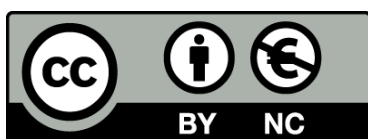




UNIVERSITAT_{DE}
BARCELONA

Efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento en mujeres gestantes (APLANT)

Encarnación López Gimeno



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0. Spain License.**

Tesis doctoral

**Efectividad de una
intervención de
asesoramiento en
el plan de
nacimiento en
mujeres gestantes
(APLANT)**

Encarnación López Gimeno



**UNIVERSITAT DE
BARCELONA**



UNIVERSITAT^{DE}
BARCELONA

Efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento en mujeres gestantes (APLANT)

Memoria presentada para optar al grado de doctor por la
Universidad de Barcelona

Programa de doctorado en Enfermería y Salud

Doctoranda

Encarnación López Gimeno

Directoras

Dra. Gloria Seguranyes Guillot

Dra. Gemma Falguera Puig

Tutora

Dra. M.^a Teresa Icart Isern

Barcelona, 24 de abril de 2022

Preámbulo

A lo largo de mi trayectoria profesional he tenido la oportunidad de presenciar y participar en cambios en la atención de los cuidados que se ofrece a las mujeres en aspectos relacionados con su embarazo, parto y posparto.

En mi opinión la publicación del documento de la “Estrategia de Atención al Parto Normal” en el Sistema Nacional de Salud, junto con la aparición del documento de Consenso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España “Iniciativa al Parto Normal,” fueron el punto de inflexión para las profesionales y sentaron las bases de la atención al parto, que sigue en proceso de transformación. Desde entonces la sensibilización por parte de las profesionales sobre la atención que se ofrece a las mujeres ha sido creciente y temas como favorecer la participación de estas en las decisiones sobre aspectos de salud están en auge.

La incorporación del documento del plan de nacimiento, como elemento para favorecer la participación de las mujeres en su parto, fue otro punto de inflexión.

En mis inicios profesionales en sala de partos, era inusual que una mujer lo presentara y ahora durante el control prenatal tengo el reto de informar a la mujer sobre la existencia del plan de nacimiento, motivarla y asesorarla para su cumplimentación.

Todo este proceso me ha planteado durante todos estos años inquietudes relacionadas con el plan de nacimiento y su asesoramiento lo que ha motivado la realización de este trabajo de investigación.

Agradecimientos

Realmente, embarcarme en este proyecto ha contribuido a mi desarrollo académico y profesional, pero sin duda ha contribuido en mi crecimiento personal. Durante el transcurso de todos estos años, ha habido momentos de ilusión y alegría, pero también de preocupaciones y desánimo, que sin el apoyo de mis directorias de tesis, familia y compañeras quizás este trabajo no hubiese visto la luz.

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a mis directoras de tesis, Dra. Gloria Seguranyes y Dra. Gemma Falguera. Han formado un gran equipo, y han hecho que me haya sentido apoyada en todo momento.

A Gloria Seguranyes, por su incansable apoyo e implicación durante el desarrollo de este trabajo, su carácter docente, su optimismo en los momentos difíciles, ayudándome a que tuviera confianza en mí misma y despertar mí el interés por la investigación. A lo largo de estos años, la relación de profesor alumno se ha convertido en amistad.

A Gemma Falguera, por su comprensión, apoyo incondicional, por su carácter práctico y facilitador y por tenerme siempre en cuenta en proyectos profesionales tan interesantes en el ámbito de la gestión, la Associació Catalana de Llevadores y en el grupo de investigación GRASSIR.

También, quiero agradecer a mi compañera de estudios de doctorado Elena González, también dirigida por Gloria, por las risas de todos estos años y por estar siempre ahí.

A mi hija Maria Sifang y a Oriol, por su comprensión, paciencia y humor, ya que este proyecto ha conquistado gran parte de nuestra vida familiar durante estos años.

A mis padres, por su esfuerzo, por ofrecerme unos estudios y en especialmente a mi madre por inculcarnos el sentido del trabajo bien hecho. A mi hermana Paqui, por hacérmelo siempre fácil a nivel familiar.

A Cristina Martínez, Eva Vela, Roser Gol, Dolors Guix y Nuria Sitjà por permitir la puesta en marcha de este proyecto, y a mis compañeras Inés García, Mercedes Vicente, Laura Montero, Meritxell Angelet, Ainhoa Borràs, Lucia Burgos y Griselda Vázquez por su ayuda. A mis compañeras de profesión de Mollet del Vallés, a las que guardo un cariñoso recuerdo

ya que fue el primer ASSIR donde trabajé, Granollers, Santa Coloma de Gramanet, Badalona y Barcelona que sin su colaboración esto no hubiera sido posible.

E indudablemente a las mujeres que participaron de forma desinteresada en el estudio y que sin duda son la inspiración de nuestra profesión.

Financiación de la investigación

El trabajo de investigación de esta tesis ha contado con la contribución económica de una beca de ayuda a proyectos de investigación enfermera de la Fundació Infermeria i Societat del Col·legi Oficial d' Infermeres i Infermers de Barcelona PR-224/17 cuya investigadora principal era Encarnación López Gimeno.

También ha recibido una ayuda de intensificación laboral de 100 horas de la Beca XB de Barcelona, Módulos de investigación, 10ª Edición del Institut Català de la Salut.

Resumen

Antecedentes. El plan de nacimiento es un documento escrito en el que la mujer gestante expresa a los profesionales de la salud sus preferencias sobre el parto y tiene como objetivo facilitar la toma de decisiones de la mujer embarazada. El asesoramiento de las matronas a las mujeres durante el desarrollo de este es fundamental. Se desconoce el grado de la actividad educativa sobre el plan de nacimiento que reciben las mujeres por parte de las matronas, la entrega del plan de nacimiento que realizan las mujeres en el hospital y si un asesoramiento basado en la toma de decisiones compartida (TDC) del plan de nacimiento es efectivo.

