. Que estos documentos aumenten en un 7,86% los partos eutócicos, justifica por si solo la utilización de los Planes de Parto y Nacimiento en todas las maternidades de nuestro país. Lo que se persigue en la atención al parto, y como hemos visto más intensamente en los últimos años, es la consecución de un parto normal, eutócico con las menos intervenciones posibles y con un resultado obstétrico y neonatal excelente. Los Planes de Parto y Nacimiento, como hemos podido comprobar, contribuyen a conseguirlo. Además, el tener un parto eutócico influye en las dimensiones

seguridad y efectividad (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), y como hemos visto en nuestro estudio sobre la satisfacción de las mujeres, el tener un parto eutócico aumenta la satisfacción percibida. Nuestros datos están en consonancia con los resultados obtenidos en otro estudio, en el que se analizaron 14.630 partos, en el cual la tasa de partos eutócicos fue de un 74,3% en las mujeres con Plan de Parto y Nacimiento frente al 64,9% de las mujeres que no habían presentado estos documentos (Afshar et al., 2017).

Otro dato en relación íntima con el parto eutócico son las **cesáreas intraparto**, en las cuales no se ha observado una disminución significativa, al igual que los datos obtenidos en otros estudios, como el de Deering et al. (2007) y el de Hidalgo-Lopezosa (2013) realizado en España. Si bien, estudios realizados en otros países sí han encontrado diferencias significativas para esta variable, así en un estudio de casos y control, encontraron que el grupo de mujeres que había presentado un Plan de Parto y Nacimiento tenían un riesgo de 11,7 % frente a 20,3%; $p=0,016$ en las mujeres que no lo habían presentado de tener una “cesárea intraparto” (Hadar et al., 2012), en el estudio de Afshar (2017), las mujeres que presentaron un Plan de Parto y Nacimiento tuvieron un 25,7% de cesáreas intraparto frente al 35,1% de las que no lo presentaron

Resaltar también que hemos encontrado datos inesperados obtenidos en nuestro estudio, la demanda de **enemas** por parte de las mujeres, así como el **rasurado del periné** asciende sorprendentemente un 3,6% (6,8 vs 10,4; $p=0,027$) y un 4,6% (12 vs 16,6; $p=0,023$) respectivamente, entre el grupo de mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento. Estas dos prácticas están en desuso de forma rutinaria, pero no suponen perjuicio ni para la mujer ni para el feto, tan solo influyen en la comodidad y pudor de la mujer. Creemos que estos datos son debido a que las mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento son conocedoras de su capacidad de elección y prefieren usar estas prácticas por comodidad y para evitar situaciones incómodas, tales como defecar, en el parto.

A modo de resumen, el Plan de Parto y Nacimiento está relacionado positivamente como hemos comentado, con un aumento del **contacto piel con piel**, del **pinzamiento tardío del cordón** y de 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. Además, se ve reforzada la autonomía de las mujeres gracias a la **elección de postura en la dilatación y en el parto**, a la **ingesta de alimentos o líquidos**, e incluso con el uso de **enemas** y del **rasurado del periné**.

Así mismo el Plan de Parto y Nacimiento influye positivamente en el proceso de parto y en la finalización del mismo, aumentando las dimensiones de seguridad, efectividad, y satisfacción de las mujeres, contribuyendo de esta forma al empoderamiento de las mujeres.

Estos resultados han sido motivo de una publicación en la revista Latino-Americana Enfermagen, con un artículo titulado *Uso e Influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el Proceso de Parto Humanizado*. (Anexo 8).

2.2 Discusión de los resultados del Objetivo Número 2 y sus respectivos Objetivos Específicos.

En la investigación planteada para dar respuesta al segundo de nuestros objetivos, encontramos que las **semanas de gestación**, la **edad de la mujer** y la **puntuación de Apgar** no influyen en la satisfacción.

También se constató que el **entregar o no un Plan de Parto y Nacimiento** no influye en la satisfacción de las mujeres, pero sí que influye el **grado de cumplimiento** de estos documentos por parte de los profesionales sanitarios. Influye en las dimensiones **II Matrona** “p=0.022”, **III Dilatación** “p=0.039” y **IV Expulsivo** “p=0.002”, dicho de otro modo, las mujeres que presentan un Plan de Parto y Nacimiento ven condicionada su satisfacción a que todo salga como lo

habían planeado. Creemos que esto es debido a que la falta de control se asocia con una experiencia negativa en el parto, tal y como determinaron en este sentido, Marín-Morales et al., (2013).

Mencionar también, los estudios de Mei et al., (2015) (2016) en los que constataron que, cuantas más cuestiones planteadas en el Plan de Parto y Nacimiento no cumplidas menos satisfacción experimenta la mujer, estableciendo que cuanto más respetado es el Plan de Parto y Nacimiento más satisfacción experimenta la mujer en su parto.

Por todo ello, consideramos que es importante que en las clases de educación maternal y en las consultas que las mujeres realizan con la matrona que ésta les transmita que los Planes de Parto y Nacimiento deben ser flexibles, que el proceso de parto es dinámico, y las preferencias deben ir adaptándose a la situación, resaltándoles que si es necesario modificar algo de lo planeado con anterioridad siempre se les explicará el motivo y se les pedirá su consentimiento. De este modo, aunque no se pueda realizar en su totalidad el Plan de Parto y Nacimiento contribuiremos a la autonomía y a la participación de las mujeres en su proceso de parto. Las mujeres deben ser en todo momento el centro de nuestra atención, potenciándoles el control durante el proceso, evitando de este modo que la satisfacción disminuya.

En un estudio realizado en Taiwán sugieren que la realización del Plan de Parto y Nacimiento contribuye a mejorar la experiencia del parto, y a que la mujer tenga un mayor control sobre este acontecimiento (Kuo et al., 2010).

En esta misma línea el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) sostiene que “Una adecuada comunicación entre las mujeres y los profesionales de su cuidado, contribuye de manera decisiva a que el parto constituya para las mujeres y sus familias una experiencia positiva”.

De las técnicas que puede realizar la matrona durante el parto, la **realización de episiotomía** es la única que influye en el factor **II Matrona**

“ $p=0.038$ ” y **VI Acompañamiento** “ $p=0.031$ ”, no son influyentes ni el enema ni el rasurado. Creemos que la realización de la episiotomía influye en el factor matrona porque las mujeres son conocedoras de que esta técnica no se aplica de forma rutinaria si no en situaciones especiales a criterio de los profesionales que las atienden.

Como hemos mencionado anteriormente el **tipo de parto** influye en el factor **IV Expulsivo** “ $p=0.001$ ” y **V Recién Nacido** “ $p=0.017$ ”. Así se encontraron diferencias en el factor **IV Expulsivo** entre los partos eutócicos con las cesáreas y con los partos instrumentados, y en el factor **V Recién Nacido** entre los partos eutócicos y las cesáreas. La diferencia encontrada en el factor **V Recién Nacido** quizá está motivada porque en los partos eutócicos el proceder normal es que el recién nacido no se separe de la madre salvo para realizarle los cuidados básicos, y éstos se realizan en la misma sala de paritorio, en cambio en las cesáreas el recién nacido es separado de la madre, la madre pasa dos horas en reanimación postquirúrgica y el recién nacido es trasladado a la planta. Esta separación influye de manera negativa en el apego y en la lactancia materna (Otal-Lospuas et al., 2012; Tessier et al., 2013). Por todo ello opinamos, que es importante revisar los protocolos y permitir que los recién nacidos no se separen de sus madres en ningún momento, independientemente del tipo de parto que hayan tenido (Aguayo-Maldonado et al., 2011). Resaltar que en la actualidad uno de los hospitales de nuestra Región, el Hospital Universitario Sta. Lucia- Sta. María del Rosell dispone de un protocolo de contacto piel con piel tras las cesáreas para favorecer el apego seguro y la lactancia materna.

Por último, resaltar que como vimos en el *1º Estudio* que realizamos, los Planes de Parto y Nacimiento contribuyen a respetar la atención al Parto Normal, y tal y como determinan Conesa Ferrer et al. (2016) el modelo humanizado de atención al parto mejora la satisfacción materna.

2.3 Discusión de los resultados del Objetivo Número 3 y sus respectivos Objetivos Específicos.

La encuesta que hemos validado es un instrumento óptimo para evaluar el conocimiento y el uso que tienen las matronas sobre El Plan de Parto y Nacimiento, además constituye el primer instrumento validado para tal fin.

Los resultados obtenidos muestran que las matronas conocen los Planes de Parto y Nacimiento, tienen un alto conocimiento general de éstos, y un conocimiento aceptable de su legalidad, a pesar de ello no les encuentran utilidad, por eso son poco usados en su práctica diaria.

En general el factor **2 Opinión** de nuestra encuesta, obtiene unos resultados neutros (media= 3,4281), esto está en contraposición con los resultados obtenidos por otro estudio en el que preguntaron a 110 profesionales sobre los Planes de Parto y Nacimiento, determinando que, tanto las mujeres como los profesionales veían estos documentos como algo positivo (Aragon et al., 2013). No obstante, tras analizar cada una de las variables sociodemográficas es en este factor donde encontramos mayores diferencias.

Así, en el factor **2 Opinión**, encontramos discrepancias entre las matronas con menos y más años de experiencia, y entre las que tienen menos años de permanencia en el servicio con las que más. Es decir, cuantos menos años de experiencia y permanencia en el servicio, mejor opinión sobre los Planes de Parto y Nacimiento. Además, las matronas con menos años de experiencia y menos años de permanencia consideran que los Planes de Parto y Nacimiento son necesarios en su práctica diaria, ya que tienden a puntuar como 1 muy en desacuerdo y 2 en desacuerdo el ítem XIV *Considero innecesarios los Planes de Parto y Nacimiento*. En este sentido creemos que **las matronas con menos años de experiencia y**

permanencia en el servicio, tienen una **Opinión** más positiva hacia el Plan de Parto y Nacimiento debido a que en los últimos años la Unidad Docente de Matronas de Murcia ha hecho un esfuerzo por visibilizar la Estrategia de Atención al Parto Normal, y los documentos de Plan de Parto y Nacimiento, en este sentido, como ya hemos mencionado con anterioridad, desde hace 3 años, las residentes de matrona reciben un seminario exclusivo sobre estos documentos. (Unidad Docente de Matronas de la Región de Murcia, 2014).

Si bien, aunque las matronas con **más años de permanencia en el servicio** tienen una **Opinión** más desfavorable de los Planes de Parto y Nacimiento, conocen más su **Utilidad**, quizá porque han tenido más contacto con estos documentos, ya que como dijimos anteriormente su uso es escaso.

Las matronas con **contratos temporales u otros tipos de contratos** tienen mejor **Opinión** que las que están fijas, creemos que, esto puede estar en relación a que las matronas que no son fijas tienen menos experiencia, se han formado más tarde y por lo tanto la formación como hemos dicho anteriormente en los últimos años ha incentivado la Estrategia de Atención al Parto Normal y el Plan de Parto y Nacimiento.

Las matronas que tienen **otra actividad**, tienen una **Opinión** más negativa que las que no la tienen, además las matronas que no tienen otra actividad tienden a puntuar 1, el ítem XIV *Considero innecesarios los Planes de Parto y Nacimiento*, es decir están muy en desacuerdo con esta afirmación. Creemos que esto se debe a que las matronas que tienen otra actividad suelen trabajar en hospitales privados. En estos sitios el modelo asistencial es diferente al de los hospitales públicos, estando los partos dirigidos y atendidos por los ginecólogos, teniendo éstos el paternalismo médico más arraigado.

El **Conocimiento Legal** del Plan de Parto y Nacimiento está en relación con el **reconocimiento laboral**, siendo las matronas con un reconocimiento laboral medio las que mayor **Conocimiento Legal** tienen del Plan de Parto y

Nacimiento, y las que menos reconocimiento laboral, las que menos **Conocimiento Legal**. Esto puede deberse a que el Plan de Parto y Nacimiento en ocasiones es considerado por los profesionales como un documento en el que las mujeres les dicen lo que tienen que hacer, por lo que lo perciben como una amenaza, creando de este modo un rechazo hacia estos documentos.

Aunque, tras realizar las pruebas post hoc, en el factor **2 Opinión** en relación con el **lugar de trabajo** no encontramos diferencias significativas. Queremos resaltar que existe un aumento, aunque no significativo, de la **Opinión** por parte de las matronas de Atención Primaria de Salud, con respecto a las que realizan su labor asistencial en los hospitales. Quizá este aumento se debe a que las primeras están más en contacto con la mujer durante su embarazo, conocen más sus miedos y sus expectativas, y debido a la relación que se establece entre la mujer y las matronas, estas tienden más a respetar sus opiniones y creencias.

Sintetizando, el grupo de matronas con mejor opinión de los Planes de Parto y Nacimiento lo constituyen las nuevas generaciones; las cuales se han de apoyar en las matronas con más experiencia, que a pesar de que en la mayoría de las ocasiones su opinión sobre los Planes de Parto y Nacimiento es más negativa, tienen un alto conocimiento de la utilidad de estos documentos.

