PARANINFO DIGITAL
MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013
Disponible en: http://www.index-f.com/para/n19/230d.php

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.
Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" **I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia**, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Plan de parto, demanda de prácticas basadas en la evidencia**

Autores Virginia *Rodríguez López*, Antonio Luis *Partida Márquez*, Gema *de la Peña Sosa Barba*
Centro/institución Sistema Andaluz de Salud
Ciudad/país Chiclana de la Frontera (Cádiz), España
Dirección e-mail iti_85@hotmail.com

RESUMEN

La realización de un plan de parto surge de la necesidad de devolver a la mujer el protagonismo de su parto y empoderamiento en el mismo, los cuales se perdieron cuando el parto empezó a realizarse en el medio hospitalario. Mediante una revisión bibliográfica, damos respuestas a varias preguntas, ¿qué es un plan de parto?, ¿quién y cuándo se realiza?, ¿qué se demanda en un plan de parto? Tras analizar la evidencia científica disponible, observamos que normalmente las demandas realizadas por las gestantes en un plan de parto no van más allá de los que dice la evidencia científica. Concluimos que la gestante que desee realizar un plan de parto debe estar informada de las diferentes opciones y de la evidencia científica disponible y que el personal sanitario debe satisfacer en la medida de lo posible los deseos y expectativas de la gestante.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Hasta hace algunas décadas los partos tenían lugar en los domicilios de las parturientas, con éstas como única protagonista del proceso. Allí se encontraban en su entorno y rodeadas de los suyos. Pero años después surge el proceso de medicalización de la salud, el cual termina afectando a los partos ya que poco a poco las embarazadas empezaron a acudir a los hospitales para dar a luz, de forma que aumenta de manera importante el intervencionismo durante el parto, llevando esto a hacer patológico algo que es fisiológico y sobretodo desapareciendo el apoyo familiar y el protagonismo de la parturienta[1].

Es por esto que el parto ha pasado de ser un acontecimiento social compartido por la comunidad, en el que las mujeres contaban con el apoyo y experiencia de otras mujeres familiares, profesionales o amigas, a estar en manos de profesionales de la salud. Con el paso del parto del hogar al centro sanitario llegó la pérdida del protagonismo y control de las mujeres durante el proceso, llevando a una mayor intervención sanitaria y a una invisibilidad de las mujeres[2].

Este cambio de partos del hogar al hospital también hizo que cambie el sentido del plan de parto. Los primeros planes de parto eran de transmisión verbal, no se transcribían en un documento y se realizaban en casa y con la familia. Las mujeres comunicaban como querían que fuera su parto, a quién había que llamar, quién querían que las acompañara... Pero esto cambió cuando los partos se empezaron a realizar en los hospitales, ya que ellas no eran las que tomaban las decisiones en torno al proceso; las mujeres daban a luz a sus hijos solas en entornos impersonales y medicalizados, y al nacer sus hijos, se les separaban[3]. Pasaron años hasta que aparecieron los primeros detractores de este tipo de asistencia, los cuales reivindicaban alternativas a este tipo de nacimiento, partos menos intervenidos y sobretodo empoderamiento de las mujeres, para que éstas sean capaces de vivir su proceso de parto como protagonistas del mismo[2]. A partir de ese momento los planes de parto se han ido modificando y adaptando a los diferentes países y culturas[3].

Objetivos

- Conocer qué es un plan de parto, cómo se realiza y quién lo realiza
- Conocer la evidencia disponible de las prácticas demandadas en un plan de parto

Material y métodos

Para el primer objetivo hemos realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Cuiden, Lilacs, Scielo, Cochrane) de artículos relacionados con el plan de parto y nacimiento y hemos utilizado diversos documentos de interés científico en los cuales se hace mención sobre el mismo tema. Palabras claves: plan de parto, nacimiento.

Para el segundo objetivo hemos utilizado el documento “Cuidados en el parto normal: una guía práctica” publicado por la OMS y hemos realizado una búsqueda bibliográfica

en Cochrane de las diferentes prácticas demandadas en un plan de parto, para conocer la evidencia científica de cada una de ellas.

Resultados

La OMS incluye dentro de las prácticas que son claramente útiles y que deberían ser promovidas (categoría A): Un plan personal que determine dónde y por quién será atendido el parto, realizado con la mujer durante el embarazo, dado a conocer a su pareja y si procede a su familia[4].

Un plan de parto es un documento escrito en el que la mujer y su pareja expresan sus deseos y preferencias en relación a su parto. Dicho documento se realiza preferentemente alrededor de la semana 28-32[3,5,6].