Objetivos. Determinar la prevalencia de la actividad educativa sobre el plan de nacimiento que realizan las matronas, en el control prenatal de las mujeres e identificar la prevalencia de la entrega del plan de nacimiento que realizan las mujeres en el hospital y sus factores relacionados. Evaluar la efectividad de una actividad de asesoramiento, basado en la TDC, en la entrega del plan de nacimiento, información suficiente recibida, la satisfacción con la experiencia del parto y las preferencias sobre el parto y recién nacido.

Metodología. Se diseñaron dos estudios multicéntricos observacionales descriptivos de asociación cruzada en 5 unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) y un ensayo clínico multicéntrico por clústeres y paralelo en 4 ASSIR del Institut de Català de la Salut (ICS) de Cataluña durante los años 2016 al 2019.

En el ensayo clínico, 247 las mujeres del grupo experimental (GE) recibieron por parte de las matronas un asesoramiento del plan de nacimiento basado en la toma de decisiones compartida junto con un díptico con las recomendaciones basadas en la evidencia sobre el parto y recién nacido. Las 214 mujeres del grupo control (GC) recibieron el asesoramiento habitual de las matronas. La satisfacción con la experiencia del parto fue evaluada con la Escala Mackey de Satisfacción (MCSRS). El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS 24.0 y se consideró para todas las variables un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo, se determinó la razón de probabilidades y los intervalos de confianza IC 95%.

Resultados. La prevalencia de la actividad educativa que realizan las matronas a las mujeres gestantes durante el control prenatal fue del 86,9% (2.551 historias clínicas) y la media de las semanas de gestación en la que se realizó fue de 24,7 (DE=11,2; IC95% 24,3 a 25,2). Tener un menor número de partos (aOR=0,90; IC 95%: 0,81 a 0,98; $p=0,021$) y realizar el

control prenatal en un centro determinado (aOR: 3,75; IC 95% 2,50 a 5,65; $p < 0,001$) se relacionó con recibir la actividad educativa. En cambio, presentar un nivel de riesgo obstétrico “muy alto” se relacionó con no recibirla (aOR=0,57; IC 95%:0,38 a 0,86; $p=0,007$). De las 422 mujeres que rellenaron el plan de nacimiento el 51,2% (216) lo entregaron en el hospital y el motivo principal de no entrega fue porque las matronas no lo solicitaron 61,2% (126). Las mujeres que entregaron el plan de nacimiento utilizaron en mayor porcentaje métodos de alivio no farmacológicos 50,5% respecto al 38,8% que no lo entregaron; $p=0,012$ e iniciaron la lactancia materna en sala de partos en mayor porcentaje 82,4% respecto al 73,3%; $p=0,024$.

En el ensayo clínico 416 mujeres parieron en el hospital de referencia, 223 (GE) y 193 (GC). La entrega del plan de nacimiento en el hospital fue inferior en el GE (57,8%) respecto al 75,1% del (GC); $p < 0,001$ y pertenecer al GE se relacionó con una mayor probabilidad de no entregarlo (aOR=0,45; IC 95%: 0,29 a 0,70); $p < 0,001$. La valoración de haber recibido información suficiente fue similar en los dos grupos: 95,1% (GE) y 94,8% (GC). La satisfacción con la experiencia con el parto se evaluó en 285 mujeres, 156 (GE) y 129 (GC) siendo la puntuación media de 150,2 en el (GE) y 153,5 en el (GC); $p=0,224$. En total 415 mujeres cumplimentaron los dos planes de nacimiento (pre y post intervención) y el porcentaje de cambios de las preferencias fue superior en el GE del 22,1% respecto al 14,6% del GC; $p < 0,001$.

Conclusiones. Más de tres cuartas partes de las mujeres recibieron la actividad educativa sobre el plan de nacimiento y los factores relacionados para recibirla fueron tener un menor número de partos y recibir el control prenatal en un centro determinado, en cambio tener un riesgo obstétrico “muy alto” se relacionó con no recibir dicha actividad.

La mitad de las mujeres entregaron el plan de nacimiento en el hospital y el principal motivo de no entregarlo fue porque las matronas no lo solicitaron. Las mujeres que entregaron el plan de nacimiento utilizaron con más frecuencia los métodos no farmacológicos para el alivio del dolor e iniciaron la lactancia materna en sala de partos.

La intervención de asesoramiento basado en la toma de decisiones compartida no mejoró la entrega del plan de nacimiento en el hospital en contraste, sí fue efectiva en el cambio de las preferencias. Casi todas las mujeres recibieron información suficiente y la satisfacción con la experiencia del parto fue muy elevada en ambos grupos.

Abstract

Background. The birth plan is a written document in which the pregnant woman expresses her preferences about childbirth to health professionals and it has as objective to facilitate the decision-making of the pregnant woman. The advice of midwives to pregnant women during the development of this birth plan is essential. It is unknown the degree of educational activity that women receive from midwives about the birth plan, the presentation of the birth plans those women carried out to the hospital, and whether counselling based on shared decision making of the birth plan is effective.

Objectives. To determine the prevalence of educational activity on the birth plan carried out by midwives, in the women prenatal control and to identify the prevalence of the presentation of the birth plan carried out by women in the hospital and its related factors. To evaluate the effectiveness of a counselling activity based on the shared decision making with the presentation of the birth plan to the hospital, sufficient information received, the satisfaction with the childbirth experience and preferences about childbirth and the newborn.

Methodology. Two observational descriptive cross-association multicenter studies were designed in 5 Sexual and Reproductive Healthcare Services (ASSIR) units and a multicenter clinical trial by clusters and parallel in 4 ASSIR of the Catalan Health Institute (Institut Català de la Salut) of Catalonia during the years 2016 to 2019.

In the clinical trial, 247 women in the experimental group (EG) received counselling from their midwives about the birth plan based on the shared decision making together with a leaflet with the evidence-based recommendations on childbirth and the newborn. The 214 women in the control group (CG) received the usual counselling from midwives. Satisfaction with the birth experience was assessed with the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS). Data analysis was performed with the SPSS 24.0 program and a value of $p < 0.05$ was considered statistically significant for all the variables. The odds ratio and the 95% confidence intervals (CI) were determined.

