

Revisión Bibliográfica Planes de Parto y Nacimiento

Realizada por Francisco José Pérez Ramos, Coordinador del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía (PHAPA).

La anticipación de las mujeres y del grupo familiar a la situación del parto es un hecho culturalmente universal. Siempre se han preparado para el nacimiento de sus bebés (1). Hasta su traslado al entorno hospitalario, se hacían "planes" con la ayuda de la familia: ¿Quién va a estar conmigo?, ¿Cómo hacer frente al dolor en el parto? ¿Cuándo llamar a la comadrona? ¿Qué necesidades tiene el bebé? ¿Quién cuidará de mí después del parto? (2).

Los primeros planes de parto aparecen a finales de los setenta como respuesta a un aumento de la medicalización del proceso, provocando situaciones de tensión en los equipos de atención que se han convertido en un estigma que aún persiste en la actualidad. En general, es la paciente quien desea un proceso que puede no estar de acuerdo con las rutinas hospitalarias o la práctica obstétrica común (a veces no basada en la evidencia), lo que puede causar rechazo en el personal sanitario (3).

No obstante, el plan de nacimiento formal por escrito fue presentado por educadores para el parto en un esfuerzo por ayudar a las mujeres a evitar el aumento de las intervenciones. La realización del mismo es una forma concreta de alentar a las mujeres a pensar en lo que es importante para ellas, clarificando sus deseos y expectativas, lo que facilita la comunicación con su proveedor de cuidados y permite, en última instancia, tomar decisiones informadas (4).

Se pueden señalar a Simkin y Reinke (1980) como las primeras en describir el plan de parto como una manera de fomentar tanto la toma de decisiones informadas por parte de la mujer como la comunicación y cooperación entre profesionales y usuarias (5). En 1982, en las páginas de la revista Birth, Richards publica un comentario sobre las prácticas en atención a la maternidad que limitan las opciones de los padres, Desde su punto de vista estos planes ilustran la falta de confianza entre las mujeres y sus cuidadores (6).

Esta afirmación dio lugar a un interesante debate, con diferentes comentarios en la misma publicación y un artículo de Simkin que puede considerarse la primera descripción de un plan de parto aparecida en una de las revistas más prestigiosas del momento. En él afirma que el plan puede resultar un vehículo fundamental para la confianza y comunicación entre las mujeres y proveedores de cuidados (7).

Podemos definir un plan de parto y nacimiento como un documento escrito que la mujer embarazada realiza, con el asesoramiento del personal sanitario que sigue su embarazo, sobre sus deseos y expectativas en relación al desarrollo de estos acontecimientos. El mismo servirá de orientación al equipo de profesionales responsables de su atención.

Su objetivo, a pesar de su denominación, no es planificar el desarrollo del parto y el nacimiento, Más bien se trata de tener la oportunidad de expresar preferencias para aquellos aspectos en los que existen alternativas igual de eficaces y seguras. Es pues un acercamiento acerca de cómo se quiere trabajar el parto y no de cuáles han de ser los resultados (8).

En cualquier caso el sólo hecho de realizarlo, ayudará a la mujer embarazada y su pareja a comprender mejor todo lo que va a ocurrir y les permitirá participar de forma activa en todo el proceso (9).

Los proyectos de nacimiento reflejan en la actualidad diversas filosofías en las que se valora desde un parto natural y no intervenido a opciones más tecnológicas como la analgesia epidural, la inducción electiva e incluso la demanda materna de cesárea programada. (2, 10). La mayoría de las mujeres eligen la analgesia epidural para el trabajo de parto, pero no son conscientes de los riesgos que ello implica (11).

Aún en la actualidad, el plan de parto y nacimiento sigue originando, en algunos casos, conflictos relacionados con situaciones de paternalismo frente a la autonomía del paciente y a una relación terapéutica basada en la confianza, persistiendo una cierta dicotomía entre la medicina basada en evidencia y la práctica obstétrica basada en experiencia y preferencias (3).