Para su elaboración la pareja debe estar bien informada y conocer las diferentes opciones que ofrece el hospital[2,3,5]. Atención primaria es el vínculo más directo que tienen las mujeres con los profesionales sanitarios, por lo que es en este ámbito donde debería darse a la pareja toda la información relativa al embarazo y el parto. Los profesionales que atienden a las mujeres durante la gestación, en especial la matrona en la consulta de embarazo y la educación maternal, deben orientar a la pareja construir expectativas realistas y flexibles[3,5].

Por ello es importante que se potencie la comunicación entre los diferentes ámbitos de atención, la atención primaria y la atención hospitalaria, para que el documento creado desde atención primaria sea realista respecto a la situación y el entorno hospitalario[3].

Una vez redactado, el documento se presenta en el hospital donde la gestante acudirá a parir[5,6], para que los profesionales que la asistan conozcan sus deseos y expectativas, ya que es misión de estos profesionales facilitar que las expectativas de la pareja se cumplan[2,3,7].

Ahora bien, si durante el proceso de parto el personal que asiste considera necesario algún desvío en dicho plan, éste informará a la pareja y la hará partícipe de la toma de decisiones. Es por ello importante que la pareja evite tener obsesión por un “parto perfecto”[5] ya que, aunque su plan de parto se vaya a seguir tal como está planteado, pueden producirse desviaciones del mismo si la evolución del parto lo requiere[5]. En tal caso, la pareja debe ser informada y se les dará a elegir entre las diferentes opciones[7].

Un plan de parto debe ser personalizado, ya que las demandas y deseos de una pareja no siempre coinciden con otras. Sin embargo, existen modelos de plan de parto, los cuales pueden ser usados tal cual o servir como guía para la elaboración de uno propio.

Las demandas en un plan de parto va en relación tanto a las intervenciones realizadas sobre el parto, como a los cuidados del recién nacido[5,6]. Éstas suelen ser: evitar el rasurado y la administración de enema, minimizar las intervenciones innecesarias, respeto a la intimidad, evitar la amniorrexis artificial y oxitocina para estimular las contracciones, libertad de movimiento, posibilidad de tomar bebidas ligeras, elección de la posición durante el expulsivo, restricción en el uso de la episiotomía, posibilidad de donación de sangre de cordón o pinzamiento tardío del mismo, contacto piel con piel del recién nacido/a con la madre tras el parto, inicio precoz de la lactancia materna,

elección de los cuidados del bebé, cohabitación de la madre y el/la recién nacido/a, fomento y apoyo a la lactancia materna[5,6].

Como ya hemos dicho antes, la pareja que decide realizar un plan de parto debe estar informada de las diferentes opciones, conocer la fisiología del parto e incluso las complicaciones que pueden surgir, para elaborar un documento en base al conocimiento y a las evidencias científicas disponibles. Y es el personal sanitario el que debe guiarlos en esta labor.

La Cochrane es una biblioteca que dispone de una colección de revisiones sistemáticas realizadas a partir de ensayos clínicos controlados, por lo que una revisión Cochrane nos ofrece la evidencia más actual disponible sobre temas relacionados con la salud.
Por otro lado, la OMS en "Cuidados en el parto normal: una guía práctica", clasifica las prácticas habituales en la asistencia al parto normal en cuatro categorías, dependiendo de su utilidad, su eficacia o su carácter perjudicial, basándose en la evidencia[4]. Estas categorías son:

- Categoría A: Prácticas que son claramente útiles y deberían ser promovidas.
- Categoría B: Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas.
- Categoría C: Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.
- Categoría D: Prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente.

Utilizando las revisiones Cochrane y dicha clasificación de la OMS, nos disponemos a analizar brevemente algunas de las prácticas más demandadas en un plan de parto, citando la categoría en la que la clasifica la OMS y la conclusión principal a la que ha llagado la revisión Cochrane correspondiente a cada una de ellas.

Estar acompañada por la persona elegida

Cochrane: El apoyo continuo durante el trabajo de parto debe ser la norma, en lugar de la excepción. Se debe permitir y alentar a todas las mujeres a tener personas de apoyo con ellos de manera continua durante el trabajo de parto[8]…

Categoría A: Respeto a la elección de los acompañantes de la mujer durante el parto[4].

Respeto a la intimidad

Categoría A: Respeto del derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto[4].

Evitar el enema y rasurado

Categoría B: Uso rutinario del enema[4].
Categoría B: Uso rutinario del rasurado púbico[4].

Permitir la ingesta de líquidos

Cochrane: Como las pruebas no muestran beneficios ni daños, no hay ninguna justificación para la restricción de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto para las mujeres con bajo riesgo de complicaciones[9]…

Categoría A: Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto[4].
Categoría D: Restricción de líquidos y alimentos durante el parto[4].