Results. The prevalence of the educational activity carried out by midwives to pregnant women during prenatal care was 86.9% (2,551 medical records) and the mean number of weeks of gestation in which it was carried out was 24.7 (SD= 11.2, 95% CI: 24.3 to 25.2). Having a lower number of births (aOR=0.90; 95% CI: 0.81 to 0.98; $p=0.021$) and performing

prenatal care in a given center (aOR: 3.75%; 95 CI % 2.50 to 5.65; $p < 0.001$) was related to receiving the educational activity. In contrast, presenting a "very high" level of obstetric risk was related to not receiving the educational activity (aOR=0.57: 95% CI: 0.38 to 0.86; $p = 0.007$).

Of the 422 women who filled out the birth plan, 51.2% (216) presented it to the hospital and the main reason for non-presentation was because the health professionals did not request it 61.2% (126). The women who presented the birth plan used a higher percentage of non-pharmacological pain relief methods 50.5% compared to 38.8% who did not present it; $p = 0.012$ and started breastfeeding in the delivery room in a higher percentage 82.4% compared to 73.3%; $p = 0.024$.

In the clinical trial, 416 women gave birth in the reference hospital, 223 (EG) and 193 (CG). The presentation of the birth plan to the hospital was lower in the EG (57.8%) compared to 75.1% (CG); $p < 0.001$ and belonging to the EG was related to a greater probability of not delivering it (aOR=0.45; 95% CI: 0.29 to 0.70); $p < 0.001$. The assessment of having received sufficient information was 95.1% (EG) compared to 94.8% (CG) and similar in both groups. The satisfaction with the experience of childbirth was evaluated in 285 women, 156 (EG) and 129 (CG), with a mean of 150.2 in (EG) and 153.5 in (CG), $p = 0.224$. A total of 415 women completed two birth plans (pre- post intervention) and the percentage of changes in preferences was higher in the EG (22.1%) compared to 14.6% in the CG; $p < 0.001$.

Conclusions. More than three quarters of the women received the birth plan education activity, and the related factors were having fewer births and receiving prenatal care at a particular center, while having a "very high" obstetric risk was related to not receiving the activity.

Half of the women presented the birth plan to the hospital and the main reason for non-delivering it, was because the midwife did not request it. Women who presented the birth plan used non-pharmacological pain relief methods more frequently and started breastfeeding in the delivery room.

The counseling intervention based on shared decision making did not improve presentation the birth plan to the hospital, in contrast was effective in the change of the preferences. Almost all women received sufficient information and satisfaction with the birth experience was very high in both groups.

Abreviaturas

AE	Actividad educativa
ASSIR	Unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva
CatSalut	Servei Català de la Salut
CEIC	Comité de Ética de Investigación Clínica
Ecap	Estación clínica de atención primaria
FAME	Federación de Asociaciones de Matronas de España
GPC	Guía de Práctica Clínica
IC	Intervalo de confianza
HATD	Herramientas de ayuda para la toma de decisiones
ICS	Institut Català de la Salut
ICM	International Confederation of Midwives
IDESCAT	Instituto de Estadística de Catalunya
IDIAP	Instituto Universitario de Investigación de Atención Primaria
IHAN	Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPADS	International Patients Decision Aids
IPN	Iniciativa al Parto Normal
GC	Grupo control
GE	Grupo experimental
LM	Lactancia materna
Máx	Máximo
MCSRS	Mackey Satisfaction with Childbirth Rating Scale
Mín	Mínimo
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Odds ratio
p	Valor de p
PN	Plan de nacimiento
SG	Semanas de gestación
SNS	Sistema Nacional de Salud
TDC	Toma de decisiones compartida
TENS	Terapia electroestimulación neurosensorial

Índice

Preámbulo	1
Agradecimientos	3
Financiación de la investigación	5
Resumen	7
Abstract	9
Abreviaturas	11
1. INTRODUCCIÓN	20
1.1. Aproximación al concepto del cuidado centrado en la mujer respecto a la toma de decisiones informadas	22
1.2. Las elecciones informadas	25
1.3. Las fuentes de información en la toma de decisiones informadas	26
1.4. Las preferencias de las mujeres sobre los aspectos relacionados con el parto	27
1.5. La satisfacción de la mujer con la experiencia del parto	29
1.5.1. Medición de la satisfacción de la mujer con la atención recibida y con la experiencia del parto en España y Cataluña	31
1.6. Los modelos de relación asistencial y la toma de decisiones compartida	32
1.7. Estrategias para facilitar la toma de decisiones compartida en la práctica clínica	35
1.8. Intervenciones para favorecer la toma de decisiones compartidas en la salud sexual y reproductiva	37
1.9. La atención del embarazo, parto y posparto en España y en Cataluña	39
1.9.1. Competencias de la matrona en la Atención a la Salud Sexual y Reproductiva	43
1.10. El plan de nacimiento	44
1.10.1. El plan de nacimiento desde el punto de vista de las mujeres y los profesionales	46
1.10.2. Prevalencia de entrega del plan de nacimiento en el hospital, perfil de las mujeres y resultados obstétricos	47
1.10.3. El plan de nacimiento y las preferencias sobre aspectos relacionados con el parto	48
1.10.4. El plan de nacimiento y la satisfacción con la experiencia del parto	49
1.10.5. Abordaje del asesoramiento del plan de nacimiento	49
2. JUSTIFICACIÓN	52
Justificación	54
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	56
3.1. OBJETIVOS DE LA FASE I.I	58
3.1.1. Objetivo general	58
3.1.2. Objetivos específicos	58
3.2. OBJETIVOS DE LA FASE I.II	58
3.2.1. Objetivo general	58
3.2.2. Objetivos específicos	58
3.3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DE LA FASE II	59
3.3.1. Hipótesis	59
3.3.2. Objetivos generales	59
3.3.3. Objetivos específicos	59
4. METODOLOGÍA	62
4.1. Desarrollo del estudio	64
4.2. METODOLOGÍA DE LA FASE I.I	65