CONCLUSIONES

Y

PROSPECTIVA

CONCLUSIONES

En relación al objetivo general número 1: *Conocer, describir y valorar la situación actual de los Planes de Parto y Nacimiento en la Región de Murcia, así como comparar el desarrollo y la finalización del parto en las mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento con las que no lo han presentado.* Concluimos que, **los Planes de Parto y Nacimiento aunque son de escaso uso, contribuyen de forma positiva al proceso de parto, aumentando la calidad de la asistencia que se les presta a las mujeres, potenciando su autonomía y empoderándolas, aumentando las dimensiones de seguridad, efectividad y satisfacción, además respeta la corriente de humanización del parto al disminuir las intervenciones sistemáticas, y favorece la finalización del parto de forma normal, produciendo tanto beneficios maternos como neonatales.**

Las mujeres que presentan un Plan de Parto y Nacimiento tienen un parto más acorde con el respeto al parto normal, pudiendo elegir entre las múltiples alternativas existentes, ejerciendo de este modo un mayor control sobre su proceso de parto.

Las mujeres que presentan un Plan de Parto y Nacimiento tienen más probabilidades de tener un parto eutócico que las mujeres que no lo presentan.

El Plan de Parto y Nacimiento contribuye a una mejor adaptación del recién nacido a la vida extrauterina, aumentando el contacto piel con piel y el pinzamiento tardío del cordón.

Atendiendo al objetivo general número 2: *Comparar la satisfacción de las mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento y las que no lo han presentado.* Concluimos que, **el tipo de parto y las intervenciones que se realizan en la atención materno-fetal influyen en la satisfacción de las mujeres en cuanto a su proceso de parto.**

El respeto de la autonomía de la mujer, y de las decisiones que esta ha tomado a cerca de su parto influyen directamente sobre la satisfacción de la mujer.

Por último, **en referencia al objetivo general número 3: Conocer el uso y las opiniones sobre el Plan de Parto y Nacimiento de las matronas de la región de Murcia.** Concluimos que, **las matronas de la Región de Murcia son conocedoras de los Planes de Parto y Nacimiento, tienen un alto conocimiento general que lo complementan con un conocimiento legal moderado, no obstante, no le encuentran utilidad, por lo que apenas son usados en su práctica diaria.**

El cuestionario que hemos desarrollado y validado es una herramienta útil para medir el uso y la opinión que tienen las matronas acerca de los Planes de Parto y Nacimiento.

Las matronas que se han formado en los últimos años, con el nuevo sistema formativo, tienen una opinión más positiva acerca de los Planes de Parto y Nacimiento.

Las matronas le ven utilidad a los Planes de Parto y Nacimiento y no los usan en su práctica diaria.

De este modo podemos afirmar que ha quedado comprobada por medio de nuestro *1º Estudio*, la hipótesis número 1, **Las mujeres que presentan un Plan de Parto y Nacimiento tienden a tener partos menos intervenidos, y en mayor sintonía con la Iniciativa al Parto Normal.**

La hipótesis número 2, **Las mujeres se sienten más satisfechas en cuanto a su proceso de parto, cuando ven cumplidas sus expectativas en relación con su Plan de Parto y Nacimiento** ha quedado corroborada por nuestro *2º Estudio*.

Asimismo, podemos afirmar, que la hipótesis número 3, **Los Planes de Parto y Nacimiento son conocidos por las matronas de la Región de Murcia, sin embargo, no están incluidos en su práctica diaria,** queda aceptada, por nuestro *3º Estudio*.

PROSPECTIVA

Debería ser prioritario realizar más investigaciones para determinar la causa del bajo número de Planes de Parto y Nacimiento en nuestro entorno, extrapolando los datos de nuestro *1º y 2º Estudio* a todos los hospitales de la Región de Murcia, ya que como hemos podido comprobar, al potenciar el uso de los Planes de Parto y Nacimiento contribuiremos a respetar la Estrategia de Atención al Parto Normal, y la Iniciativa Parto Normal, así como a aumentar la satisfacción materna en relación al proceso de parto y nacimiento.

Asimismo, se deberían crear políticas sanitarias para la difusión de los Planes de Parto y Nacimiento, tanto al colectivo de matronas como a las mujeres embarazadas y a la sociedad en general, potenciando de este modo el uso de los Planes de Parto y Nacimiento entre las mujeres gestantes de nuestra comunidad, siendo la matrona de Atención Primaria la profesional idónea para acompañar a la mujer en la elaboración del mismo. En este sentido en el año 2015 la Escuela de Práctica Enfermera de la Facultad de Enfermería, de la Universidad de Murcia junto con la Unidad Docente de Matronas de la Región de Murcia organizaron el I simposio sobre la Estrategia de Atención al Parto Normal en la Región de Murcia, en el que se incluyó una ponencia sobre los beneficios de los Planes de Parto y Nacimiento.

Sería conveniente desarrollar un protocolo a nivel Regional sobre el uso y la utilización de los Planes de Parto y Nacimiento, para así ayudar y guiar a los profesionales sanitarios a implantar estos documentos en su práctica diaria.

Se necesitan más estudios para profundizar en la satisfacción de las mujeres que presentan Planes de Parto y Nacimiento.

**REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

- Afshar, Y., Wang, E., Mei, J., Esakoff, T., Pisarska, M., & Gregory, K. (2017). Childbirth Education Class and Birth Plans Are Associated with a Vaginal Delivery. *Birth*, 44(1), 29-34.
- Aguayo Maldonado, J., Romero Escós, D., & Hernández Aguilar, M. (2011). Influencia de la atención al parto y al nacimiento sobre la lactancia, con especial atención a las cesáreas. *Evidencias en pediatría*, 7(2).
- Aragon, M., Chhoa, E., Dayan, R., Klufftinger, A., Lohn, Z., & Buhler, K. (2013). Perspectives of Expectant Women and Health Care Providers on Birth Plans. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(11), 979-85.
- Arnau J. (2012). *Estudio Exploratorio de la Humanización en la Atención Perinatal de la Mujer del Área I de Salud de la Región de Murcia*. (Tesis doctoral). Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia.
- Arnau Sánchez, J., Martínez Roche, M., Nicolás Viguera, M., Bas Peña, E., Morales López, R., & Álvarez Munárriz, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 225-47.
- Arnau Sánchez, J., Suárez Cortés, M. Martínez Roche, M., Carrillo García, C., Soler Morales, C., Madronal Fernández, P. (2016) Percepciones, necesidades y expectativas de las mujeres embarazadas sobre el Plan de Parto y Nacimiento. *XX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados*. A Coruña, España.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Paris.
- Asociación Médica Mundial (1964) Declaración de Helsinki. Finlandia.

- Baños Piñero, I. (2016). *Impacto de las Redes de Apoyo a la Lactancia Materna en la Región de Murcia*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia.
- Beauchamp, & Childress. (1998). *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson.
- Burns, N. & Grove, S. k. (2004). *Investigacion en enfermeria*. Barcelona: Elsevier.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2012). *Introducción al proceso de investigación cualitativa. En Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. (págs. 72-100). Barcelona: Elsevier saunders.
- Cabré M, Ortiz T. (2001). *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglo XII-XX*. Barcelona: Icaria
- Caminal, J. (2001). La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista Calidad Asistencial*, (16), 276-279.
- Carr-Hill, R. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health:* 14(3), 236-49. doi: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a042739>
- Casado, M. (2009). *Sobre la Dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO*. Navarra: Aranzadi.
- Castaño-Molina M, A. (2009). *El Parto como Construcción Cultural de las Mujeres Abaraneras, 1945-1950*. (Tesis doctoral). Departamento de Filosofía, Facultad de Filosofía, Universidad de Murcia, Murcia.
- Ciardulli, A., Saccone, G., Anastasio, H., Berghella, V. (2017). Less-Restrictive Food Intake During Labor in Low-Risk Singleton Pregnancies: A

Systematic Review and Meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*. 129(3): 473-80. doi: 10.1097/AOG.0000000000001898.

Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento (1978). Informe Belmont.

Conesa Ferrer, MB., Canteras Jordana, M., Ballesteros Meseguer, C., Carrillo García, C., Martínez Roche, ME. (2016). Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open*, 6(8). doi: 10.1136/bmjopen-2016-011362.

Consejo de la Confederación Internacional de Matronas (2011). Durban.Sudáfrica.

Consejo de Europa. (1997). Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina. Convenio de Oviedo.

Constitución Española de 29 de Diciembre de 1978. BOE núm. 311.

Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina. Convenio de Oviedo. (Aprobado por el Comité de Ministros el 19 de noviembre de 1996. Firmado el día 4 de abril de 1997). Oviedo.

De Molina, I. F., & Muñoz, E. S. (2010). El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él? *Matronas Profesión*, 11 (2), 53-7.

Deering, S. H., Zaret, K., McGaha, K., & Satin, A. J. (2007). Patients presenting wit birth plans: a case-control study of delivery outcomes. *Journal of Reproductive Medicine*, 52(10), 884-87.

Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (22 de Abril de 1992). Four models of the physician-patient relationship. *The journal of the American Medical Association*, 267(16), 2221.

Ezekiel, J., & Linda, L. (1992) Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American medical association*, 267(16), 2221-2226.

Fair, C., & Morrison, T. (2012). The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*, 28(1), 39-44.

Federación de Asociaciones de Matronas de España [FAME]. (2007). Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso. Barcelona.

Flota, L. (s.f.). *La flota*. Obtenido de <http://www.laflota.es>

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (s.f.). Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia Iniciativa.

Galán C, JC. (2000). *Bioética práctica*. Madrid: Edición Colex.

García C, DJ. (2007). *El nacimiento de la bioética*. Madrid: Biblioteca nueva.

Generalitat de Catalunya. (2007). Protocolo para la asistencia natural del parto normal. Barcelona.

Gracia D. (1989). *Los cambios en la relación médico-enfermo*. Barcelona: Med Clin.

Gracia D. (1989). *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema universidad.

Gupta, J., Hofmeyr, G., & Smyth, R. (2004). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

- Hadar, E., Raban, O., Gal, B., Yogev, Y., & Melamed, N. (Oct de 2012). Obstetrical outcome in women with self-prepared birth plan. *The journal of Maternity-Fetal & Neonatal Medicine*, 25 (10), 2055-7.
- Hasenmiller, R. (2001). Do Birth Plans influence Childbirth Satisfaction? [Student projects] Philadelphia: Philadelphia University.
- Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J., & Butt, J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*, 23(3), 235-47.
- Hernández C, J. (1995). *Historia de la enfermería*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Hernández Garre, J., & Echevarría Pérez, P. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del "paradigma tecnocrático". *Revista Internacional de Sociología*, 74(1).
- Hidalgo-Lopezosa, P., Rodriguez-Borrego, M., & Muñoz-Villanueva, M. (May-Jun de 2013). Are birth pland associated with improved maternal or neonatal outcomes? *The American Journal of Maternal/Child Nursing* , 38(3), 150-6.
- Higuero-Macías, J., Crespillo-García, E., Mérida-Téllez, J., Martín-Martínez, S., Pérez-Trueba, E., & Mañón Di Leo, J. (2013). Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. *Matronas profesión*, 14(3-4), 84-91.
- Hipocrates. [traducido en 1983]. *Tratados Hipocráticos*. Ed. Gredos. Madrid.
- Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(5), 160-72.
- Inch, S. (2006). Birth plans: the good, the bad, and the future. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(2), 295-303.

Instituto Nacional de Estadística. (Marzo de 2017). *INE.es*. Obtenido de <http://www.ine.es>

Kaufman, T. (2007). Evolution of the Birth Plan. *Journal of Perinatal Education*, 81(2), 120-22.

Kuo, S. C., Lin, K. C., Hsu, C. H., Yang, C. C., Chang, M. Y., Tsao, C. M., & Lin, L. C. (2010). Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 806-14.

Ley 14/1986 de 29 de Abril, Ley General de Sanidad. BOE núm. 102 (1986).

Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm 274. (2002).

Ley 44/2003 de 21 de Noviembre. Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm 208. (2003).

Lothian, J. (2006). Birth plans: the good, the bad, and the future. *Journal of Obstetric, Gynecology & Neonatal Nursing*, 35(2), 295-303.

Lundgren, I., Berg, M., & Lindmark, G. (2003). Is the childbirth experience improved by a birth plan? *Journal of Midwifery Womens Health*, 48(5), 322-8.

Marín Morales, D., Toro Molina, S., & Carmona Monge, F. (Marzo-Abril de 2013). Diferencias en la satisfacción de la madre con el nacimiento de su hijo en función de variables sociodemográficas. *Nure investigación*, (63).

Maroto Navarro, G., García Calvente, M., & Mateo Rodríguez, I. (2004). El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 13-23.

- Marriner T, A., & Raile A, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier Mosby.
- Martín Arribas, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, 5(17), 23-29.
- Martínez-Roche M,E. (2005). *Formación y Profesionalización de los Enfermeros Internos Residentes Pertenecientes a las Unidades Docentes de Matrona de Nuestro País*. (Tesis doctoral). Departamento de Teoría e Historia de la Educación, Universidad de Murcia, Murcia.
- Mas-Pons, R., Barona-Vilar, C., Careguí-Vilar, S., Ibañez-Gil, N., Margaix-Fontestad, L., Escribà-Agüir, V. (2011). Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gaceta Sanitaria*. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.019.
- Mei, J., Afshar, Y., Wong, M., Gregory, K., Kilpatrick, S., Esakoff, T. Birth Experience Satisfaction Among Birth Plan Mothers. (2015) *Obstetrics & Gynecology*. doi: 10.1097/01.AOG.0000463523.05160.af
- Mei, J., Afshar, Y., Wong, M., Gregory, K., Kilpatrick, S., Esakoff, T. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. (2016) *Birth*. 43 (2): 144-50. doi: 10.1111/birt.12226
- Meighan, M. (2007). Adopción del rol maternal-Convertirse en madre. En A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Modelos y teorías en enfermería* (págs. 609-626). Madrid: Elsevier.
- Méndez, V., & Silveira, H. (2007). *Bioética y Derecho*. Barcelona: UOC. .
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of nursing scholarship*, 3(36), 226-32.
- Mercer, R. T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecology & Neonatal Nursing*, 35(5), 649-651.