Con algunas notables excepciones, la acogida que han tenido los planes por los profesionales ha sido cualquier cosa menos entusiasta en los últimos años, aunque la tendencia parece estar cambiando lentamente. Mientras su popularidad crecía, muchos hospitales y grupos de proveedores lo contrarrestaban con la elaboración de su propia lista, con versiones de planes de parto y nacimiento en las que se incluyen sólo las opciones disponibles en su institución. Con ello los padres pueden creer que están participando al tener la posibilidad de solicitar opciones relacionadas en muchos casos con rutinas arraigadas. Estos planes crean una ilusión de elección, pero resulta impersonal y sin sentido. Tampoco ofrecen ninguna oportunidad para que se introduzca información personal ni permite revelar ningún tipo de temores, problemas o preocupaciones. Si por el contrario se utilizan planes basados en páginas WEB, a menudo no son tomados muy en serio (12).

Sin embargo, tal y como señalan Bailey y cols., Los planes pueden ayudar a los proveedores de cuidados obstétricos a entender el entorno psicosocial de sus pacientes, lo que llegado el momento puede suponer la diferencia entre el entendimiento y el conflicto (3).

Con todo, no se puede dejar de constatar la importante labor social que han tenido los planes de parto en el impulso de los cambios producidos en el modelo asistencial, superando una fase de excesiva medicalización e instrumentalización del parto para reencontrar nuevos espacios y situaciones más acordes con su fisiología.

En el contexto actual, los planes de parto pueden ser contemplados desde una doble perspectiva:

- Unilateral: Reivindicativa, de empoderamiento, con perspectiva de género, alternativa, es realizada por la usuaria (y su pareja) a partir de una construcción ideológica y cultural, que puede estar basada tanto en la evidencia científica como en otras prácticas no reconocidas dentro de la ortodoxia. El planteamiento es asimétrico y se basa en la desconfianza de ver satisfechas las expectativas por parte de los proveedores.
- Bilateral: Herramienta de información, comunicación, preparación, toma de decisiones, que es usada tanto por la usuaria como por el/la profesional que atiende su embarazo y lo hará en el parto (matrona, fundamentalmente). El planteamiento se orienta a la simetría entre las expectativas de la mujer y la atención de los proveedores. El beneficio se considera mutuo.

Recomendaciones

No hay ensayos aleatorios controlados que analicen proyectos de nacimiento y la literatura existente en sus conclusiones muestra variaciones en sus alcances incluso dentro del mismo estudio.

En la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo (13) se indica que algunos estudios informaron acerca de la percepción de las embarazadas que participaron activamente junto al profesional en la elaboración de su plan de parto como estrategia para la participación activa de las mismas en la toma de decisiones informadas. Los resultados fueron disímiles, no permitiendo sacar conclusiones sobre su efectividad en términos de satisfacción de las usuarias.

No obstante, si nos referimos al mismo como una herramienta útil (entre otras) para mejorar la información sobre el proceso y la preparación para el parto y nacimiento, sí podemos encontrar evidencia sobre los efectos positivos de favorecer la comunicación entre el personal sanitario y las mujeres.

La OMS establece la necesidad de realizarlo durante el periodo antenatal, identificándose claramente donde y por quién va a ser atendida durante el parto. El mismo debe prepararse conjuntamente con la gestante y ser conocido por su pareja. Así mismo, el plan debe estar disponible una vez que la mujer se pone de parto (14).

La guía NICE “Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman” señala que en la preparación al parto se debe de dar información, con la oportunidad de expresar dudas y hacer preguntas, incluyendo el plan de nacimiento (15).

La guía NICE “Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth” recoge así mismo que para establecer la comunicación con la mujer durante el parto los profesionales sanitarios deben, entre otras cuestiones, leer y discutir con ella el plan de parto en el caso de que lo haya realizado (16).

La Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Salud y Consumo establece, entre las recomendaciones relacionadas con la participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones, que se deben respetar las decisiones que tome la mujer acerca de las actuaciones de su parto (por ejemplo, del plan de parto y nacimiento elaborado durante el embarazo) dentro del marco de seguridad y calidad en su atención (13).

Revisión de la literatura científica

Las perspectivas del plan de nacimiento en la literatura revisada muestran que puede mejorar la comunicación con el personal y hacer a las mujeres más conscientes de las opciones disponibles para la experiencia de su parto (3).

Llama la atención que la mayor parte de la escasa investigación sobre los planes de parto y nacimiento ha sido realizada fuera de los EEUU (2).

Aunque algunos estudios han encontrado elementos de utilidad para las mujeres en los planes (17, 18), la mayoría sugieren que no hay diferencias entre las que han elaborado un plan de parto y las que no en relación al miedo, el dolor o la experiencia general (17) y sensación de control (17, 18).

La relación entre la forma de finalización del parto y la realización de un plan tampoco parece disponer de asociaciones demostradas. Así, por ejemplo, mientras que Brown y Lumely (17) encuentran un mayor número de partos vaginales en el grupo que

realizó plan de parto en una pequeña muestra de 42 mujeres, Jones y cols. (19) reportaron un 40% de partos vaginales espontáneos en el grupo que realizó el plan frente al 60% del grupo control.

En cuanto a la satisfacción con la atención manifestada por las mujeres tras el parto en relación con la realización de un plan de parto, el estudio realizado por Lundgren y cols. (20) encuentra que las mujeres que habían utilizado dicho plan para compartir sus deseos con las matronas, estaban menos satisfechas con la escucha, el apoyo y orientación de las mismas que las que no lo hicieron. Aunque la satisfacción en ambos grupos fue elevada, la demanda de un plan pudo haber creado una barrera entre la matrona y la mujer.

Yam y cols. (21) describieron un estudio exploratorio sobre la introducción de planes de nacimiento para las mujeres de bajos ingresos en México. Aunque la muestra era pequeña y no concluyente, los autores hicieron un esfuerzo notable para descubrir si podrían mejorar la calidad de la atención y aumentar la comunicación, mediante la prestación de asistencia para preparar el plan de nacimiento, incluyendo planes de formación para los profesionales que trabajaban con las mujeres. En sus conclusiones, consideran los planes de nacimiento muy aceptables para las mujeres que los realizaron. Las participantes apreciaron el valor de discutir sus deseos sobre el parto y el cuidado de su salud con los profesionales, aún cuando sus experiencias reales no fueran las indicadas en el plan de parto.

En el estudio realizado por Moore y cols. (22) el 95% de las mujeres afirmaron que animarían a otras mujeres a realizar el plan de parto. El mismo aumentó su comprensión acerca del trabajo de parto y las opciones posibles. Así mismo les permitió expresar sus necesidades y preferencias, el aumento de confianza y la mejora de comunicación con el personal.

Así mismo, Whitford y Hillan (18) informan que la mayor parte de mujeres que completaron un plan de nacimiento lo encontraron útil y declararon que escribirían otro plan de nacimiento en un futuro embarazo aunque muchas no pensaban que la atención había sido la que habían escrito.

El hecho de tener mayores expectativas parece aumentar la probabilidad de un resultado positivo en relación a la experiencia del parto, en tanto que mujeres con bajas expectativas tienden a estar menos satisfechas con su experiencia (23). Así mismo, las mujeres han informado que escribir un plan de parto brinda la oportunidad de discutir sus sentimientos y pensamientos así como aclarar sus necesidades y deseos (17).

Bramadat y Driedger (24), sin embargo, observaron que la satisfacción sola no supone una experiencia positiva sino la evaluación positiva de aquella experiencia. "Un nacimiento puede desviarse del plan de nacimiento, pero el paciente puede estar satisfecho por la experiencia del mismo".