4.2.1. Diseño.....	65
4.2.2. Ámbito de estudio.....	65
4.2.3. Sujetos del estudio.....	67
4.2.4. Tamaño de la población.....	67
4.2.5. Variables de estudio.....	67
4.2.6. Fuente de datos y procedimiento de recogida de datos.....	68
4.2.7. Análisis de los datos.....	68
4.2.8. Aspectos éticos.....	69
4.3. METODOLOGÍA DE LA FASE I.II.....	70
4.3.1. Diseño.....	70
4.3.2. Ámbito de estudio.....	70
4.3.3. Sujetos del estudio.....	70
4.3.4. Tamaño de la muestra.....	71
4.3.5. Técnica de muestreo.....	71
4.3.6. Variables de estudio.....	71
4.3.7. Instrumento y procedimiento de recogida de datos.....	72
4.3.8. Análisis de los datos.....	73
4.3.9. Aspectos éticos.....	74
4.4. METODOLOGÍA DE LA FASE II.....	75
4.4.1. Diseño.....	75
4.4.2. Ámbito de estudio.....	75
4.4.3. Sujetos del estudio.....	76
4.4.4. Tamaño de la muestra.....	77
4.4.5. Asignación de los centros y las participantes a los grupos de estudio.....	77
4.4.6. Características de la intervención.....	78
4.4.7. Variables de estudio.....	84
4.4.8. Instrumentos de recogida de recogida de datos.....	86
4.4.9. Procedimiento de recogida de datos.....	87
4.4.10. Análisis de los datos.....	88
4.4.11. Aspectos éticos.....	89
5. RESULTADOS.....	92
5.1. RESULTADOS DE LA FASE I.I.....	94
5.1.1. Descripción de la población de estudio. Fase I.I.....	94
5.1.2. Prevalencia de la actividad educativa del plan de nacimiento que realizaron las matronas a las mujeres gestantes.....	95
5.1.3. Semanas de gestación en que las matronas realizaron la actividad educativa sobre el plan de nacimiento.....	96
5.1.4. Actividad educativa del plan de nacimiento en el periodo indicado: ≥ 24 semanas de gestación.....	99
5.1.5. Características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres gestantes según ASSIR. Fase I.I.....	100
5.1.6. Relación entre el perfil sociodemográfico y obstétrico de las mujeres gestantes según reciben o no la actividad educativa sobre el plan de nacimiento.....	101
5.1.7. Factores relacionados con la realización de la actividad educativa, por las matronas, del plan de nacimiento.....	102
5.2. RESULTADOS DE LA FASE I.II.....	105
5.2.1. Descripción de la muestra del estudio. Fase I.II.....	105
5.2.2. Características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres participantes: Fase I.II ..	106

5.2.3. Entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y motivos de no entrega de las mujeres, según hospitales	107
5.2.4. Características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres y entrega del plan de nacimiento en el hospital	110
5.2.5. Resultados obstétricos de las mujeres según hospitales de referencia	111
5.2.6. Entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y resultados obstétricos.....	113
5.2.7. Métodos de alivio del dolor utilizados por las mujeres durante el parto según hospitales de referencia	113
5.2.8. Entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y métodos de alivio del dolor utilizados por las mujeres durante el parto.....	116
5.2.9. Factores relacionados con la entrega del plan de nacimiento en el hospital.....	119
5.3. RESULTADOS DE LA FASE II.....	120
Reclutamiento de los sujetos y seguimiento	120
Características basales de las mujeres reclutadas y análisis de homogeneidad entre los grupos de estudio.....	125
Análisis por grupos de estudio	127
5.3.1. Efectividad de la intervención de asesoramiento sobre el plan de nacimiento.....	127
5.3.1.1. Intervención de asesoramiento y entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia.....	127
Características sociodemográficas según grupos de estudio. Fase II	127
Asistencia a clases de educación maternal según grupos de estudio	128
Utilización de Internet para consultar los aspectos relacionados sobre el embarazo y el plan de nacimiento según grupos de estudio.....	129
5.3.1.1.1. Intervención de asesoramiento y entrega del plan de nacimiento en el	129
hospital de referencia y motivos de no entrega según grupos estudio	129
5.3.1.1.2. Factores relacionados con la entrega del plan de nacimiento según el asesoramiento recibido.....	130
5.3.1.2. Intervención de asesoramiento y haber recibido información suficiente sobre el parto durante la gestación según grupos de estudio	131
5.3.1.3. Intervención de asesoramiento y grado de utilidad de la elaboración del plan de nacimiento en la toma de decisiones sobre los aspectos relacionados del parto según grupos de estudio.....	132
5.3.1.4. Intervención de asesoramiento e intención de uso del plan de nacimiento en siguiente embarazo según grupos de estudio	132
5.3.1.5. Intervención de asesoramiento y satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto según grupos de estudio.....	133
5.3.1.6. Intervención de asesoramiento y resultados obstétricos de las mujeres según grupo de estudio.....	134
5.3.1.7. Intervención de asesoramiento y métodos de alivio del dolor utilizados durante el parto por las mujeres según grupos de estudio	136
5.3.1.8 Intervención de asesoramiento y preferencias sobre los aspectos relacionados con el parto según grupos de estudio.....	138
5.3.1.8.1. Comparación de las preferencias comunes expresadas en los planes de nacimiento pre y post asesoramiento: comparación intragrupo	138
5.3.1.8.2. Comparación entre grupos de las preferencias comunes del plan de nacimiento después de la intervención de asesoramiento	141
5.3.1.8.3. Número de cambios producidos en las preferencias comunes del PN después de asesoramiento según grupos de estudio.....	143