- Mercer, R. T., & Walker, L. O. (Sep-Oct de 2006). A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecology & Neonatal Nursing.*, 5(35), 568-82.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Maternidad hospitalaria: estándares y recomendaciones.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Atención hospitalaria al parto. Estándares y recomendaciones para Maternidades Hospitalarias.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Vitoria.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). Plan de Parto y Nacimiento.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y en el puerperio.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona).
- Murcia, A. d. (s.f.). *Murcia.es*. Obtenido de <http://www.murcia.es>
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2006). Postnatal care: Routine postnatal care of women and their babies. *NICE clinical guideline* 37.
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2007). National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum

care: care of healthy women and their babies during childbirth. *NICE clinical guideline*.

Olza Fernandez, I., Marín Gabriel, M., Gil Sánchez, A., García Segura, L., & Arévalo, M. (Oct de 2014). Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Frontiers Neuroendocrinology*, 35(4), 459-72.

Organización Mundial de la Salud. (1985). Declaración de Fortaleza. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. 2, 436-7. *Lancet*.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1994) Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1996) Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). Pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en lactantes.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO]. (1997). Declaración Universal sobre el Genoma y los Derechos Humanos.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO]. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos

Otal Lospaus, S., Morera Liáñez, L., Bernal Montañés, M., & Tabueña Ajín, J. (2012). El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesarea. *Matronas profesión*, 13(1), 3-8.

Peart, K. (2004). Birth planning--is it beneficial to pregnant women? *The Australian Journal of Midwifery*, 17(1), 27-9.

- Perez , P., & Capitulo, K. (2005). Birth plans: are they really necessary? Pro and con. *The American Journal of Materna/Child Nursing*, 30(5), 288-9.
- Real Decreto 1837/2008, 8 de noviembre de 2008. Sección 6 matrona, art 55f.
- Ruiz V-F, C. (1995) Cómo parían las mujeres asistidas por Shifra y Pua, las dos matronas que cita la biblia. *Hiades*, 2.
- Ruiz-Ferrón, C., Jurado-García, E., & Baena-Antequera, F. (Noviembre de 2012). Descripción de la percepción sobre el uso de los planes de parto y nacimiento durante los años 2010/2011 en un hospital de referencia. *II Congreso de la Asociación de Matronas de la Región de Murcia y XI Congreso Nacional de la FAME*. Murcia.
- Seoane, JA. (2008). La relación clínica en el siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas. *XVI Congreso Derecho y Salud*. Vigo, España.
- Servicio Murciano de Salud. (2012). Programa Integral de Atención a la Mujer. Murcia.
- Simkin, P. P. (2007). Birth Plans: After 25 Years, Women Still Want To Be Heard. *Birth* , 34 (1), 49-51.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [SEGO]. (2003). Protocolo de asistencia al parto normal.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [SEGO]. (2008). Recomendaciones sobre la asistencia al parto normal.
- Simón, P. (2000). El consentimiento informado. *Triacastela*, 25-43. Madrid.
- SMS, S. M. (18 de Noviembre de 2012). *Murciasalud*. Recuperado el 18 de Noviembre de 2012, de <http://www.Murciasalud.com>
- Stoller, N. (1974). Forced labor: maternity care in the United States. *Pergamon Studies in Critical Sociology*. Oxford.

Suárez Cortés, M. (2011). *El Plan de Parto, eje de la relación clínica entre la matrona y la gestante. Justificación ética y legal*. [Trabajo fin de Máster]. Murcia: Universidad de Murcia.

Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M., Martínez-Roche, ME. (2015). Uso e Influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el Proceso de Parto Humanizado. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 23(3), 520-6. DOI: 10.1590/0104-1169.0067.2583

Tessier España, E., Camaño Gutiérrez, I., García Burguillo, A., Hernández García, J., Vellido Cotelo, R., De la Hera Lázaro, C., & Oliver Pérez, M. (2013). Cesárea humanizada. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 56(2), 73-78.

Tribunal Internacional de Núremberg (1947) Código de Ética Médica de Núremberg.

Unidad Docente de Matronas de la Región de Murcia. (2014). *Memoria Académica*. Murcia.

Universidad A Coruña, E. U. (1997). *Principios de la Bioética*.

Weeks F., Pantoja, L., Ortíz, J., Foster, J., Cavada, G., Binfa, L. (2017) Labor and birth care satisfaction associated with medical interventions and accompaniment during labor among Chilean women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(2), 196-203

Whitford, H., & Hillan, E. (1998). Women's perceptions of birth plans. *Midwifery*, 14(4), 248-253.

ANEXOS

**ANEXO 1. Plan de Parto y Nacimiento del
Ministerio de Sanidad, Política Social e
Igualdad, 2012.**



Plan de Parto y Nacimiento

**Estrategia de Atención
al Parto Normal**

**Estrategia Nacional
de Salud Sexual
y Reproductiva**

Agencia de Calidad
del Sistema Nacional de Salud

Observatorio de Salud
de las Mujeres



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Documento elaborado por el Grupo de Trabajo creado en el seno de los Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.



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

Este documento **no sustituye** a la información que proporciona el equipo *profesional* que atiende durante el embarazo (matrona, médico). Acudir a sesiones de *preparación para el nacimiento* puede ayudar a que todo el proceso sea una experiencia satisfactoria.

Se puede elaborar un plan de parto y nacimiento en cualquier momento de la gestación, aunque un buen momento son las semanas **28-32**, preguntando cualquier duda a la matrona o personal médico.

En el momento del parto la gestante podrá **modificar** cualquiera de las preferencias aquí escritas, según su estado y el desarrollo de los acontecimientos.

Este documento no contempla 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.



Por este motivo, se informa de forma resumida sobre las *prácticas adecuadas* para la asistencia al parto y nacimiento, recogidas en las recomendaciones de la *Estrategia de Atención al Parto Normal, en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, del MSPSI, y en la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal.*

Se aconseja la lectura de la Guía dirigida a mujeres embarazadas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad:

http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm

Un plan de parto no tiene como objetivo planificar el desarrollo del parto y nacimiento. Si surgen circunstancias imprevisibles, el personal sanitario aconsejará la intervención más oportuna, y la realizará tras informar adecuadamente y pedir el consentimiento. El resto de cuidados y buenas prácticas se seguirán realizando, según las recomendaciones de las guías de evidencia y protocolos, así como de las preferencias expresadas por la mujer en su plan de parto.

La necesidad de consentimiento informado está establecida en el art. 4.1 de 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. Implica el derecho de los pacientes a conocer «con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma», información que «comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias».



1

LLEGADA AL HOSPITAL

En el momento de la admisión en Maternidad es importante recordar que la gestante que no presenta riesgos no es una paciente enferma, aunque se encuentra en un momento de especial vulnerabilidad emocional. Se procurará mantener la intimidad y su derecho a permanecer acompañada de forma ininterrumpida por la persona de su elección, salvo circunstancia clínica justificada que lo impida.

La evolución natural del parto está dirigida por la parte más instintiva del cerebro. Se favorecerá una buena evolución evitando hacer pensar o hablar a la mujer, disponiendo de focos de luz poco intensa o que se pueda graduar, no generando desconfianza, miedo o falta de intimidad, y todo ello con el fin de facilitar que el proceso de parto no se detenga o entorpezca.

ACOMPañAMIENTO: PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA PAREJA / ACOMPañANTE

Es recomendable el acompañamiento de la mujer durante el preparto, parto y posparto, por una persona de confianza, si ese es su deseo. Si la evolución del parto lo permite, la pareja o acompañante de su elección podrá participar en todo el proceso, ayudada por el personal que le atiende.

■ *Durante mi parto, deseo estar acompañada / por:*

■ *No deseo estar acompañada por*

■ *Otras observaciones:*



NECESIDADES ESPECIALES POR DIFERENCIA DE CAPACIDAD:

- *Tengo las siguientes necesidades o circunstancias que desearía se tuvieran en cuenta en el momento de mi parto:*

NECESIDADES ESPECIALES POR MOTIVOS DE CULTURA O IDIOMA:

- *Tengo las siguientes necesidades o circunstancias que desearía se tuvieran en cuenta en el momento de mi parto:*

ESPACIO FÍSICO

La oferta en cuanto a tipos de salas de parto, equipamiento, comodidades, etc., no es igual en todos los hospitales. Si se tiene oportunidad, es bueno visitar previamente el centro al que se acudirá para el parto, informarse sobre sus protocolos y pensar si se tiene alguna preferencia o se quiere hacer alguna petición.

Otras opciones: (marcar x según preferencia)

- *Desearía usar mi propia ropa* _____
- *Desearía usar ropa facilitada por el hospital* _____



INTIMIDAD

Para garantizar el derecho de la mujer a su intimidad, sólo estarán presentes en el parto las personas necesarias. La sensación de confianza de la mujer sobre los profesionales que la atienden puede aumentar cuando éstos se presentan e identifican. Hay hospitales que tienen profesionales en formación con capacidad asistencial que actuarán siempre bajo la supervisión necesaria, y con previo conocimiento y autorización de la mujer. En caso de presencia o participación de otras personas se solicitará el consentimiento de la mujer.

2

PERIODO DE DILATACIÓN: ASISTENCIA, CUIDADOS, ALIMENTACION:

PERSONAL ASISTENCIAL

En la medida de lo posible la atención se llevará a cabo por parte del mismo personal durante todo el proceso, salvo que la organización del trabajo lo impida.

ENEMA ANTES DEL PARTO

No se aconseja la administración de enemas antes o durante el parto. Si en una excepción se indica, se informará del motivo a la mujer y se solicitará su consentimiento.

RASURADO ANTES DEL PARTO

No es necesario el rasurado del vello genital antes del parto. Tampoco es necesario si hay que reparar una episiotomía o desgarro, aunque se puede rasurar o recortar una pequeña zona en ese momento, si esto facilita la sutura.



LÍQUIDOS DURANTE LA DILATACIÓN

Se puede **beber agua o zumo** durante la dilatación. Consultar al personal sanitario si no es posible por alguna circunstancia.

ELECCIÓN DEL LUGAR Y POSICIÓN DURANTE EL PARTO

Hay diversas posturas que se pueden adoptar para el parto (acostada, de pie, en cuclillas, etc.) y **varios posibles lugares** donde dar a luz (en la cama, taburete, en silla de parto vertical, etc.).

En la actualidad no está demostrado cuál es la postura o el lugar más adecuado para facilitar el parto. **La elección depende de cada mujer** y de sus necesidades o deseos en cada fase del parto. Si hay algún motivo para aconsejar una postura, se le explicará el motivo.

Prefiero:

MOVILIDAD DURANTE EL PARTO

Se aconseja que la mujer pueda moverse con libertad durante el parto y **elija lo que prefiera** en cada momento. En caso necesario, el personal sanitario indicará la posición más adecuada para llevarla a cabo.



TRATAMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR

Antes del parto es conveniente pedir información al personal sanitario que sigue el embarazo y así conocer las alternativas disponibles en el hospital para poder tomar decisiones.

Es muy diverso el manejo del dolor durante el parto, así como las posibilidades de tratamiento. Durante la estancia se cuidarán aspectos como la intimidad, un ambiente tranquilo sin frío ni luces intensas, favorecer movilidad y relajación evitando que la mujer sienta miedo y tensión. Esto contribuye a una disminución de la percepción del dolor y por tanto de la necesidad de analgesia, ya que en estas condiciones el cerebro de la mujer produce sustancias analgésicas. Si se necesitan métodos para aliviar el dolor, se pueden ofrecer técnicas no farmacológicas, y si se precisa analgesia farmacológica, preferiblemente vía epidural.

Aquí, puede expresar sus deseos, aunque en el momento del parto se puede cambiar de idea y elegir entre todas las opciones disponibles en el centro al que se acude:

- *No deseo (en principio) ningún tipo de analgesia farmacológica, _____*
- *En principio deseo analgesia epidural. Se precisa la cumplimentación del documento de consentimiento informado antes de su utilización. _____*
- *Prefiero otros tipos de analgesia (bañera caliente, oxido nitroso, inyecciones de agua estéril, uso de materiales de apoyo ...) _____*

DESEARÍA:



USO DE MATERIAL DE APOYO PARA EL PARTO

Dependiendo de la disponibilidad de cada centro, se podrán usar elementos como pelotas, espejos, cuerdas, cojines, etc., u otro material que la mujer traiga y sea posible utilizar en el espacio del hospital.

Desearía utilizar:

USO DE BAÑERA / DUCHA DURANTE LA DILATACIÓN

La inmersión en agua caliente durante la dilatación reduce la percepción del dolor y disminuye la necesidad de medicamentos analgésicos. En caso de disponibilidad en el centro sanitario, se puede solicitar el uso de bañera o ducha durante el parto, siempre que la evolución del parto lo permita. El personal sanitario aconsejará sobre cómo utilizarla del modo más eficaz.