Hodnett (25) explica esta paradoja en su revisión sistemática de la literatura en cuanto a la satisfacción por las experiencias de parto. Encontró que cuatro factores en última instancia influyen en la satisfacción: Expectativas personales, cantidad de apoyo del personal sanitario, calidad de relación cuidador - paciente y participación en la toma de decisiones. Hodnett concluye que "las influencias de dolor, su alivio e intervenciones intraparto médicas sobre la satisfacción subsecuente no son, ni tan obvios, ni tan directos, ni tan poderosos como las influencias de las actitudes y comportamientos de personal sanitario".

Para Too (26), por el contrario las expectativas creadas por los proyectos de nacimiento pueden basarse en opciones sin significado y crear una atmósfera de desconfianza entre el paciente y el médico o pueden tener el efecto de causar sentimientos de fracaso si el nacimiento no va tal y como fue previsto.

Sobre el establecimiento de la confianza, Entwistle (27) escribe que, "ha sido considerada durante mucho tiempo como un aspecto importante de las relaciones terapéuticas" y que "la confianza y la decisión informada parecen tener una importancia intrínseca".

Cuando el plan de nacimiento estableció la relación proveedor – paciente, Klein (28) creyó que aquel reflejaba los miedos de las pacientes y que los proveedores de cuidados obstétricos deberían centrarse más en la confianza que en una relación de artículos específicos en una lista. Así afirma que los planes de nacimiento más útiles animan a la flexibilidad más que a la rigidez.

Por su parte, Entwistle (27) se pregunta "si los pacientes que confían en sus doctores están más inclinados a participar en los procesos compartidos de toma de decisiones". En obstetricia los planes de nacimiento serían una intervención lógica para obtener este final (3).

Philepsen y Haynes (29) hacen una declaración que favorece el plan de nacimiento y realizan la comparación con los testamentos vitales. Afirman que, " la creación de un plan de nacimiento es un acto de ciudadanía responsable que promueve las libertades civiles que garantiza la Constitución estadounidense. Aprueban el plan de nacimiento porque éste, como el testamento vital, son directivas de avance que promueven el cuidado individualizado y mejoran los resultados para individuos y sus familias. Son instrumentos para valorar el estado de preparación, evitación de rutinas institucionales, favorecimiento de la comunicación con el personal sanitario y otorgamiento de consentimiento".

Whitney et cols. (30) están de acuerdo en la declaración: "La mejora de la opción del paciente es un tema central de ética médica y ley. El consentimiento informado es el proceso legal para promover la autonomía paciente; la toma de decisiones compartida es una cuestión extensamente promovida y ética".

Epstein y cols. (31) abogan por el empleo de cinco tareas de comunicación (desarrollado a partir de estudios relacionados y opiniones de expertos), negociando opciones de cuidado y decisiones con el paciente. Estas cinco tareas ayudarán a los proveedores a analizar sus tendencias hasta llegar a acuerdos en base a la evidencia:

1. Entendimiento de la experiencia del paciente y expectativas.
2. Construcciones sociales.
3. Proporcionar pruebas, incluyendo incertidumbres.
4. Recomendaciones actuales.
5. Comprobar la comprensión y el acuerdo repasando el plan de nacimiento que usa estas tareas como una guía.

Para Bailey y cols. (3) hay que revisar los planes de acuerdo a tres cuestiones:

1. Si la ley estatal confiere por mandato un tratamiento, el proveedor de cuidado o los representantes del hospital no pueden negociar la retención de este tratamiento.
2. Política de hospital / rutina de hospital. El entendimiento de la diferencia es importante para la realización de planes de parto y nacimiento.
3. Medicina en base a evidencia contra prácticas de rutina del proveedor

Tal y como afirman Bailey y cols., la preparación para el parto y el nacimiento deja de lado muchos componentes esenciales de la asistencia recomendada durante el periodo prenatal. El desarrollo de prácticas basadas en la evidencia debe incorporarse a las prácticas educativas y llenar los huecos existentes.