5.3.2. Relación entre las características sociodemográficas y clínicas y la entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia	147
5.3.3. Relación entre las características sociodemográficas y clínicas y la información suficiente recibida sobre el parto durante la gestación	149
5.3.4. Relación entre las características sociodemográficas y clínicas con la satisfacción de la experiencia del parto	150
5.3.5. Relación entre la entrega del plan de nacimiento y los resultados obstétricos, los métodos de alivio del dolor utilizados durante el parto y la satisfacción con la experiencia del parto	151
5.3.6. Resultados de la regresión logística multinomial de la entrega del plan de nacimiento en el hospital y los grupos de estudio	153
Análisis por centros de estudio	154
Características basales de las mujeres reclutadas según centros de estudio. Fase II	154
5.3.7. Efectividad de la intervención de asesoramiento sobre el plan de nacimiento	156
Características sociodemográficas y clínicas de las mujeres con parto en el hospital de referencia según centros de estudio. Fase II	156
Características obstétricas de las mujeres con parto en el hospital de referencia según centros de estudio.....	158
Asistencia a clases de educación maternal según centros de estudio	159
Utilización de Internet para consultar los aspectos relacionados sobre el embarazo y el plan de nacimiento según centros de estudio	159
5.3.7.1. Intervención de asesoramiento y entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y motivos de no entrega según hospitales.....	160
5.3.7.2. Intervención de asesoramiento y haber recibido información suficiente sobre el parto durante la gestación según centros de estudio.....	161
5.3.7.3. Intervención de asesoramiento y el grado de utilidad de la elaboración del plan de nacimiento en la toma de decisiones sobre aspectos relacionados del parto según centros de estudio.....	161
5.3.7.4. Intervención de asesoramiento e intención de uso del plan de nacimiento en siguiente embarazo según centros de estudio	162
5.3.7.5. Intervención de asesoramiento y satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto según centros de estudio	163
5.3.7.6. Intervención de asesoramiento y resultados obstétricos según centros de estudio	164
5.3.7.7. Intervención de asesoramiento y métodos de alivio del dolor utilizados durante el parto por las mujeres según centros de estudio.....	166
5.3.7.8. Intervención de asesoramiento y preferencias sobre los aspectos relacionados con el parto según centros de estudio.....	168
5.3.7.8.1. Preferencias expresadas en el plan de nacimiento pre y post asesoramiento habitual. ASSIR 1.....	168
5.3.7.8.2. Preferencias expresadas en el plan de nacimiento pre y post asesoramiento habitual. ASSIR 4.....	171
5.3.7.8.3. Preferencias expresadas en el plan de nacimiento pre y post asesoramiento basado en la toma de decisiones compartida. ASSIR 2.....	175
5.3.7.8.4. Preferencias expresadas en el plan de nacimiento pre y post asesoramiento basado en la toma de decisiones compartida. ASSIR 5.....	179
6. DISCUSIÓN	182
6.1. SOBRE LA METODOLOGÍA DE ESTUDIO	184
6.2. DISCUSIÓN DE LA FASE I.I	186
6.2.1. Prevalencia de la actividad educativa sobre el PN y momento en que se efectúa.....	186

6.2.2. Factores relacionados con la realización de la actividad educativa, por las matronas, del plan de nacimiento	188
6.3. DISCUSIÓN DE LA FASE I. II	188
6.3.1. Entrega del plan de nacimiento en el hospital y motivos de no entrega. Fase I. II	189
6.3.2. Relación entre las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres y entrega del plan de nacimiento en el hospital. Fase I. II	190
6.3.3. Resultados obstétricos y métodos de alivio del dolor de las mujeres según los hospitales de referencia. Fase I. II	190
6.3.4. Entrega del plan de nacimiento en el hospital y resultados obstétricos y métodos de alivio del dolor. Fase I. II	192
6.3.5. Factores relacionados con la entrega del plan de nacimiento en el hospital. Fase I. II	194
6.4. DISCUSIÓN DE LA FASE II	194
6.4.1. Sobre la efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento basado en la TDC. Fase II	195
6.4.2. Sobre la efectividad de la intervención con la entrega del plan del plan de nacimiento en el hospital y con la satisfacción con la experiencia del parto	196
6.4.3. Sobre la efectividad de la intervención con los resultados obstétricos y los métodos de alivio del dolor	197
6.4.4. Sobre la efectividad de la intervención con las preferencias expresadas en el plan de nacimiento	197
6.4.5. Sobre la efectividad de la intervención con la información recibida, el grado de utilidad del plan de nacimiento en la toma de decisiones y la intención de uso del plan de nacimiento en siguiente gestación	199
6.4.6. Factores relacionados. Entrega del plan de nacimiento y resultados obstétricos y la satisfacción con la experiencia del parto. Fase II	200
7. FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO	202
Fortalezas y limitaciones del estudio.....	204
8. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA E INVESTIGACIÓN	208
8.1. Implicaciones para la práctica clínica	210
8.2. Implicaciones para la investigación	211
9. CONCLUSIONES	214
10. BIBLIOGRAFÍA	220
11. DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	248
12. APÉNDICE.....	254
13. ANEXOS.....	260
13.1. Informe favorable del Comité de Ética de Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol	261
13.2. Anexos Fase I.II	262
13.2.1. Hoja informativa para las mujeres. Fase I. II	262
13.2.2. Consentimiento informado para las mujeres. Fase I. II	264
13.2.3. Hoja de recogida de datos. Fase I. II	265
13.3. Anexos. Fase II	267
13.3.1. Díptico sobre las recomendaciones de los cuidados concernientes al parto y recién nacido que constan en los planes de nacimiento.....	267
13.3.2. Cuestionario para la evaluación de la validez de la información del díptico informativo sobre el plan de nacimiento.....	269
13.3.3. Dossier de soporte a las matronas para realizar la intervención de asesoramiento basado en la TDC a las mujeres	271
13.3.4. Hoja de recogida de datos prenatales y del parto. Fase II.....	311

13.3.5. Planes de nacimiento según centros	313
13.3.6. Hoja de recogida de datos sobre el plan de nacimiento. Fase II	323
13.3.7. Escala de satisfacción con la experiencia del parto. Escala Mackey. (validada al castellano por Mas-Pons, R).....	324
13.3.8. Hoja informativa para las mujeres. Fase II	326
13.3.9. Consentimiento informado para las mujeres. Fase II	329

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Aproximación al concepto del cuidado centrado en la mujer respecto a la toma de decisiones informadas

Los servicios sanitarios contemporáneos hacen referencia a conceptos clave de atención personalizada y holística de la persona, los cuales se basan en el reconocimiento de que esta tendrá una experiencia única de la salud o enfermedad y que definirá sus propias necesidades personales de atención sanitaria (1).

El “cuidado centrado en la persona” ayuda a estas a desarrollar el conocimiento, las habilidades y la confianza que necesitan para administrar y tomar decisiones informadas sobre su propia salud y la atención sanitaria que desean recibir. Los profesionales deben trabajar de forma coordinada y adaptada a las necesidades de la persona desde una perspectiva de asociación y colaboración (1,2) y lo que es más importante, garantiza que estas siempre sean tratadas con dignidad, compasión y respeto (2).