Preferiría

OTRAS PREFERENCIAS RESPECTO A LOS CUIDADOS

Deseo:



2.1 INTERVENCIONES:

Debe existir **una justificación para realizar cualquier intervención, control o administración de medicación** durante un parto. Por este motivo, en el plan de parto se ofrece una información resumida sobre algunas de estas intervenciones, considerando que sólo se utilizarán en caso de que exista una indicación que lo justifique.

MONITORIZACIÓN FETAL

Durante el parto se debe controlar el estado del bebé. Esto se puede hacer de forma tradicional escuchando los latidos del corazón con una trompetilla (estetoscopio de Pinard) o con aparatos electrónicos que actualmente permiten realizar esta vigilancia de forma más precisa y continua en caso necesario. En el control de un parto que evoluciona normalmente no se requiere estar conectada permanentemente a un monitor, lo que permite una mayor libertad de movimiento y más comodidad. Si se opta por el uso de anestesia epidural será necesario un control más continuado.

De ser necesaria una monitorización continua, se puede realizar de forma externa, con un aparato sujeto por correas al abdomen de la mujer. Sólo si hay necesidad se realizará de forma interna por vía vaginal, lo que requiere que la bolsa esté rota y colocar un electrodo en la cabeza del bebé.

TACTOS VAGINALES

En todos los casos se deben realizar el mínimo número necesario de tactos vaginales para evaluar la evolución del parto por el personal que asiste a la mujer, y siempre pidiendo su consentimiento. En caso de que los realice otro profesional, por razones de consulta o formación, informará y solicitará autorización.



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ACELERAR EL PARTO

No se administrarán medicamentos (oxitocina u otros) para acelerar el parto por rutina, salvo que exista una indicación para ello. En caso necesario se informará y solicitará el consentimiento de la mujer.

CANALIZACIÓN DE VÍA VENOSA

La canalización de una vía venosa no es imprescindible en los cuidados de un parto normal. No obstante, si es necesaria se puede mantener sin estar conectada a un sistema de goteo; esto permite una buena movilidad.

Opciones: (marcar x según preferencia)

- No deseo la colocación de una cánula intravenosa salvo que esté clínicamente indicada.**

SONDAJE VESICAL

No es preciso colocar una sonda en la vejiga durante un parto normal. En caso de ser necesario, se informará del motivo, se explicará el procedimiento y se solicitará consentimiento.

ROTURA DE LA BOLSA

En general, la bolsa que envuelve y protege al bebé se rompe espontáneamente y no es necesario hacerlo de forma artificial antes ni durante el parto. Existen situaciones clínicas en que está indicado, en ese caso se informará de los motivos y se solicitará consentimiento previo.



3

PERIODO EXPULSIVO (SALIDA DEL BEBE)

PUJOS

El esfuerzo de empujar durante la salida del bebé se llama pujo. En un parto normal se debe realizar cuando la mujer siente la necesidad de hacerlo y la dilatación es completa. Empujar en otros momentos y/o de forma continuada no es necesario ni beneficioso. En algunas situaciones, como bajo los efectos de la anestesia epidural, que produce una disminución de la sensibilidad y del deseo de empujar, puede ser útil que los profesionales le puedan orientar sobre el momento adecuado para empujar.

EPISIOTOMÍA

La episiotomía es un corte que se practica en el periné. Actualmente no se considera adecuado realizarla de forma rutinaria, ya que puede tener complicaciones y efectos negativos. Únicamente se realizará en algunas situaciones en las que se precisa facilitar la salida del bebé.

NACIMIENTO

Es un momento único, íntimo y especial, en el que se debe procurar que el primer contacto del bebé sea con la madre a través de la piel, la mirada, el olfato, el sonido y el reflejo de succión. Se evitarán luces potentes o ruidos que molesten al bebé, el ambiente será cálido, evitando interferencias en ese primer contacto madre-bebe que facilita la creación del vínculo afectivo y biológico. Se ayudará al padre, si ambos lo desean, a permanecer en ese espacio de intimidad compartida. Los mínimos controles y vigilancia necesarios los realizará el personal sanitario manteniendo el ambiente silencioso y tranquilo.



CONTACTO INMEDIATO PIEL CON PIEL TRAS EL NACIMIENTO

El contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido tras el parto es una práctica beneficiosa e imprescindible tanto para el recién nacido como para la madre. Se debe colocar al bebé en contacto directo piel con piel con la madre al menos las dos primeras horas de vida o durante el tiempo que ella desee. En caso de no ser posible se explicará el motivo.

Preferencias para este momento:

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES Y SONDAJES TRAS EL NACIMIENTO

La aspiración de secreciones o la realización de sondajes (introducción de sonda al estómago o por el ano) tras el nacimiento de un bebé sin problemas es una práctica desaconsejada. En caso de ser necesario se le informará y pedirá consentimiento previo para realizarla.

ATENCIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO

Se deben posponer las actuaciones no urgentes (peso, talla y otros cuidados o tratamientos) en el recién nacido, para permitir el mantenimiento del contacto madre/hijo – hija en intimidad.



CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL

El cordón umbilical se corta cuando ya ha dejado de latir, salvo que exista alguna circunstancia justificada que haga necesario seccionarlo antes.

Si se va a donar sangre del cordón, se seguirá el protocolo establecido para ello, del que se podrá informar durante el embarazo.

INICIO PRECOZ DE LA LACTANCIA

La leche materna es el alimento ideal durante la crianza para mantener la salud y prevenir infecciones y otras enfermedades en el recién nacido. En caso de haber optado por dar lactancia materna, el inicio debe ser inmediato tras el parto, salvo que el estado de la madre o el bebé no lo permitan. Para ello se colocará al bebé sobre el pecho desnudo de la madre, en contacto piel con piel, dejando que comience a mamar de forma espontánea y sin interferencias innecesarias, durante el tiempo que precise para ello, y con la adecuada supervisión.

Opciones:

- **Corte del cordón por la pareja/acompañante/la propia madre.**

Si lo desea, usted misma, su pareja o acompañante pueden cortar el cordón. Siempre por indicación del personal sanitario y si las circunstancias lo permiten.

Deseo, si es posible, que uno de nosotros corte el cordón...

- **Donación de sangre del cordón.**

Si desea donar la sangre del cordón umbilical hágalo saber a su matrona o ginecólogo/a para que le informen y le indiquen el procedimiento.

He autorizado la extracción de sangre de cordón para su donación _____



4

ALUMBRAMIENTO DE LA PLACENTA

Las actuales guías de práctica clínica aconsejan ayudar a la salida de la placenta con masajes e inyección de medicamentos. No obstante, la mujer debe recibir información sobre ventajas e inconvenientes. El alumbramiento espontáneo o fisiológico es una opción si la mujer lo solicita.

Expresa aquí tus preferencias, si lo deseas:

5

CUIDADO Y ATENCION AL RECIEN NACIDO

SEPARACIÓN DE LA MADRE Y REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Siempre que sea posible, la hija o el hijo recién nacido permanecerán *junto a la madre*. La separación sólo habrá de realizarse por **motivos claramente justificados** que deberán constar en la historia clínica. En caso necesario se informará y solicitará consentimiento previo

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PREVENTIVOS Y VACUNACIÓN.

Se realizarán con el bebe en contacto piel con piel con la madre, o durante el amamantamiento. Tras el nacimiento, pasadas las primeras horas de intimidad madre-bebé, las autoridades sanitarias y organizaciones científicas recomiendan la administración a todos los recién nacidos de:.



- Colirio o pomada antibiótica oftálmica, en una sola dosis, ya que previene infecciones oculares severas. No obstante se debe retrasar su aplicación en las primeras dos horas de vida para no impedir el contacto visual del bebé con su madre.
- Vacuna de Hepatitis B (1ª dosis)(*). Se administra vía intramuscular. Puede hacerse tras permitir el establecimiento del vínculo madre – recién nacido y el inicio de la lactancia. Para su realización no es conveniente la separación.
- Vitamina K para la prevención de hemorragias. El método de administración, más frecuente y aconsejado, es vía intramuscular. Al igual que la vacunación, puede demorarse y hacerse manteniendo el contacto piel con piel. Existe la alternativa de administración oral de la vitamina K, que resulta igual de eficaz, siempre que se realice de forma estricta, de acuerdo a la pauta prescrita.

(*) Para aquellas comunidades autónomas que contemplan en su calendario de vacunas la primera dosis tras el nacimiento.

Opciones: (marcar x según preferencia)

- **Deseo que se administre vitamina K oral a mi bebé tras el nacimiento y me comprometo a la continuidad de su administración en domicilio de acuerdo a la pauta que se prescriba.** _____

Si se desea exponer algún comentario sugerencia o indicación al respecto, hacerlo a continuación.



HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO

No se aconseja bañar al recién nacido en las primeras horas de vida, pudiendo retrasarse hasta el segundo día o más si las condiciones así lo permiten. Cuándo hacerlo por primera vez, es una decisión personal.

En caso necesario se informará y solicitará consentimiento. El personal de la planta de maternidad ayudará a adquirir las habilidades necesarias y a resolver dudas respecto al cuidado del bebé.

Opciones en la planta de maternidad:

(marcar x en la opción preferida)

- Deseo realizar yo misma los cuidados e higiene de mi bebé, si es posible.** _____
- Deseo realizar los cuidados e higiene del bebé con el apoyo de mi acompañante o pareja.** _____
- Si yo no puedo hacerlo, deseo que mi pareja u otra persona de mi elección realice dichos cuidados.** _____

6

PERIODO DE PUERPERIO

TRASLADO A PLANTA Y ESTANCIA EN LA MATERNIDAD TRAS EL NACIMIENTO

El traslado se realizará con la madre y el bebé en contacto piel con piel, cubiertos por una sábana o manta y con el acompañamiento de la persona elegida. Se procurará el mayor grado de intimidad dentro de las posibilidades de cada centro.

Preferencias personales:



DURACIÓN DE LA ESTANCIA Y COHABITACIÓN MADRE – RECIÉN NACIDO

La duración de la estancia se ajustará a la situación de salud tanto de la madre como del recién nacido. En cualquier caso ésta será la mínima posible. En los partos sin complicaciones graves, madre y bebé compartirán siempre la misma habitación. El colecho (compartir la cama con el bebé) se considera una práctica beneficiosa, y cómoda para la madre. En caso de ingreso de uno de ellos en unidades especiales, se facilitará el alojamiento conjunto madre-bebé, o la estancia en unidades neonatales de puertas abiertas con la posibilidad de practicar los cuidados madre-canguro.

Desearía:

LACTANCIA

La lactancia materna es la mejor opción para la alimentación del recién nacido y además ayuda a una buena evolución del puerperio. Ha de realizarse, salvo indicación médica, de forma exclusiva, y cuando el bebé lo demande. No deben, por tanto, establecerse horarios ni duración de la toma.

No se deben ofrecer sueros, infusiones, chupetes ni tetinas a recién nacidos alimentados al pecho, y tampoco ofrecer suplementos de leche artificial, puesto que todo ello puede dificultar o impedir una lactancia materna exitosa. Se consultará a la madre antes de dar cualquier otro tipo de alimentación al bebé en el caso de que fuese necesario.

Si existen circunstancias de tipo personal o de salud que pueden dificultar o impedir la lactancia materna, el personal sanitario informará a la madre.



En caso de optar por la lactancia materna, siempre que sea posible, se debe iniciar inmediatamente después del nacimiento o durante la hora posterior al mismo.

El personal sanitario asesorará sobre la forma adecuada de ofrecer al bebé el pecho, y en su caso, de cómo preparar y administrar leche de fórmula.

Se puede solicitar información al personal sanitario sobre grupos de apoyo a la lactancia materna.

Opciones: (marcar x en la opción que se prefiera)

■ **Deseo dar el pecho** _ _ _ _ _ .

■ **He decidido dar a mi bebé leche de fórmula** _ _ _ _ .

■ **Tomaré la decisión más adelante** _ _ _ _ _ .

■ **Deseo contactar con asociaciones de apoyo a la lactancia materna** _ _ _ _ _ .

■ **En mi caso quiero señalar:**



7

PARTO INSTRUMENTAL (FORCEPS, VENTOSA, ESPATULA) O CESAREA

Si el proceso de parto se complica, o se requiere intervención desde el inicio por una causa justificada, se respetarán siempre el resto de buenas prácticas que facilitan el óptimo estado de salud de madre y bebé, tales como el acompañamiento continuado, la intimidad, o el contacto inmediato piel con piel tras el nacimiento.

En caso de que fuese necesaria una inducción al parto la realización de un parto instrumental o una cesárea desearía hacer constar mis preferencias:

OBSERVACIONES Y OTROS ASPECTOS NO CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO



LEGISLACIÓN ESTATAL

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. BOE 274 (15 de noviembre de 2002).