Promoviendo la participación informada de las pacientes sobre su embarazo y expectativas sobre el parto y los cuidados en el nacimiento se aumentará la satisfacción y mejorarán los resultados (32).

Referencias

- (1) Kitzinger S. Rediscovering birth. New York: Pocket Books; 2000.
- (2) Lothian J. Birth Plans: The good, the bad, and the future. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2006; 35 (2): 295-303.
- (3) Bailey JM, Crane P, Nugent CE. Childbirth education and birth plans. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2008; 35: 497-509.
- (4) Kitzinger S. Sheila Kitzinger's letter from England: birth plans. *Birth*. 1992; 19(1):36-7.
- (5) Simkin PP, Reinke C. Planning your baby's birth. Minneapolis: International Childbirth Education Association; 1980.
- (6) Richards MPM. The trouble with 'choice' in childbirth. *Birth*. 1982; 9: 253-60.
- (7) Simkin, PP. The birth plan: Vehicle for trust and communication. *Birth*. 1983; 10:184-5.
- (8) Wagner M, Gunning S. Creating your birth plan: The definitive guide to safe and empowering birth. New York: Perigee Books; 2006
- (9) Kaufman T. Evolution of the birth plan. *Journal of Perinatal Education*. 2007; 16(3): 47-52.
- (10) American College of Obstetricians and Gynecologists. Surgery and patient choice: The ethics of decision making. Washington, DC: Autor; 2003.
- (11) Declercq E, Sakala C, Corry M, Applebaum S, Risher P. Listening to mothers II: Report of the First National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. New York: Maternity Center Association; 2006 [acceso 28 de febrero de 2009]. Disponible en: <http://www.maternitywise.org>
- (12) Simkin PP. Birth Plans: After 25 years, women still want to be heard. *Birth*. 2007; 34(1): 49-51.
- (13) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- (14) Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra; 1996.
- (15) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman. London: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008.
- (16) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth. London: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008.
- (17) Brown S, Lumley J. Communication and decision-making in labour: do birth plans make a difference? *Health Expect* 1998; 1(2):106-16.
- (18) Whitford HM, Hillan EM. Women's perceptions of birth plans. *Midwifery*. 1998; 14 (4): 248-53.
- (19) Jones M, Barik S, Mangune H, Jones P, Gregory S, Spring J . Do birth plans adversely affect the outcome of labour? *British Journal of Midwifery*. 1998; 6: 38 - 41.
- (20) Lundgren I, Berg M, Lindmarck G. Is the childbirth experience improved by a birth plan? *J Midwifery Womens Health*. 2003; 48 (5): 322-8.
- (21) Yam E, Grossman AA, Goldman LA, García, SG. Introducing Birth Plans in Mexico: An Exploratory Study in a Hospital Serving Low-Income Mexicans. *Birth*. 2007; 34 (1): 42-8.
- (22) Moore M, Hopper U, Dip G. Do Birth Plans empower women? Evaluation of a Hospital Birth Plan. *Birth*. 2007; 22 (1): 26-36.
- (23) Green J, Coupland V, Kitzinger J. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: A prospective study of 825 women . *Birth*. 1990; 17: 15 -24.

- (24) Bramadat I, Driedger M. Satisfaction with childbirth: theories and methods of measurement. *Birth* 1993; 20(1):22–9.
- (25) Hodnett E. Pain and women’s satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5): 160-72.
- (26) Too S. Do birthplans empower women? A study of midwives views. *Nurs Stand* 1996; 10(32): 44–8.
- (27) Entwistle V. Trust and shared decision-making: an emerging research agenda. *Health Expect* 2004; 7(4):271–3.
- (28) Klein M. Contracting for trust in family practice obstetrics. *Can Fam Physician* 1983; 29: 2225–7.
- (29) Philepsen N, Haynes D. The similarities between birth plans and living wills. *J Perinat Educ* 2005; 14(4):46–8.
- (30) Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann Intern Med* 2004; 140(1):54–9.
- (31) Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA* . 2004; 291(19):2359–66.
- (32) American College of Obstetrician and Gynecologists. Maternal decision making, ethics, and the law. ACOG Committee opinion nº 321. *Obstet Gynecol* 2005; 106:1127–37.