Dentro del contexto de la salud sexual y reproductiva el concepto de “cuidado centrado en la persona” hace referencia al de “*Woman centred Care*” (1), a partir de ahora denominado “Cuidado centrado en la mujer”. Dicho concepto nace en la década de los años 90 en Inglaterra, cuando las mujeres reivindicaron sus derechos en salud sexual y reproductiva.

Del mismo modo, la insatisfacción con los servicios sanitarios debida a la alta medicalización y fragmentación de los cuidados en la atención al parto tomaron peso en la creación de esta idea, sumada a los valores de los movimientos feministas de la segunda ola (3).

Todos estos fenómenos, entre otros, conceptualizaron y reformularon los servicios sanitarios en Inglaterra y posteriormente en otros países. El gobierno inglés, como respuesta a los hallazgos del “Informe *Winterton*” (4) propuso un cambio radical en la prestación de servicios de la maternidad plasmados en el “Informe *Changing Childbirth*” (5), en el cual, los servicios a la maternidad deberían estar “centrado en la mujer” y deberían basarse en los principios de la continuidad de los cuidados y del proveedor de cuidados, la elección del tipo de cuidado y el lugar del parto, y el derecho al control del propio cuerpo en el embarazo y el parto (5,6).

Así como no hay una definición exacta del “cuidado centrado en la persona” (2) tampoco hay una definición consensuada sobre el “cuidado centrado en la mujer” (7,8). Debido a su

carácter multidimensional y que abarca numerosas esferas, este concepto ha sido y es en la actualidad objeto de reflexión y estudio en diferentes trabajos, ya que es utilizado para hacer referencia a una filosofía, a un modelo de cuidados o a un conjunto de actividades (9,10).

Entre los atributos que más frecuentemente emergen de la literatura provenientes de las opiniones de las mujeres y de los profesionales sobre el “cuidado centrado en la mujer” se encuentran los siguientes (8,9,11):

- La continuidad de cuidados y la atención individualizada.
- El cuidado holístico.
- La colaboración mutua y el reparto de responsabilidades entre la mujer y la matrona, basada en una relación de colaboración y cooperación interdependientes.
- El intercambio de la información completa e imparcial, que facilite la participación en la toma de decisiones y las elecciones informadas, y que permita la autonomía de la mujer.
- La comunicación y escucha activa de las opiniones de las mujeres, mediante una relación sin prejuicios basada en el respeto, y una comunicación honesta y abierta.
- Las actividades de los cuidados de matrona acomodativas a través del reconocimiento de la sensibilidad cultural y el apoyo a las opciones, maximizando los recursos humanos y materiales, con el personal adecuado y competente para brindar la atención de la partería y ofreciendo privacidad y la presencia de un acompañante durante el parto.

Los “modelos centrados en la mujer” están alineados con la filosofía y el modelo de cuidado de matrona definidos por la Confederación Internacional de Matronas (*International Confederation of Midwives-ICM*) (12). Están basados en los principios éticos de justicia, equidad y respecto de la dignidad humana, y la atención de la matrona se lleva a cabo en asociación con las mujeres, reconociendo el derecho a la libre determinación de estas. El cuidado es respetuoso, personalizado, continuo y no autoritario. Además, estas brindan a las mujeres la información y el asesoramiento adecuados de manera que promueva la participación y mejora de la toma de decisiones informada en las mujeres (12).

Además de estos atributos de carácter de relación interpersonal entre la mujer-profesional existen otros de índole contextual que configuran el marco de atención “Cuidado centrado

en la mujer”. En la figura 1 se muestra el marco de “cuidado centrado en la mujer” adaptado a partir de otros modelos de cuidados centrados en la mujer y del paciente con los principales elementos que lo conforman en cada uno de los niveles de asistencia (13-15).