LEGISLACIÓN AUTONÓMICA

HOSPITAL:



HOJA DE REGISTRO HOSPITALARIA SOBRE PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

Nombre: _____

Nº Historia clínica / Nº Seguridad Social: _____

Desea estar acompañada por: _____

ATENCIÓN AL PARTO

Desea usar su propia ropa <input type="checkbox"/>	No desea canalización IV rutinaria <input type="checkbox"/>
Elección del lugar y posición durante el parto _____ _____	Uso de material de apoyo para el parto: Del centro <input type="checkbox"/> Propio (Especificar) <input type="checkbox"/> _____
Participación del acompañante/pareja: Desea su participación <input type="checkbox"/> No desea participación <input type="checkbox"/>	Necesidades específicas en caso de discapacidad: _____ _____
No desea analgesia farmacológica <input type="checkbox"/> Desea analgesia epidural <input type="checkbox"/> Desea otros tipos de analgesia <input type="checkbox"/> Especificar: _____	Desea que su pareja corte el cordón <input type="checkbox"/> Ha autorizado la donación de cordón <input type="checkbox"/>

MULTICULTURALIDAD E INMIGRACIÓN

Idioma principal: _____ Otros idiomas que domina: _____ _____	Requerimientos específicos: _____ _____
Solicita traducción <input type="checkbox"/> Aporta traductor/a <input type="checkbox"/>	

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

Profilaxis Vitamina K IM <input type="checkbox"/> Vacuna Hep. B <input type="checkbox"/> _____	Preferencias sobre el contacto piel con piel y participación del acompañante: _____ _____
Lactancia Desea dar el pecho <input type="checkbox"/> No desea dar el pecho <input type="checkbox"/> Desea contacto con grupos de apoyo <input type="checkbox"/>	Desea realizar cuidados e higiene <input type="checkbox"/> Desea la colaboración de su pareja <input type="checkbox"/> Desea que su pareja realice los cuidados <input type="checkbox"/>

Observaciones e indicaciones recogidas en el Plan de Parto y Nacimiento o expresadas por la gestante, no recogidas en la tabla anterior:

Observaciones de la matrona que revisa y registra el Plan de Parto y Nacimiento:

Indicaciones para la cumplimentación de este registro:

- Pregunte al ingreso de la gestante si ha realizado un Plan de Parto y Nacimiento.
- Revise junto con la mujer y su pareja o acompañante los aspectos recogidos en el mismo, aclarando cualquier duda. Modifique en su caso cualquier cuestión sobre la que haya podido cambiar de opinión y hágalo constar en este documento.
- Registre los principales aspectos recogidos en el Plan de Parto y Nacimiento entregado, marcando con una X la casilla correspondiente. En su caso describa aquellas opciones sobre las que hay respuestas escritas y haga las observaciones que considere pertinentes.
- Adjunte este documento a la historia clínica para su revisión por los/las profesionales que atenderán el parto.



DOCUMENTO FIRMADO POR:

D^a _____

Declaro que he leído el presente documento y he cumplimentado las opciones que he estimado convenientes para determinar mi “Plan de Parto y Nacimiento”. En todo caso me reservo el derecho a modificar el mismo antes del parto o revocarlo de forma oral total o parcialmente durante el parto y la estancia hospitalaria.

Fecha:

Firma:



ANEXO 2. Documento entregado a las mujeres embarazadas que incluye, explicación del proyecto, consentimiento informado, encuesta sociodemográfica y Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale en Español.



*Satisfacción de las
Mujeres en el
periodo de parto y
puerperio en la
Región de Murcia*



Desde la Universidad de Murcia, y la Unidad Docente de Matronas, estamos realizando un estudio para valorar la satisfacción de las mujeres que dan a luz en la Región de Murcia, para ello le pedimos su colaboración.

La participación en este proyecto es voluntaria, para ello deberá rellenar el modelo de plan de parto y nacimiento que se le ha facilitado, y entregarlo en el Hospital donde vaya a dar a luz, puede hacerlo de dos formas, anticipadamente pasándolo por el registro del hospital o en el momento de su ingreso entregándolo a los profesionales que le atiendan.

Una vez haya usted dado a luz, por favor rellene este cuadernillo, que consta del consentimiento informado para participar en el estudio, donde se le informa que sus datos serán tratados de forma confidencial, de un cuestionario sociodemográfico, y de una encuesta sobre la satisfacción en su proceso de parto y puerperio. Este cuadernillo relleno ha de entregarse a la matrona de su centro de salud.

**SU COLABORACIÓN ES IMPORTANTE
PARA NOSOTROS**

GRACIAS POR AYUDARNOS A MEJORAR



Consentimiento informado para participar en el estudio

Yo, _____, con
DNI _____,

y mayor de edad, acepto ser incluida en el estudio, *Satisfacción de las mujeres en el proceso de parto y puerperio en la Región de Murcia*. He sido informada sobre la investigación, así como que mis datos serán tratados de un modo confidencial con arreglo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Soy consciente de que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.

Por consiguiente, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio, y que sean utilizados mis datos con fines investigadores.

Murcia , a _____ de _____ de 201_

Fdo.:



Cuestionario sociodemográfico y datos sobre el parto y puerperio

Nacionalidad:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Nivel estudios:

Teléfono:

Centro de salud:

Hospital de referencia:

Fecha de la recogida de datos:

Fecha de las clases de educación maternal:

Otros cursos de educación maternal:

Percepción personal de conocimiento acerca del embarazo:

Bajo

Medio

Alto

Embarazo deseado:

Paridad:

Fecha del parto:

Semanas de gestación en el momento del parto:

Tipo de parto:

Desgarro ó episiotomía:

Rasurado:

Enema:

Apgar del Recién nacido:

Grado de Satisfacción general (del 1 al 10):

Entrega plan de parto y nacimiento:

Grado de cumplimiento por parte de los profesionales del plan de parto y nacimiento (del 1 al 10):



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN EL PERIODO DE PARTO Y PUERPERIO

POR FAVOR, SEÑALE SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON CADA UNO DE LOS ASPECTOS QUE SE NOMBRAN A CONTINUACIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE EL **1 ES MUY INSATISFECHA** Y EL **5 MUY SATISFECHA**. EL PUNTO MEDIO, ES DECIR EL 3, SIGNIFICA QUE NO PUEDE VALORAR ESE ASPECTO PORQUE NO SE HA PRODUCIDO EN SU PARTO (por ejemplo, el apoyo del acompañante si no ha estado acompañada, o la atención del ginecólogo si sólo le atendió la matrona).

¿ESTÁ SATISFECHA CON ...	Muy insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy satisfecha
1. Su grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación	1	2	3	4	5
2. Su grado de participación en la toma de decisiones durante el expulsivo	1	2	3	4	5
3. Su capacidad para sobrellevar las contracciones durante la dilatación	1	2	3	4	5
4. Su grado de confort durante la dilatación (ej. ambiente íntimo, libertad de movimientos, compañía de la persona elegida, almohadas, mecedora, etc.)	1	2	3	4	5
5. Su grado de confort durante el expulsivo (ej. ambiente íntimo, postura cómoda, compañía de la persona elegida, etc.)	1	2	3	4	5
6. La capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación (ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)	1	2	3	4	5
7. La capacidad para afrontar sus emociones durante el expulsivo (ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)	1	2	3	4	5
8. El control que tuvo sobre sus actos durante la dilatación (ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, poder moverse, beber, etc.)	1	2	3	4	5
9. El control que tuvo sobre sus actos durante el expulsivo (ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, cambiar de postura, etc.)	1	2	3	4	5
10. La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la dilatación	1	2	3	4	5
11. La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante el expulsivo	1	2	3	4	5
12. Su experiencia global de la dilatación	1	2	3	4	5
13. Su experiencia global del expulsivo	1	2	3	4	5

14. El estado de salud de su bebé al nacer	1	2	3	4	5
15. El tiempo transcurrido hasta que usted cogió en brazos por primera vez a su bebé	1	2	3	4	5
16. El tiempo transcurrido hasta que usted alimentó por primera vez a su bebé	1	2	3	4	5
17. Los cuidados físicos que recibió de la matrona durante el parto (ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)	1	2	3	4	5
18. Los cuidados físicos que recibió del ginecólogo/a durante el parto (ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)	1	2	3	4	5
19. Los conocimientos, capacidad y competencia profesional de la matrona durante el parto	1	2	3	4	5
20. Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del ginecólogo/a durante el parto	1	2	3	4	5
21. La información y explicaciones que le proporcionó la matrona en el parto	1	2	3	4	5
22. La información y explicaciones que le proporcionó el ginecólogo/a en el parto	1	2	3	4	5
23. El interés y el trato personal que le prestó la matrona en el parto	1	2	3	4	5
24. El interés y el trato personal que le prestó el ginecólogo/a en el parto	1	2	3	4	5
25. La ayuda y apoyo que recibió de la matrona con las respiraciones y la relajación en el parto	1	2	3	4	5
26. La ayuda y apoyo que recibió del ginecólogo/a con las respiraciones y la relajación en el parto	1	2	3	4	5
27. El tiempo que la matrona pasó con usted durante la dilatación	1	2	3	4	5
28. El tiempo que el ginecólogo/a pasó con usted durante la dilatación	1	2	3	4	5
29. La actitud de la matrona en el parto (ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)	1	2	3	4	5
30. La actitud del ginecólogo/a en el parto (ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)	1	2	3	4	5
31. La sensibilidad de la matrona ante sus necesidades durante el parto	1	2	3	4	5
32. La sensibilidad del ginecólogo/a ante sus necesidades durante el parto	1	2	3	4	5

ANEXO 3. Cuestionario validado para medir el la opinión y el uso de los Planes de Parto y Nacimiento por parte de las matronas.



Se está realizando un estudio acerca del Plan de Parto y Nacimiento, el nivel de uso y de conocimientos que tienen las matronas de la Región de Murcia sobre el tema. Agradeceríamos tome unos minutos para rellenar este cuestionario. Los datos que nos facilite serán tratados de forma confidencial con arreglo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

CUESTIONARIO

Por favor, lea atentamente cada una de las preguntas que vienen a continuación.

Responda a las preguntas con un número según el grado de acuerdo entre lo que usted piensa y siente y las respuestas que se proponen.

- 1 Muy en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indiferente.
- 4 De acuerdo.
- 5 Muy de acuerdo.

No piense demasiado las respuestas ni emplee mucho tiempo en contestarlas. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, ni respuestas con trampa, y todas deben responderse con sinceridad.

Quizá considere que algunas preguntas son demasiado personales; no se preocupe, recuerde que este cuestionario es totalmente anónimo y confidencial.

1. Estoy familiarizada con el concepto de Plan de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
2. He escuchado hablar sobre los Planes de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
3. Me siento cómoda cuando las mujeres presentan un Plan de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
4. Aconsejo a las mujeres que elaboren un Plan de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
5. Conozco diferentes modelos de Planes de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
6. He ayudado a mujeres a elaborar su Plan de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
7. Creo que los Planes de Parto y Nacimiento son unos documentos importantes para fomentar la autonomía de las mujeres en el proceso de parto	1	2	3	4	5
8. Considero que las mujeres que presentan un Plan de Parto y Nacimiento están bien informadas	1	2	3	4	5
9. Un Plan de Parto y Nacimiento es un documento legal	1	2	3	4	5
10. Los Planes de Parto y Nacimiento están extendidos en nuestra Región	1	2	3	4	5
11. Leo a menudo artículos científicos sobre los Planes de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
12. Entre los documentos que tengo en mi ordenador personal o de trabajo abundan los modelos de Planes de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
13. Uso frecuentemente en mi trabajo los Planes de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
14. Considero innecesarios los Planes de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
15. Considero que para respetar la autonomía de las mujeres es suficiente escucharlas durante el proceso de parto	1	2	3	4	5
16. Considero que con el Plan de Parto y Nacimiento la mujer pretende decirle a los profesionales cómo deben hacer su trabajo	1	2	3	4	5
17. La toma de decisiones consiste en una deliberación entre el profesional sanitario y la mujer, sobre las diferentes opciones existentes.	1	2	3	4	5
18. Considero que el consentimiento informado es un trámite administrativo y legal	1	2	3	4	5
19. Los Planes de Parto y Nacimiento son solo para los partos en el domicilio	1	2	3	4	5
20. Me gusta hablar con las mujeres sobre qué esperan de sus partos	1	2	3	4	5



CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Para completar el estudio es necesario que conteste a las siguientes variables rodeando con un círculo cada una de los siguientes ítems:

- 1) Sexo
 1. HOMBRE
 2. MUJER
- 2) Edad
 1. < 39 años
 2. 40-50 años
 3. > 50 años)
- 3) Estado civil:
 1. Soltera
 2. Casada/vive en pareja
 3. Separada/divorciada
 4. Viuda
- 4) Tiene hijos:
 1. Sin hijos
 2. Con hijos
- 5) Años de experiencia como matrona
 1. < 10 años
 2. 10-20 años
 3. > 20 años)
- 6) Años de permanencia en el servicio
 1. < 4 años
 2. 5-14 años
 3. >15 años)
- 7) Tipo de contrato laboral:
 1. Fijo
 2. Temporal
 3. Otro
- 8) Lugar de trabajo:
 - Atención primaria.
 - Atención especializada.
 - Otros.
- 9) Turno:
 1. 24 h
 2. 12 h
 3. 7 h
 4. Otro (especificar):
- 10) ¿Qué grado de satisfacción laboral siente?:
 1. Elevada
 2. Media
 3. Baja
- 10) ¿Cómo considera que es el trabajo en equipo en su servicio?:
 1. Bueno
 2. Regular
 3. Malo
- 11) ¿Cómo considera la relación con sus compañeros?:
 1. Buena
 2. Regular
 3. Mala
- 12) ¿Cómo valoraría el reconocimiento laboral?:
 1. Elevado
 2. Medio
 3. Bajo
- 13) Jornada:
 1. Completa
 2. Parcial
- 14) Nº de mujeres que atiende en su turno (independientemente del número de horas de la jornada laboral)
 1. 1-2 mujeres
 2. 3-4 mujeres
 3. >4 mujeres
 4. Trabajo en atención primaria
- 15) Tiene otra actividad obstétrica/laboral extrahospitalaria (ejemplo: docente, clases de preparación al parto, matrona en centros privados...)
 1. SI
 2. NO

 Observaciones:

ANEXO 4. Documento que se entregó a los expertos para valorar el Cuestionario piloto a Matronas, explicación del estudio, cuestionario.