Monitorización

Cochrane: La cardiotocografía continua durante el trabajo de parto se asocia a una reducción de las crisis epilépticas neonatales, pero no hubo diferencias significativas en la parálisis cerebral, mortalidad infantil u otras medidas estándar del bienestar neonatal. Sin embargo, la cardiotocografía continua se asoció a un aumento de las cesáreas y los partos vaginales instrumentales[10].

Categoría A: Monitorización fetal con auscultación intermitente[4].
Categoría D: Monitorización fetal electrónica[4].

Libertad de movimiento

Cochrane: Existen pruebas de que caminar y mantener posiciones verticales durante el período dilatante reduce la duración del trabajo de parto y no parecen estar asociadas con mayor intervención o efectos negativos sobre el bienestar de la madre y el recién nacido. Se debe alentar a las pacientes a adoptar cualquier posición que les resulte cómoda durante el período dilatante del trabajo de parto[11].

Categoría A: Libertad de posición y movimiento durante todo el parto[4].

Evitar la estimulación con oxitocina

Cochrane: Con respecto a las pacientes con una evolución lenta durante el trabajo de parto espontáneo, el tratamiento con oxitocina versus ningún tratamiento u oxitocina diferida no produjo una diferencia notable en el número de cesáreas realizadas. Además no hubo efectos adversos perceptibles para la madre ni el recién nacido. La oxitocina se asoció con una reducción en el tiempo transcurrido hasta el parto de aproximadamente dos horas que podría ser relevante para ciertas pacientes. Sin embargo, si el objetivo primario de este tratamiento es reducir las tasas de cesárea los médicos y las parteras deberían buscar opciones alternativas[12].

Categoría D: Estimulación con oxitocina[4].

Evitar la amniorrexis artificial

Cochrane: De acuerdo con los resultados de esta revisión, no es posible recomendar la introducción de la amniotomía sistemática como parte del tratamiento y el cuidado durante el trabajo de parto[13].

Categoría C: Amniotomía precoz de rutina en la primera fase del parto[4].

Evitar el uso de vía venosa

Categoría B: Infusión intravenosa de rutina en el parto[4].
Categoría B: Inserción de una cánula intravenosa profiláctica de rutina[4].

Uso de alternativas a la epidural

Cochrane: La mayoría de los métodos de tratamiento del dolor no farmacológicos son no invasivos y parecen ser seguros para la madre y el recién nacido; sin embargo, no se conoce su eficacia debido a que hay pruebas de alta calidad limitadas. Hay más pruebas para apoyar la eficacia de los métodos farmacológicos, aunque estos presentan más efectos adversos. Por lo tanto, la analgesia epidural proporciona un alivio efectivo del dolor aunque aumenta el parto vaginal instrumentado[14]. La analgesia epidural parece ser eficaz para el alivio del dolor durante el trabajo de parto. Sin embargo, las mujeres que utilizan esta forma de alivio del dolor se encuentran en mayor riesgo de parto instrumental[15].

Categoría A: Métodos no invasivos, no farmacológicos de alivio del dolor durante la dilatación como el masaje y las técnicas de relajación[4].
Categoría D: Control del dolor con analgesia epidural[4].

Adoptar para el expulsivo la posición más cómoda para la gestante

Cochrane: No hay suficientes datos para establecer conclusiones definitivas sobre el efecto de la posición durante el período expulsivo del parto en pacientes con analgesia epidural. Hay que promover que las pacientes con anestesia epidural adopten la posición que les resulte más cómoda durante el período expulsivo del parto[16]. Los hallazgos aparentes de esta revisión sugieren numerosos beneficios potenciales para la posición vertical, con la posibilidad de que aumente el riesgo de pérdida sanguínea mayor de 500 ml. Se debería estimular a las mujeres a que tengan su parto en la posición más cómoda para ellas[17]...

Categoría B: Posición rutinaria de litotomía con o sin estribos durante el parto[4].

Permitir el contacto piel con piel

Cochrane: La intervención puede beneficiar los resultados de lactancia materna, el apego temprano entre la madre y el neonato, el llanto del recién nacido y la estabilidad cardiorrespiratoria, y no presenta efectos negativos aparentes a corto o a largo plazo[18].

Categoría A: Contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre lactancia[4].

Pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical

Cochrane: Parece estar justificado un enfoque más liberal para demorar el pinzamiento del cordón umbilical en los recién nacidos a término saludables, en particular, al considerar las pruebas crecientes de que el pinzamiento tardío del cordón umbilical aumenta las concentraciones tempranas de hemoglobina y las reservas de hierro en los recién nacidos. El pinzamiento tardío del cordón umbilical parece tener efectos beneficiosos siempre que esté disponible el tratamiento para la ictericia que requiere fototerapia[19].