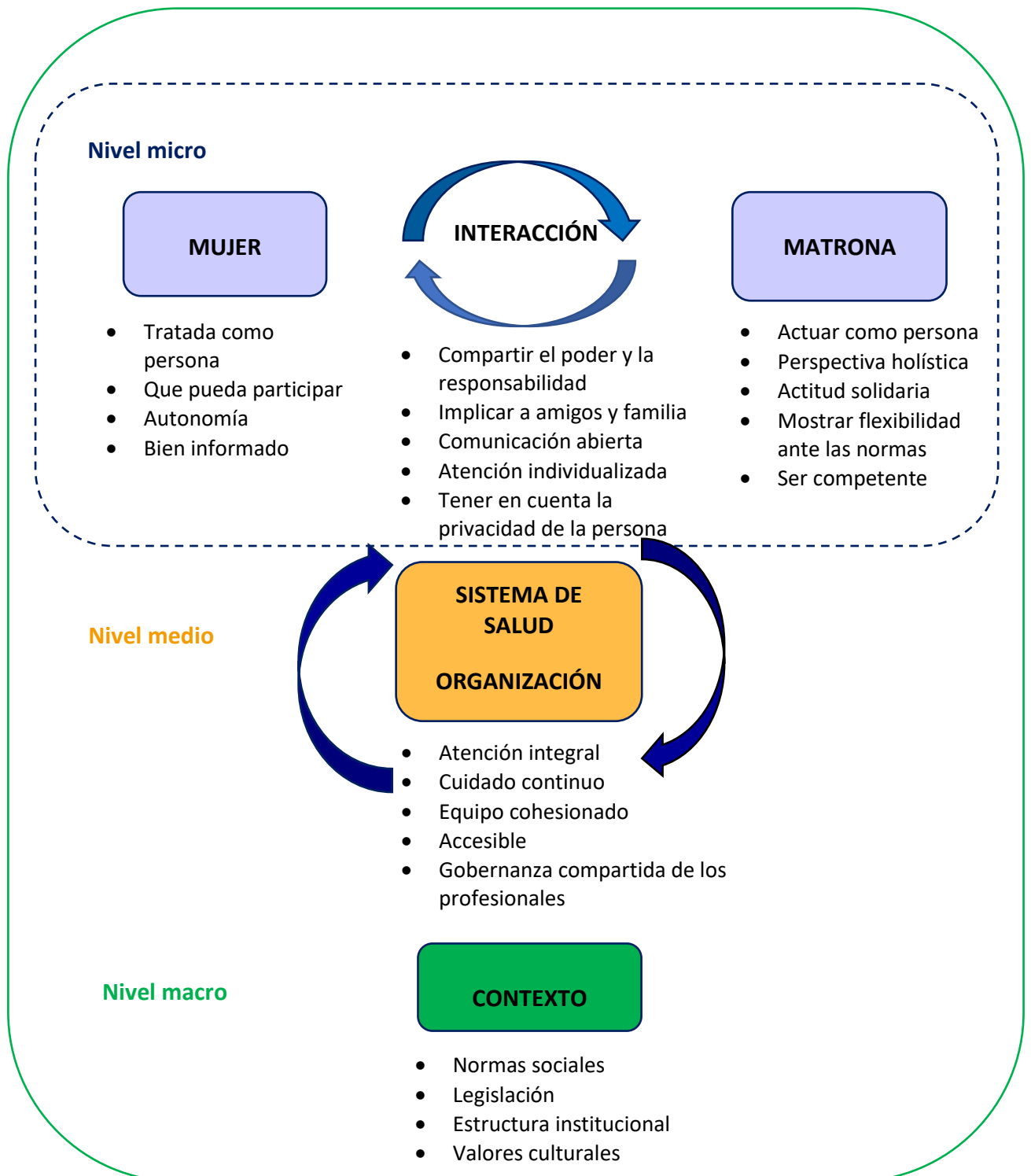


Figura 1. Marco de atención “Cuidado centrado en la mujer”. Adaptado de otros modelos de cuidados centrados en la mujer y en el paciente

En la actualidad, cada vez más, dicho concepto se incorpora en documentos que definen las políticas y estrategias sanitarias y los estándares de calidad asistencial en los países anglosajones (16,17). También se ha utilizado como marco de referencia de los modelos de cuidados de matrona (18,19) y en sus planes formativos (20) debido a su potente enfoque para estas profesionales en su práctica asistencial (18,19).

1.2. Las elecciones informadas

La elección o la decisión informada se refiere a la elección razonada que realiza la persona, basada en información relevante sobre las ventajas y desventajas de las opciones de cuidados y tratamiento actuales y todas las posibles acciones a seguir (incluida la no adopción de medidas) de acuerdo con sus creencias. No solo hace referencia a aquellas situaciones, en la cual, hay una falta de claridad o existen inconsistencias sobre aspectos que deben ser resueltos, sino que puede darse en situaciones en la que no hay un problema, pero implica elegir entre un número de opciones o alternativas (21).

El proceso de la toma de decisiones informadas es dinámico y multifactorial. Además del proceso cognitivo, este está influenciado por las fuentes de información, la cultura, las creencias, el grado de participación que la persona desea tener, la relevancia del tipo de decisión a tomar, de sus expectativas y de las experiencias previas (21-23). Además, un aspecto de gran relevancia identificado en el estudio de O'Brien y col, (24) e inherente en la mujer gestante es la temporalidad y el contexto en la que estas decisiones se desarrollarán ya que estarán determinadas por la evolución del embarazo y por el sentido de responsabilidad que las mujeres tienen hacia su bebé. Así mismo, Biurrun (25) en su estudio identificó que la toma de decisiones de la mujer durante la atención al parto viene dada por su capacidad de decisión durante este proceso en determinados aspectos y que dicha capacidad se desarrolla a lo largo de un proceso, iniciándose en el tercer trimestre de embarazo y concluyendo en el parto.

Las decisiones informadas tienen implicaciones relacionales entre la mujer y los profesionales. Para las mujeres la toma de decisiones informadas implica la búsqueda de información, considerar las opiniones de los profesionales, evaluar las alternativas y tomar una decisión (23). Así mismo hacen una distinción entre “estar informada” y “elección informada”. La primera la refieren con la información o los conocimientos adquiridos

mientras que la “elección informada” va más allá de la mera provisión de información. Significa también la comprensión de esta y para ello, las mujeres opinan que necesitan el apoyo de un profesional (24).

1.3. Las fuentes de información en la toma de decisiones informadas

La información es un aspecto relevante en la toma de decisiones informadas para las mujeres (23,24) y la obtienen de diversas fuentes.

Fenwick y col (26) y Camacho-Morell y Esparcia (27) clasifican las fuentes en tres categorías:

- Las profesionales de salud que ofrecen información mediante clases de preparación al nacimiento, en la consulta individual, a través de folletos y páginas web de instituciones sanitarias.
- Las fuentes públicas que hacen referencia a los libros, folletos, televisión e Internet.
- Las fuentes privadas que hacen referencia a la pareja, familiares y amigos.

Aunque existe divergencia sobre que fuentes de información son las más utilizadas por las mujeres (28-30), los estudios muestran que estas consideran que los profesionales de la salud son los que ofrecen información más útil y de calidad (27,28,31) y que las matronas tienen un papel importante al respecto (28,31). En cambio, las mujeres consideran que los profesionales ofrecen menos información de la que esperan (32,33) respecto a las fuentes públicas y personales (27).

En consonancia a lo anteriormente comentado, en Cataluña, la encuesta de satisfacción de asegurados del Servei Català de la Salut (CatSalut) realizada en el 2016 y en el año 2019 sobre la percepción, experiencia y satisfacción de las mujeres en la atención al embarazo, el parto y el puerperio, denominada PLAENSA, (34) constató que las preguntas referentes a la información fueron las que recibieron menos valoraciones positivas por parte de las mujeres. En el año 2019, el 64,8% de las mujeres consideraron que recibieron suficiente información en el embarazo, un 64,2% en el parto y un 52,8% en el posparto (34). Así mismo en Inglaterra el 61% de las mujeres expresaron que obtuvieron suficiente información de la matrona o del médico para ayudarlas a decidir donde tener a su hijo y el 57% consideraron que se les proporcionó información relevante sobre la alimentación de su bebé (35).