Se está realizando un estudio sobre el conocimiento y uso del Plan de parto y nacimiento por parte de las matronas de la Región de Murcia. Para dar respuesta a esta pregunta se ha elaborado una encuesta, la cual está en proceso de validación. Con el objetivo de dar a la encuesta validez de contenido se le pide su colaboración en calidad de experto. En primer lugar encontrará el consentimiento informado que se pasará a todas las matronas, por favor indíquenos si cambiaría algo. En segundo lugar encontrará la encuesta sociodemográfica, en ella también puede indicar qué modificaría, además nos gustaría que la rellenara.

El cuestionario está a continuación, se trata de un cuestionario con escala likert de 5 puntos, como podrá observar se le han facilitado tres cuestionarios, el primero de ellos es para que usted lo rellene, el segundo es para que nos indique qué opina sobre cada uno de los ítems, en concreto si cree que está redactado con claridad, si cree que es idóneo para estar dentro de esta encuesta, y si cree que existe coherencia con el resto de los ítems. El último cuestionario es para que usted clasifique en qué categoría considera que está encuadrado cada ítems.

En la última hoja encontrará tres recuadros para anotar cuantas cuestiones y sugerencias considere necesario.

Su colaboración es importante para nosotros.

Atentamente

María Emilia Martínez Roche

María Suárez Cortes



Consentimiento informado para participar en el estudio

Yo, _____, con DNI _____,

y mayor de edad, acepto ser incluida en el estudio, *Conocimiento y uso del Plan de Parto y Nacimiento en la Región de Murcia*. He sido informada sobre la investigación, así como que mis datos serán tratados de un modo confidencial con arreglo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Soy consciente de que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.

Por consiguiente, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio, y que sean utilizados mis datos con fines investigadores.

Murcia, a _____ de _____ de 201_

Fdo.:



CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Para completar el estudio es necesario que conteste a las siguientes variables rodeando con un círculo cada una de los siguientes ítems:

- 1) Sexo
 1. HOMBRE
 2. MUJER
- 2) Edad
 1. < 39 años
 2. 40-50 años
 3. > 50 años)
- 3) Estado civil:
 1. Soltera
 2. Casada/vive en pareja
 3. Separada/divorciada
 4. Viuda
- 4) Número de hijos
 1. Sin hijos
 2. Con hijos
- 5) Años de experiencia en la profesión
 1. < 10 años
 2. 10-20 años
 3. > 20 años)
- 6) Años de permanencia en el servicio
 1. < 4 años
 2. 5-14 años
 3. >15 años)
- 7) Tipo de contrato laboral:
 1. Fijo
 2. Temporal
- 8) Turno:
 1. 24 h
 2. 12 h
- 9) Satisfacción laboral:
 1. Elevada
 2. Media
 3. Baja
- 10) Trabajo en equipo:
 1. Bueno
 2. Regular
 3. Malo
- 11) Relación con compañeros:
 1. Buena
 2. Regular
 3. Mala
- 12) Reconocimiento laboral:
 1. Elevado
 2. Medio
 3. Bajo
- 13) Jornada:
 1. Completa
 2. Parcial
- 14) N° de pacientes que atiente al día en 24 horas
 1. 1-2 partos
 2. 3-4 partos
 3. >4 partos
- 15) Tiene otra actividad obstétrica/laboral extrahospitalaria:
 1. SI
 2. NO



Se está realizando un estudio acerca del Plan de Parto y Nacimiento, el nivel de uso y de conocimientos que tienen las matronas de la Región de Murcia sobre el tema. Agradeceríamos tome unos minutos para rellenar este cuestionario. Los datos que nos facilite serán tratados de forma confidencial con arreglo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

CUESTIONARIO

Por favor, lea atentamente cada una de las preguntas que vienen a continuación.

Responda a las preguntas con un número según el grado de acuerdo entre lo que usted piensa y siente y las respuestas que se proponen.

- 1 *Muy en desacuerdo.*
- 2 *En desacuerdo.*
- 3 *Indiferente.*
- 4 *De acuerdo.*
- 5 *Muy de acuerdo.*

No piense demasiado las respuestas ni emplee mucho tiempo en contestarlas. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, ni respuestas con trampa, y todas deben responderse con sinceridad.

Quizá considere que algunas preguntas son demasiado personales; no se preocupe, recuerde que este cuestionario es totalmente anónimo y confidencial.

1. Estoy familiarizada con el concepto de Plan de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
2. He escuchado hablar sobre los Planes de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
3. Me siento cómoda cuando las mujeres presentan un Plan de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
4. Aconsejo a las mujeres que elaboren un Plan de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
5. Conozco diferentes modelos de Planes de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
6. He ayudado a mujeres a elaborar su Plan de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
7. Creo que los Planes de Parto y Nacimiento son unos documentos importantes para fomentar la autonomía de las mujeres en el proceso de parto	1	2	3	4	5
8. Considero que las mujeres que presentan un Plan de Parto y Nacimiento están bien informadas	1	2	3	4	5
9. Un Plan de Parto y Nacimiento debería ser un documento legal	1	2	3	4	5
10. Creo que los Planes de Parto y Nacimiento están extendidos en nuestra Región	1	2	3	4	5
11. He leído artículos científicos sobre los Planes de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
12. Entre los documentos que tengo en mi ordenador personal o de trabajo hay modelos de Planes de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
13. Uso en mi trabajo el Plan de Parto y Nacimiento que publicó el ministerio de Sanidad	1	2	3	4	5
14. Considero innecesarios los Planes de Parto y Nacimiento	1	2	3	4	5
15. Considero que para respetar la autonomía de las mujeres es suficiente escucharlas durante el proceso de parto	1	2	3	4	5
16. Creo que las mujeres no deben decir a los profesionales sanitarios cómo hacer su trabajo	1	2	3	4	5
17. La toma de decisiones consiste en una deliberación entre el profesional sanitario y la mujer, sobre las diferentes opciones existentes.	1	2	3	4	5
18. Considero que el consentimiento informado es un trámite administrativo y legal	1	2	3	4	5
19. Los Planes de Parto y Nacimiento son solo para los parto en el domicilio	1	2	3	4	5
20. Me gusta hablar con las mujeres sobre qué esperan de sus partos	1	2	3	4	5



Con el fin de dar validez de contenido a la encuesta, nos gustaría que valorara cada uno de los ítems, con SI o NO, en referencia a si cree que está redactado con calidad, si el ítems es idóneo para estar en la encuesta, y si existe coherencia con respecto a los demás ítems.

	CLARIDAD	IDENEIDAD	COHERENCIA
1. Estoy familiarizada con el concepto de Plan de Parto y Nacimiento			
2. He escuchado hablar sobre los Planes de Parto y Nacimiento			
3. Me siento cómoda cuando las mujeres presentan un Plan de Parto y Nacimiento			
4. Aconsejo a las mujeres que elaboren un Plan de Parto y Nacimiento			
5. Conozco diferentes modelos de Planes de Parto y Nacimiento			
6. He ayudado a mujeres a elaborar su Plan de Parto y Nacimiento			
7. Creo que los Planes de Parto y Nacimiento son unos documentos importantes para fomentar la autonomía de las mujeres en el proceso de parto			
8. Considero que las mujeres que presentan un Plan de Parto y Nacimiento están bien informadas			
9. Un Plan de Parto y Nacimiento debería ser un documento legal			
10. Creo que los Planes de Parto y Nacimiento están extendidos en nuestra Región			
11. He leído artículos científicos sobre los Planes de Parto y Nacimiento			
12. Entre los documentos que tengo en mi ordenador personal o de trabajo hay modelos de Planes de Parto y Nacimiento			
13. Uso en mi trabajo el Plan de Parto y Nacimiento que publicó el ministerio de Sanidad			
14. Considero innecesarios los Planes de Parto y Nacimiento			
15. Considero que para respetar la autonomía de las mujeres es suficiente escucharlas durante el proceso de parto			
16. Creo que las mujeres no deben decir a los profesionales sanitarios cómo hacer su trabajo			
17. La toma de decisiones consiste en una deliberación entre el profesional sanitario y la mujer, sobre las diferentes opciones existentes.			
18. Considero que el consentimiento informado es un trámite administrativo y legal			
19. Los Planes de Parto y Nacimiento son solo para los parto en el domicilio			
20. Me gusta hablar con las mujeres sobre qué esperan de sus partos			



En la elaboración de este cuestionario, se han usado tres categorías, evaluar el conocimiento que se tiene sobre el Plan de Parto y nacimiento, la actitud o predisposición a usarla y el uso que se le da. Por favor, puede marcar en cada ítem a cual de las tres categorías pertenece. Cada uno de los ítems puede pertenecer a una o varias categorías, marque tantas categorías como crea oportuno.

	CONOCIMIENTO	ACTITUD	USO
1. Estoy familiarizada con el concepto de Plan de Parto y Nacimiento			
2. He escuchado hablar sobre los Planes de Parto y Nacimiento			
3. Me siento cómoda cuando las mujeres presentan un Plan de Parto y Nacimiento			
4. Aconsejo a las mujeres que elaboren un Plan de Parto y Nacimiento			
5. Conozco diferentes modelos de Planes de Parto y Nacimiento			
6. He ayudado a mujeres a elaborar su Plan de Parto y Nacimiento			
7. Creo que los Planes de Parto y Nacimiento son unos documentos importantes para fomentar la autonomía de las mujeres en el proceso de parto			
8. Considero que las mujeres que presentan un Plan de Parto y Nacimiento están bien informadas			
9. Un Plan de Parto y Nacimiento debería ser un documento legal			
10. Creo que los Planes de Parto y Nacimiento están extendidos en nuestra Región			
11. He leído artículos científicos sobre los Planes de Parto y Nacimiento			
12. Entre los documentos que tengo en mi ordenador personal o de trabajo hay modelos de Planes de Parto y Nacimiento			
13. Uso en mi trabajo el Plan de Parto y Nacimiento que publicó el ministerio de Sanidad			
14. Considero innecesarios los Planes de Parto y Nacimiento			
15. Considero que para respetar la autonomía de las mujeres es suficiente escucharlas durante el proceso de parto			
16. Creo que las mujeres no deben decir a los profesionales sanitarios cómo hacer su trabajo			
17. La toma de decisiones consiste en una deliberación entre el profesional sanitario y la mujer, sobre las diferentes opciones existentes.			
18. Considero que el consentimiento informado es un trámite administrativo y legal			
19. Los Planes de Parto y Nacimiento son solo para los partos en el domicilio			
20. Me gusta hablar con las mujeres sobre qué esperan de sus partos			

OBSERVACIONES AL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

OBSERVACIONES A LA ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA:

OBSERVACIONES A LA ENCUESTA:

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**ANEXO 5. Permiso Comité de Ética e
investigación del Hospital Clínico
Universitario Virgen de la Arrixaca.**

Fecha: Murcia a 18 de febrero de 2013

De: D. José Vicente Albaladejo
Andreu
Director Gerente Hospital Clínico
Universitario Virgen de la
Arrixaca, Área I Murcia Oeste

N/Ref. JVAA/LH

Universidad de Murcia
Facultad de Enfermería
D^a M^a Emilia Martínez Roche
Coordinadora Unidad Docente Enfermería
Obstétrico-Ginecológica
Campus Universitario de Espinardo

30100 Murcia

Estimada M^a Emilia:

En contestación a su solicitud de autorización para que la realización de un estudio de investigación por parte de D^a María Suarez Cortés, centrado en la Tesis Doctoral "El Plan de Parto y Nacimiento en la Región de Murcia", le comunico que una vez valorado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica, no existe inconveniente por parte de esta Dirección Gerencia en la realización de dicho estudio.

Le recordamos las obligaciones que contrae de conformidad con el artículo 10 de la Ley Orgánica 41/2002, de 15 de noviembre, básica reguladora de la autonomía de paciente, así como que deberá hacernos llegar una copia del estudio una vez concluido, a esta Gerencia y a la Unidad de Investigación de este Hospital.

La persona con la que deberá contactar en el Hospital es D. Luis Martos García, Supervisor de la Unidad de Docencia y Formación Continuada de Enfermería (teléfono 968 369 680), así como con D. Pablo Viguera Paredes, Jefe de Servicio de Asesoría Jurídica, para la firma del documento de confidencialidad en el teléfono 968 369 666.

Un cordial saludo,



J. Albaladejo

José Vicente Albaladejo Andreu
Director Gerente Área I Murcia Oeste
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

ANEXO 6. Permiso Comité de Ética e investigación del Hospital Morales Meseguer.