Categoría C: Ligadura y sección precoz del cordón umbilical[4].

Favorecer la cohabitación de madre y recién nacido

Cochrane: Se encontraron pocas pruebas para apoyar o refutar la práctica de la atención por separado a la madre y el lactante versus alojamiento de madre y lactante juntos. Por lo tanto, no se observa ninguna razón para ponerla en práctica[20].

Uso restrictivo de la episiotomía

Cochrane: La opción de episiotomía restrictiva parece tener varios beneficios en comparación con la episiotomía habitual. Hay menos traumatismo perineal posterior, menos suturas y menos complicaciones, no existe diferencia para la mayoría de las medidas de dolor y el traumatismo vaginal o perineal grave, pero hubo un mayor riesgo de traumatismo perineal anterior con la episiotomía restrictiva[21].

Categoría D: Uso liberal o sistemático de la episiotomía[4].

Permitir el pujo espontáneo

Categoría B: Esfuerzos de pujo sostenidos y dirigidos (Maniobra de Valsalva) durante la segunda fase del parto[4].
Categoría D: Animar a la mujer a pujar cuando la dilatación del cérvix es casi completa o ya completa, antes de que la mujer sienta imperiosa necesidad por sí misma[4].

Con esto pretendemos hacer ver que las demandas que se suelen pedir en un plan de parto no suelen ir más allá de lo que la evidencia científica nos dice que se debe hacer. Lógicamente, y una vez más lo reiteramos, siempre y cuando se trate de un parto de bajo riesgo y éste evolucione de manera satisfactoria, en caso contrario, el personal sanitario asistente informará a la pareja de las circunstancias y de las diferentes opciones a seguir para que de forma conjunta se decida como proceder.

Conclusiones

El plan de parto surge por la necesidad de que la mujer recupere su protagonismo en el parto, el cual se ha ido perdiendo con el paso del tiempo debido a los cambios sociales y sanitarios en torno al parto.

El personal sanitario que asiste al parto debe hacer que las expectativas de la pareja se cumplan, ya que se trata de un acontecimiento crucial en la vida familiar.

La gestante que elabora un plan de parto debe estar bien informada de las opciones de las que dispone para elaborar un plan personal con prácticas basadas en la evidencia.

Bibliografía

1. Márquez AM. Revisión sobre el acompañamiento en el proceso de parto. Hygia Enferm. 2011; 77(XVIII): 31-35.
2. Participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones. En: Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007; 33-37.

3. Molina I, Muñoz Sellés E. El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él? Matronas Prof. 2010; 11(2): 53-7.
4. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS, 1996.
5. Plan de nacimiento. En: FAME. Iniciativa parto normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España. 2007; 17-21.
6. Plan de parto y nacimiento. En: Documento de Salud de la Embarazada de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla.2010; 36-37.
7. Cuidados durante el parto. Cuidados de profesionales y acompañantes. Mujer y profesionales que la atienden. En: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010; 43-44.
8. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
9. Singata M, Tranmer J, Gyte G. Restricción de líquidos por vía oral y de ingesta de alimentos durante el trabajo de parto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 11. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.
10. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML. Cardiotocografía continua (CTG) como forma de monitorización fetal electrónica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: la Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
11. Annemarie Lawrence, Lucy Lewis, G Justus Hofmeyr, Therese Dowswell, Cathy Styles. Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante del trabajo de parto (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD003934. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
12. Bugg G, Siddiqui F, Thornton J. Oxitocina versus ningún tratamiento o tratamiento tardío para la evolución lenta durante el período de dilatación del trabajo de parto espontáneo. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 7. Art. No.: CD007123. DOI: 10.1002/14651858.CD007123.
13. Rebecca MD Smyth, S Kate Alldred, Carolyn Markham. Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4 Art no. CD006167. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
14. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson J. Tratamiento del dolor para las mujeres en trabajo de parto: un resumen de revisiones sistemáticas. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.
15. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

16. Kemp E, Kingswood C, Kibuka M, Thornton J. Posición durante el período expulsivo para pacientes con anestesia epidural. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 1. Art. No.: CD008070. DOI: 10.1002/14651858.CD008070.
17. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
18. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
19. McDonald S, Middleton P, Dowswell T, Morris P. Efecto del momento de pinzamiento del cordón umbilical en recién nacidos a término sobre los resultados en la madre y el neonato. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 7. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.
20. Jaafar S, Lee K, Ho J. Atención por separado a la madre y al lactante versus alojamiento a madre y lactante juntos para el aumento de la duración de la lactancia materna. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 9. Art. No.: CD006641. DOI: 10.1002/14651858.CD006641.
21. Carroli G, Mignini L. Episiotomía para el parto vaginal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 11. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.