Otras referencias no utilizadas en el texto

- (33) Romano Am, Lothian JA. Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *JOGNN*. 2008; 37: 94-105.
- (34) Carlton T, Callister IC, Christiaens G, Walker D. Nurses' Perceptions of Caring for Childbearing Women in Nurse-Managed Birthing Units. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing*, 2009; 34 (1) 50-6
- (35) Moore M, Hopper H, Dip G. Do Birth Plans Empower Women? Evaluation of a Hospital Birth Plan. *Birth*. 1995; 22(1): 29-36
- (36) Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour *BMC Medicine*. 2008; 6: 7
- (37) Ekeocha CE, Jackson P. The "birth plan" experience. *Br J Obstet Gynaecol*. 1985; 92(1):97-101
- (38) Lothian JA. The birth plan revisited. *J Perinat Educ*. 2000; 9(2): 8-9
- (40) Lothian Ja. Back to the future: Trusting birth. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2001; 15(3): 13-22
- (41) Berg M, Lundgren I, Lindmarck G. Childbirth experience in women at high risk: Is it improved by use a birth plan? *J Perinat Educ*.. 2003; 12 (2): 1-15.
- (42) Smoleniec JS, James DK. Does having a birth plan affect operative delivery rate? *Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1992; 12(6): 394-7
- (43) Su-Chen Kuo, Kuan-Chia Lin, Chi-Ho Hsu, Cherng-Chia Yang, Min-Yu Chang, Chien-Ming Tsao, Lie-Chu Lin. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. Available online 29 December 2009.
- (44) Owens, KH. Confronting Rhetorical Disability A Critical Analysis of Women's Birth Plans. *Current Contents Connect (CCC)*. *WRITTEN COMMUNICATION 26 (3): 247-272 JUL 2009*
- (45) Grant R, Sueda A, Kaneshiro B. Expert opinion vs. patient perception of obstetrical outcomes in laboring women with birth plans. *Journal of Reproductive Medicine* 2010; 55: 31-5.
- (46) Magoma M, Campbell J, Cousens O, Filippi S. High ANC coverage and low skilled attendance in a rural Tanzanian district: a case for implementing a birth plan intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010, 10:13.
- (47) Martin CJH. Birth planning for midwives and mothers. *British Journal of Midwifery* 2008, 16(9): 583-7.
- (48) Deering SH, Zaret J, McGaha K, Satin AJ. Patients presenting with birth plans: a case-control study of delivery outcomes. *Journal of Reproductive Medicine* 2007; 52 (10): 884-7
- (49) Wier J. Informed consent and the birth plan. *Practising Midwife* 2008; 11 (7): 17-8
- (50) Webb S, Parsons M, Toozs-Hobson P. The role of specialised birth plans for women with previous third or fourth obstetric anal sphincter injuries (OASIS). *MIDIRS Midwifery Digest* 2007 Sep 17 (3): 353-4
- (51) Shaw R. The ethics of the birth plan in childbirth management practices. *Shaw Feminist Theory*. 2002; 3: 131-149.
- (52) Carlton T, Callister LC, Stoneman E. Decision making in laboring women: Ethical issues for perinatal nurses. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2005; 19 (2): 145-154.
- (53) Philipsen NC, Haynes DR. The similarities between birth plans and living wills. *J Perinat Educ*. 2005; 14(4): 46-48.
- (54) Smoleniec JS, James DK. Does having a birth plan affect operative delivery rate? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1992; 12 (6): 394-97.