JESÚS LEAL LLOPIS, SUPERVISOR DE INVESTIGACIÓN ÁREA VI
SERVICIO MURCIANO DE SALUD

A través del Director Gerente del Área VI, se ha solicitado la autorización para realizar el estudio titulado **“El plan de parto y nacimiento en la Región de Murcia”** por parte de D.ª María Suarez Cortes y bajo la dirección de Dña. Mª Emilia Martínez Roche /(Profesora Titular del Departamento de Enfermería de la UMU y Coordinadora de la Unidad Docente de Matronas)

El estudio tiene como objetivo: **“Conocer la satisfacción de las mujeres en su proceso de parto y postparto y qué diferencias existen entre las mujeres que redactan un Plan de Parto y Nacimiento y las que no”** y solicitan realizar una entrevista a las mujeres embarazadas de la ZBS “Vistalegre-La Flota” (Persona de referencia: Mª Luisa Vidal Maestre, matrona del EAP).

Una vez revisada la documentación enviada, se emite **informe favorable para la realización de dicha investigación.**

Murcia a 01 de octubre de 2014



Visto Bueno: Director Gerente
EL DIRECTOR GERENTE

Fdo.: Tomás Salvador Fernández Pérez



Jesús Leal Llopis
Supervisor de investigación

**ANEXO 7. Permiso autora cuestionario
validado en Español Mackey Childbirth
Satisfaction Rating Scale.**

Correo - Resultados de la búsqueda... x

https://webmail.um.es/imp/dynamic.php?page=mailbox#inboxSUSCT1g

Más visitados 10 sitios para descarg... Comenzar a usar Fire... Galería de Web Slice Google RLAE Sitios sugeridos Premium Free Fonts 2U Digitales fuentes

UNIVERSIDAD DE MURCIA Correo Agendas Contactos Tareas Notas Cuenta Consigna 2016 Resultados de la búsqueda (27 mensajes)

03/03/17 - maria.suarez@um.es

Redactar Actualizar Responder Reenviar Eliminar Otro

Buscar Mensaje completo (incluidas cabeceras) para 'pons' en [Entrada]

De	Asunto	Fecha	Tamaño
Roberto Cortes Velera	[Fwd: [Fwd: [Fwd: Rlv: Rm: Fir: Arriba el ánimo]]	23/05/08	1.3 MB

Título (14 KB)

Se han bloqueado las imágenes de esta parte del mensaje.
[Mostrar imágenes?](#)

Buenos días,

Le envío el cuestionario en castellano en su versión de 38 ítems (34 de la escala original y 2 ítems nuevos) tal y como lo utilizamos en el estudio de validación. Indicarle que como resultado de nuestro trabajo se decidió finalmente eliminar el ítem 34, mejorando así la consistencia interna de la escala.

Le rogamos que, si finalmente deciden utilizar esta escala, nos hiciesen llegar un resumen con las características de la muestra seleccionada y los principales resultados obtenidos. De esta forma, entre todos, podremos ir mejorando la calidad del instrumento. Ello nos permitirá su inclusión en la evaluación de los programas de atención al embarazo, parto y puerperio, incorporando así el punto de vista de las mujeres en la valoración de la calidad de la atención prestada.

Si necesitan más información no duden en ponerse en contacto con nosotras.

Agradeciendo su interés,

Reciba un cordial saludo

[Rosa Mús Pons](#)
Servicio del Plan de Salud
Dirección General de Salud Pública
Avenida Catalunya, 21

ANEXO 8. Artículo: Uso e Influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el Proceso de Parto Humanizado.

Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado¹

María Suárez-Cortés²

David Armero-Barranco³

Manuel Canteras-Jordana⁴

María Emilia Martínez-Roche³

Objetivos: conocer, analizar y describir la situación actual de los Planes de Parto y Nacimiento en nuestro entorno, comparando el proceso de parto y la finalización del mismo entre las mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento y las que no lo han hecho. **Método:** estudio de corte cuantitativo, transversal, observacional descriptivo comparativo, en un bienio. Se ha seleccionada a la totalidad de mujeres que dieron a luz en el periodo de estudio, incluyéndose en el estudio un total de 9303 mujeres. **Resultados:** el número de Planes de Parto y Nacimiento presentados en el primer año de estudio fue de 132, y en el segundo de 108. De las variables analizadas se encontró una diferencia significativa en "contacto piel con piel", "elección de postura en dilatación y parto", "uso de enema", "ingestión de alimentos o líquidos", "partos eutócicos", "pinzamiento tardío del cordón" y "rasurado del periné". **Conclusiones:** los Planes de Parto y Nacimiento influyen positivamente en el proceso de parto y en la finalización del mismo. Son necesarias políticas sanitarias para aumentar el número de Planes de Parto y Nacimiento que se presentan en nuestros hospitales.

Descriptores: Parto Humanizado; Autonomia Pessoal; Tomada de Decisões.

¹ Apoyo financiero de la Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España.

² Estudiante de doctorado, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España.

³ PhD, Profesor Titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España.

⁴ PhD, Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, Murcia, España.

Correspondencia:

María Suárez Cortés
Universidad de Murcia. Facultad de Enfermería
Campus Universitario de Espinardo. Edificio 23
30100, Murcia, España
E-mail: maria.suarez@um.es

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC).

Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

El parto es un proceso normal y natural, un periodo vulnerable para la salud de la mujer, en el que el entorno y las actuaciones sanitarias tienen una gran influencia. A mitad del siglo XX se institucionalizó el proceso de parto, pasando de los partos domiciliarios a los partos hospitalarios. Al considerarse el parto un proceso hospitalario, se incluyeron ciertas prácticas rutinarias y protocolizadas, como la episiotomía, el rasurado, los enemas, la estimulación del parto, sin estar avaladas el uso rutinario de las mismas por la evidencia científica. Se incluyó el parto en el modelo sanitario de enfermedad⁽¹⁾, considerando a la mujer como una persona enferma necesitada de atención médica⁽²⁾. Ante esta situación, en 1985, con las recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento, se inicia un proceso de "normalización del parto", se insta a los estados a revisar la tecnología aplicada a los partos, y reconoce que cada mujer debe elegir el tipo de parto que desea, contribuyendo de este modo a devolver el protagonismo a la mujer⁽³⁾. En España en los 90, grupos de profesionales y de mujeres empiezan a plantearse que la asistencia al parto es excesivamente intervencionista⁽⁴⁾ y a raíz de 1996, con la publicación de la guía "Cuidados en el parto normal: una guía práctica" elaborado por la OMS en Ginebra⁽⁵⁾, surgen varios documentos que abogan por un parto normal^(4,6-7). Este es el inicio del empoderamiento de las mujeres, que alcanza su máximo exponente con el documento Plan de Parto y Nacimiento.

El concepto de Plan de Parto y Nacimiento fue acuñado por Sheila Kitzinger en 1980 en Estados Unidos⁽⁸⁾. Los países anglosajones se hicieron eco de este nuevo documento, y empezaron a usarlo para exigir un parto lo menos medicalizado posible.

Un Plan de Parto y Nacimiento es un documento escrito, de carácter legal, en el que la mujer embarazada tras haber recibido información sobre el embarazo y el procedo de parto, y teniendo en cuenta sus valores y deseos personales, además de las expectativas que se ha creado sobre su parto a lo largo del embarazo, y atendiendo también a las necesidades particulares del mismo, debe consensuar con la matrona de Atención Primaria de Salud y posteriormente con la matrona de Atención Hospitalaria, qué alternativas, de buena praxis, prefiere durante su parto, en condiciones normales. El Plan de Parto y Nacimiento es el eje de la relación clínica que se establece entre la mujer embarazada y la matrona, y debe servir para orientar la atención sanitaria que se le preste a lo largo de todo el proceso.

La importancia de los Planes de Parto y Nacimiento radica en el respeto al Principio Bioético de Autonomía, aumentando de este modo el control que tienen las mujeres sobre el proceso del parto, contribuyendo a producir un efecto positivo sobre la satisfacción⁽⁹⁾, sirviendo como herramienta importante en la preparación al parto⁽¹⁰⁻¹¹⁾ y disminuyendo "los miedos" de la mujer gracias a la información y a la comunicación que proporcionan⁽¹⁰⁻¹⁵⁾; constituyendo todo ello un proceso de reflexión para las mujeres^(12,16).

Las mujeres gestantes siempre han sentido la necesidad de planificar y comunicar a sus familias y profesionales sanitarios lo que es importante para ellas, para así poder sentirse seguras y con apoyo durante el proceso de parto⁽¹⁶⁾.

Además, no debemos olvidar que el embarazo y el parto son las etapas previas a la maternidad, constituyendo el inicio de la adquisición del rol maternal. Ramona T. Mercer, autora de la teoría "Becoming a Mother", sostiene que la adquisición del rol maternal es un proceso que requiere un trabajo psicológico, social y físico por parte de la mujer⁽¹⁷⁾, en el que ella debe ser consciente de su rol como madre de una criatura que necesita de sus cuidados, y que depende de ella. Las decisiones de la mujer van a afectar a su criatura desde el mismo momento en el que se quede embarazada, por lo que la mujer deberá tomar las decisiones tras largos periodos de reflexión, teniendo en cuenta sus valores, creencias y expectativas.

El uso del Plan de Parto y Nacimiento rápidamente fue generalizado en algunos países de Europa, -en 1993 en Inglaterra eran usados en el 78% de las salas de partos- en España son de reciente implantación, en 2007. Ya la *Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud* (Ministerio de Sanidad y Consumo)⁽⁶⁾ y la *Iniciativa al Parto Normal (FAME)*⁽⁴⁾ menciona este documento, pero no será hasta Febrero de 2012 que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publica un modelo de Plan de Parto y Nacimiento.

El Plan de Parto y Nacimiento constituye en la actualidad uno de los ítems para valorar la asistencia al parto en nuestro Sistema Nacional de Salud, estando incluido además en el Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM)⁽¹⁸⁾ de la Región de Murcia. Por ello es importante saber cuál es la situación actual de los Planes de Parto y Nacimiento en nuestro entorno. Cuántas mujeres presentan un Plan de Parto y Nacimiento, y si hay diferencia en el desarrollo y la finalización del parto entre las mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento y las que no lo han hecho.

El objetivo del presente estudio es conocer, analizar y describir la situación actual de los Planes de Parto y Nacimiento en la Región de Murcia, así como comparar el desarrollo y la finalización del parto en las mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento con las que no lo han presentado.

Método

Se realizó un estudio de corte cuantitativo, transversal, observacional descriptivo comparativo, entre enero de 2011 y diciembre de 2012. Se tomó como muestra a la totalidad de las mujeres que dieron a luz en el periodo de estudio en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. El criterio de inclusión fue dar a luz en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia entre enero de 2011 y diciembre de 2012, y no tener ninguno de los criterios de exclusión.

Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta los siguientes:

- Mujeres que han tenido una cesárea programada.
- Mujeres con parto inferior a 37 semanas de gestación.
- Mujeres con feto cruz (feto muerto antes del parto).
- Partos múltiples (dos o más fetos).
- No estar correctamente cumplimentada la "Hoja de paritorio".
- El total de partos registrados entre enero de 2011 y diciembre de 2012 fue de 12.579, de los cuales un 73,96% (9.303 partos) fue incluidos en el estudio.

Para la recogida de datos se utilizó la "Hoja de paritorio" en el programa Selene (Programa informático usado en Hospitales del Sistema Nacional de Salud). Las variables a estudio fueron las siguientes:

- Año del parto: 2011 o 2012.
- Acompañamiento en el parto: Acompañamiento en el parto por una persona elegida por la mujer, a excepción de los profesionales sanitarios.
- Acompañamiento en la dilatación: Acompañamiento durante todo o parte del periodo de dilatación por una persona elegida por la mujer, a excepción de los profesionales sanitarios.
- Contacto piel con piel: Se realiza inmediatamente tras el nacimiento y es la colocación del recién nacido en decúbito prono en contacto directo con su madre, favorece la regulación de las funciones vitales de la criatura.

- Elección de postura en dilatación y parto: La mujer elige la postura en el periodo de dilatación y en el periodo de expulsivo.
- Enema: Aplicación de un enema evacuador durante el periodo activo de parto o antes de este, su uso está desaconsejado de forma rutinaria.
- Episiotomía: Procedimiento por el cual los profesionales sanitarios realizan un corte en la zona perineal en el momento de expulsión de la cabeza, está desaconsejado su uso sistemático, tan solo se aconseja realizarla de forma selectiva.
- Finalización del parto: Esta variable comprende partos instrumentalizados, partos eutócicos y cesárea intraparto.
- Ingestión de alimentos o líquidos: Referente a si la mujer ha ingerido alimentos o líquidos durante el periodo activo de parto.
- Inicio lactancia materna en paritorio: Se considera cuando el recién nacido inicia la lactancia materna en el postparto inmediato, las dos siguientes horas al parto.
- Monitorización: La monitorización fetal o RCTG es el control de la frecuencia cardiaca fetal.
- Oxitocina: Uso de oxitocina sintética durante el periodo de dilatación, expulsivo, o alumbramiento.
- Partos inducidos: Procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas en gestantes sin dinámica efectiva.
- Pinzamiento tardío del cordón: Se considera que ha habido un pinzamiento tardío cuando se pinza este tras el cese del latido del cordón o un minuto después del nacimiento.
- Plan de Parto y Nacimiento: La mujer ha presentado antes del parto o en el momento de periodo activo de parto un Plan de Parto y Nacimiento por escrito.
- Rasurado del periné: Rasurado del periné en el ámbito hospitalario.
- Tipo de anestesia: Esta variable comprende epidural, anestesia general, local y no anestesia.

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS.19. En primer lugar consistió en un análisis descriptivo de la muestra con unas tablas de frecuencias y porcentajes de todos los datos recogidos. Posteriormente, para determinar qué variables tienen relación con el uso del Plan de Parto y Nacimiento, se realizaron unas tablas de contingencia con la prueba χ^2 de Pearson, con un intervalo de confianza del 95%, y por último con el objetivo de determinar qué variables son las más influyentes se realizó una regresión logística.

Para el estudio se pidieron los pertinentes permisos al Comité de Ética e Investigación del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, y al Gerente del mismo.

Resultados

El total de partos analizados durante el bienio 2011-2012 fue 9.303, de los cuales un 2,6% (240) presentó un Plan de Parto y Nacimiento.

En 2011, el total de Planes de Parto y Nacimiento supuso un 2,8% (132) de los 4.618 partos registrados mientras que, en 2012, los Planes de Parto y Nacimiento presentados descendieron a un 2,3% (108) de los 4.685 partos (Tabla 1).

Tabla 1 - Plan de Parto y Nacimiento según Año. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España, 2011-2012

Plan de Parto y nacimiento	Año		Total
	2011	2012	
Si	132	108	240
No	4486	4577	9063
Total	4618	4685	9303

La distribución de la muestra según las semanas de gestación se refleja en la tabla 2. Como se observa en la tabla, es en la semana 40 donde se concentra mayor porcentaje de la muestra, 32,4% (34,1% y 28,78%).

Mediante el análisis de las tablas de contingencia, al comparar el proceso de parto y la finalización del mismo, entre las mujeres que presentaron un Plan de Parto y Nacimiento, se obtuvieron diferencias significativas en 7 variables ($p \leq 0,005$, frecuencia esperada ≥ 5 y ajuste residual ≥ 2). En el "contacto piel con piel", el porcentaje total fue de 27,4% mientras que, en los partos que se presentó un Plan de Parto y Nacimiento fue de 60,41%, en la "elección de postura en dilatación y parto" fue de 48,1% frente a un 62,5%, en el "uso de enema" un 6,8% y un 10,4%, la ingestión de alimentos o líquidos" un 33% y un 42%, los "partos eutócicos" un 73,8% y un 81,66%, el "pinzamiento tardío del cordón" un 63,1% y un 78,3%, y el "rasurado del periné" un 12% y un 16,6%, respectivamente (Tabla 2).

Tras un análisis de regresión logística, se determinó que las tres variables más influyentes fueron el "contacto piel con piel" (OR=4,26), "elección de postura en dilatación y parto" (OR=1,8) y el "rasurado del periné" (OR=1,6).

Tabla 2 - Distribución de la muestra según las semanas de gestación. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España, 2011-2012

Semanas de gestación	Plan de Parto		Total
	Si	No	
37	15	593	608
38	39	1394	1433
39	60	2609	2669
40	82	2936	3018
41	41	1483	1524
42	3	48	51
Total	240	9063	9303

Tabla 3 - Variables a estudio según presentan Plan de Parto y Nacimiento. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España, 2011-2012

Indicador	Estándar Ministerio de Sanidad y Consumo	% total parto	% total partos con plan de parto y nacimiento	P
Plan de parto		2,6	100	
Acompañamiento en Parto		73,9	76,3	0,403
Acompañamiento en dilatación		87,7	83,3	0,036
Contacto piel con piel	≥ 80	27,4	60,4	0,001*
Elección de postura		48,1	62,5	0,001*
Enema		6,8	10,4	0,027*
Episiotomía		51,3	46,2	0,112
Finalización del parto				0,018*
Eutócico		73,8	81,6	
Instrumentados	5	23,9	16,2	
Cesáreas intraparto		2,3	2	
Ingestión de alimentos o líquidos		33	42	0,002*
Inicio lactancia en paritorio		90	91,1	0,412
Monitorización continua		99	95	0,001
Oxitocina		86,5	83,7	0,199
Partos inducidos	10	28,7	20,8	0,1
Pinzamientos tardío del cordón		63,1	78,3	0,001*
Rasurado del periné		12	16,6	0,023*
Tipo de anestesia				0,295
Epidural	30-80	78,1	73,7	
General		0	0	
Local		12,7	16,6	
Sin anestesia		9,2	9,5	

* Significación estadística = $p \leq 0,005$, frecuencia esperada ≥ 5 y ajuste residual ≥ 2

Discusión

En Febrero de 2012, el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad publicó un modelo de Plan

de Parto y Nacimiento. Pese a ello el número total de Planes de Parto y Nacimiento disminuyó en un 0,5% en el año 2012 respecto al año 2011 en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia, España).

La EAPN (Estrategia de Atención al Parto Normal)⁽⁶⁾ en sus recomendaciones y el Ministerio de Sanidad, en los indicadores utilizados en la Evaluación de la Calidad del parto en 2011, establecen como estándar de calidad un porcentaje igual o superior al 80% en relación a la realización del "contacto piel con piel" tras el parto. En los datos obtenidos en nuestro estudio, se evidencia un aumento significativo del 33,01% (27,4 vs 60,4; $p < 0,001$) en las mujeres que presentaron un Plan de Parto y Nacimiento respecto a las que no lo presentaron. Aunque no se supera el 80% recomendado, es importante este aumento, ya que el contacto piel con piel contribuye a una mejor adaptación a los cambios fisiológicos en la madre y en el recién nacido⁽¹⁹⁾. Así mismo y como nos indica el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, se produce un aumento de los "beneficios en la maduración psicomotora y emocional de la crianza que contribuye positivamente a mantener una dinámica hormonal y de comunicación madre-recién nacido positiva para ambos, facilitando el agarre y el inicio de la lactancia materna exclusiva", influyendo en la dimensión satisfacción. Esta práctica está recomendada por diversos organismos. Unicef la incluye en el paso número 4 de la iHan⁽²⁰⁾, y NICE la recoge como una práctica recomendada en una de sus guías⁽²¹⁾.

Con respecto a la "elección de la postura en la dilatación y en el parto", la EAPN⁽⁶⁾ y el Ministerio de Sanidad sostienen que durante el periodo expulsivo del proceso de parto, la mujer debe adoptar la posición que elija y le resulte más cómoda, influyendo esta en la dimensión seguridad y satisfacción; además dicha práctica está avalada por una revisión Cochrane⁽²²⁾. En nuestro estudio se han obtenido resultados satisfactorios y significativos, aumentando un 14,4% (48,1 vs 62,5; $p < 0,001$) la elección de la postura en las mujeres que presentaron un Plan de Parto y Nacimiento.

La "ingestión de Líquidos" durante el parto es otra de las prácticas avaladas y recomendadas por la EAPN⁽⁶⁾ y el Ministerio de Sanidad, apreciándose un aumento significativo, en un 9% (33 vs 42; $p = 0,002$) en las mujeres que presentaron un Plan de Parto y Nacimiento.

En cuanto al "pinzamiento tardío del cordón", se ha visto aumentado el porcentaje en un 15,2% (63,1 vs 78,3; $p < 0,001$), pero siguen siendo insuficientes los partos en los que se realiza esta práctica, pues la OMS recomienda su uso en la totalidad de los partos, puesto

que entre otros beneficios aumenta las reservas de hierro del recién nacido en más del 50 % a los 6 meses de vida⁽²³⁾.

Un dato importante obtenido en nuestro estudio es que la tasa de "partos eutócicos" asciende del 73,8% al 81,66% ($p = 0,018$) en el grupo de mujeres que han presentado su Plan de Parto y Nacimiento, influyendo este hecho en las dimensiones seguridad y efectividad⁽⁶⁾. En cuanto a las "cesáreas intraparto", no se ha observado una disminución significativa, al igual que los datos obtenidos en estudios de nuestro entorno⁽²⁴⁾, si bien estudios realizados en otros países sí han encontrado diferencias significativas para esta variable⁽²⁵⁾.

En cuanto a datos inesperados obtenidos en nuestro estudio, se evidencia que la demanda de "enemas" por parte de las mujeres, así como el "rasurado del periné" ascienden sorprendentemente un 3,6% (6,8 vs 10,4; $p = 0,027$) y un 4,6% (12 vs 16,6; $p = 0,023$) respectivamente, entre el grupo de mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento. Estas dos prácticas están en desuso de forma rutinaria, pero no suponen perjuicio ni para la mujer ni para el feto. Tan solo influyen en la comodidad y pudor de la mujer, creemos que estos datos son debido a que las mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento son conocedoras de su capacidad de elección y prefieren usar estas prácticas por comodidad y para evitar situaciones incómodas, tales como defecar, en el parto.

Encontramos como limitaciones del estudio la falta de cumplimentación de formularios, los cuales quedaron eliminados para minimizar los posibles sesgos; así como la ausencia de algunos parámetros interesantes en la "Hoja de paritorio" que habría ampliado la visión del estudio, como son la asistencia a clases de preparación al parto, los tiempos de dilatación, y parámetro de bienestar fetal.

Conclusión

Se debe resaltar que el Plan de Parto y Nacimiento está relacionado positivamente con un aumento del "contacto piel con piel", del "pinzamiento tardío del cordón" y de la tasa de "partos eutócicos", prácticas que directa e indirectamente disminuyen el gastos sanitario y las hospitalizaciones tanto de la mujer como del recién nacido. Además, se ve reforzada la autonomía de las mujeres gracias a la "elección de postura en la dilatación y en el parto", a la "ingesta de alimentos o líquidos", e incluso con el uso de "enemas" y del "rasurado del periné".

Así mismo el Plan de Parto y Nacimiento 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.

Sería conveniente realizar más investigaciones para determinar la causa del bajo número de Planes de Parto y Nacimiento en nuestro entorno, así como crear políticas sanitarias para la difusión de estos documentos, y potenciar el uso de los Planes de Parto y Nacimiento entre las mujeres gestantes de nuestra comunidad, siendo la matrona de Atención Primaria la profesional idónea para acompañar a la mujer en la elaboración del mismo.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración que nos ha prestado Concepción Martínez Romero y la ayuda recibida en la obtención de los datos.

Referencias

1. Maroto Navarro G, García Calvente MdM, Mateo Rodríguez I. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl 2:13-23.
2. Arnau Sánchez J, Martínez Roche ME, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana.* 2012;7(2):225-47.
3. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. *Lancet.* 1985;2:436-7.
4. Federación de Asociación de Matronas de España. Iniciativa Parto Normal [Internet]. Documento de Consenso; 2007 [acceso 12 jan 2013]. Disponible em: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>.
5. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Ginebra; 1996.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo (ES). Estrategia de Atención al Parto Normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
7. Ministerio de Sanidad y Política Social (ES). Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
8. Hasenmiller R. Do Birth Plans influence Childbirth Satisfaction? [Student projects] Philadelphia: Philadelphia University; 2001.
9. Whitford H, Hillan E. Women's perceptions of birth plans. *Midwifery.* 1998;14(4):248-53.
10. Peart K. Birth planning--is it beneficial to pregnant women?. *Aust J Midwifery.* 2004;17(1):27-9.
11. Kaufman T. Evolution of the Birth Plan. *J Perinat Educ.* 2007;16(3):47-52.
12. Lundgren I, Berg M, Lindmark G. Is the childbirth experience improved by a birth plan?. *J Midwifery Womens Health.* 2003;48(5):322-8.
13. Perez P, Capitulo K. Birth plans: are they really necessary? Pro and con. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2005;30(5):288-9.
14. Lothian J. Birth plans: the good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006;35(2):295-303.
15. Simkin P. Birth Plans: After 25 Years, Women Still Want To Be Heard. *Birth.* 2007;34(1):49-51.
16. De Molina IF, Muñoz ES. El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él? *Matronas Profesión.* 2010;11(2):53-7.
17. Mercer RT. Nursing support of the process of becoming a mother. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006;35(5):649-51.
18. Servicio Murciano de Salud (ES). Programa Integral de Atención a la Mujer. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2012.
19. Olza-Fernández I, Marín Gabriel MA, Gil-Sánchez A, García-Segura LM, Arévalo MA. Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Front Neuroendocrinol.* 2014 Oct;35(4):459-72. doi: 10.1016/j.yfrne.2014.03.007.
- (20) Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia Iniciativa. [acceso 20 nov 2014]. Disponible em: <http://www.ihan.es/index1.asp>
21. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Postnatal care: Routine postnatal care of women and their babies. NICE clinical guideline 37. 2006. [acceso 23 nov 2014] Disponible em: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources/guidance-postnatal-care-pdf>
22. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* [Internet]. 2004 [acceso 23 nov 2014];(1) Art.

No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub2. Disponível em: <http://zenskekruhy.sk/wp-content/uploads/2012/11/CD002006.pdf>

23. Organización Mundial de la Salud (OMS). Pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en lactantes. 2013. [acesso 21 nov 2014]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120076/1/WHO_RHR_14.19_spa.pdf?ua=1

24. Hidalgo-Lopezosa P, Rodríguez-Borrego MA, Muñoz-Villanueva MC. Are birth plans associated with improved maternal or neonatal outcomes? *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2013 May-Jun;38(3):150-6.

25. Hadar E, Raban O, Gal B, Yogev Y, Melamed N. Obstetrical outcome in women with self-prepared birth plan. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012 Oct;25(10):2055-7.