El 90% de las mujeres embarazadas utilizan Internet de forma generalizada (36,37), buscando información y realizando consultas sobre el embarazo (37,38). El principal motivo por el cual las mujeres recurren a Internet, según los hallazgos de los estudios de Camacho-Morell y Esparcia (27) y Lagan y col, (36) es porque reciben información insuficiente por parte de los profesionales, debido principalmente a la falta de tiempo en las visitas de control prenatal para poder preguntar sobre dudas respecto el embarazo y el parto. Aunque también utilizan este recurso para validar la información recibida de los profesionales o buscar una segunda opinión (39). Además, les ofrece intimidad, anonimato y la posibilidad de compartir experiencias a través de las redes sociales (39,40).

En Cataluña, el Departament de Salut Català, ha incorporado información dirigida a las mujeres en su portal de Internet (41) y la mayoría de los proveedores de salud recurren a Internet como recurso para ofrecer información y mejorar la accesibilidad de las mujeres a nivel informativo. Las Unidades de Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) del Institut Català de las Salut (ICS), en el ámbito de la Atención Primaria, han creado blogs donde ofrecen información actualizada sobre el embarazo, posparto, lactancia y anticoncepción entre otros (42,43). Así mismo los hospitales en sus páginas web ofrecen información detallada sobre aspectos relacionados con el parto (44,45).

Después del entorno profesional, la información que proviene de las fuentes privadas (pareja, familiares y amigos,) es una de las más influyentes en la toma de decisiones. Esto pone de manifiesto la importancia que dan las mujeres a la comunicación directa (cara a cara) entre personas en la búsqueda de información (27,28,31).

1.4. Las preferencias de las mujeres sobre los aspectos relacionados con el parto

Las mujeres definen las preferencias sobre los aspectos relacionados con el parto antes y durante el embarazo (46,47) aunque estas estarán moduladas por un amplio abanico de elementos (48).

La seguridad del bebé es uno de los aspectos centrales de las mujeres a la hora de definir sus preferencias en referencia a la elección del lugar del parto, el tipo de parto o aceptar determinados procedimientos durante este proceso (49,50). Respecto a la elección del lugar del parto, el poder estar acompañada por su pareja y las características del entorno son unos de los motivos para dicha elección (49).

La preferencia por el parto vaginal es predominante entre las mujeres (51) pero también hay una aceptabilidad de la preferencia del parto por cesárea tras un parto por esta vía, aunque no haya criterios médicos justificados (52,53), debido principalmente a la creciente opinión entre los profesionales y las mujeres sobre el derecho a elegir cuándo practicar esta intervención (54). Otros factores como la creencia de que esta es más segura para el bebé, el miedo al parto y al dolor (55,56), las experiencias de parto previas (52,57,58) y las posibles consecuencias del parto vaginal en el suelo pélvico son las principales causas (59).

Asimismo, el contexto cultural y sanitario tiene un gran peso en las mujeres a la hora de concretar sus predilecciones. En aquellos sistemas sanitarios públicos donde las mujeres pueden optar a diferentes modelos de atención (parto en el hospital, parto en unidades lideradas por matronas o parto en el domicilio) la preferencia dominante es el ámbito hospitalario (60,61); probablemente porque las mujeres desconocen las opciones disponibles (62,63). Además, en algunos países posiblemente esto es debido a la desigualdad existente en la disponibilidad de dichos servicios en detrimento de las unidades lideradas por matronas (50,64). También existe la creencia generalizada de la población y por algunos profesionales que el parto hospitalario es más seguro (63-65). Así mismo esta preferencia estará ligada a la disponibilidad de la analgesia epidural para el alivio del dolor. Cabe destacar, en contra, que en aquellos países donde solo se ofrece el parto de atención hospitalario la preferencia de la mujer sobre el lugar del parto se ve limitada.

Además, los entornos de atención del parto medicalizados muy instaurados como práctica habitual llevan a que las mujeres consideren las intervenciones tecnológicas como parte del proceso de la atención al parto (47,66). En un estudio realizado en España por Soriano y col, (67) mostró que las mujeres elegían en bajos porcentajes evitar procedimientos invasivos (enema, rasurado, cateterización endovenosa, amniorraxis, uso de oxitocina para estimular el parto, episiotomía...) u optar por aquellas prácticas recomendadas por las guías de práctica clínica, como por ejemplo la libertad de movimientos durante el parto, el pinzamiento tardío de cordón umbilical o el inicio temprano de la lactancia materna.

Por otro lado, el abordaje de dolor es uno de los temas prioritarios. Entre las preferencias destacan contar con una persona de apoyo seguido en segundo lugar por los métodos no

farmacológicos y en tercer lugar por el óxido nitroso y la epidural (68,69). La preferencia de la analgesia de la epidural muestra una gran variación según los países y varía entre 30,7% al 75,9 % (67,70).

1.5. La satisfacción de la mujer con la experiencia del parto

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (71) expresa que la calidad de la atención sanitaria “es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados, y que estos sean consistentes con los conocimientos de los profesionales basados en la evidencia científica. La calidad de los cuidados puede medirse y mejorarse continuamente, en base a la información disponible y teniendo en cuenta las necesidades y preferencias de los pacientes, las familias y las comunidades”.

La división de la calidad en los componentes de calidad de la prestación de servicio y la experiencia de la persona reconoce que la utilización de los servicios y los resultados obtenidos no son solo derivados de la calidad de la prestación de estos, sino también de la satisfacción de la experiencia que la persona ha tenido con esa atención. Estos dos aspectos deben confluir para una buena calidad de los servicios, ya que una atención puede cumplir con los estándares de buenas prácticas, pero en cambio es inaceptable para la mujer y su familia o, por el contrario, ciertos aspectos pueden ser populares entre las mujeres, pero objetivamente son ineficaces o incluso perjudiciales para la salud (72).

La satisfacción de la persona sobre los aspectos de la atención recibida tiene un carácter multidimensional en la cual intervienen numerosos aspectos, lo que dificulta disponer de una definición minuciosa que abarque todas estas dimensiones (73).

Mientras Eriksen (74) la define como " una calificación de la evaluación de un servicio o proveedor basada en una comparación de los estándares subjetivos de la persona con la atención recibida, y que presenta una respuesta emocional positiva en dicha comparación", Hills y Kitchen (75) la define como “un sentimiento de satisfacción, logro o realización que resulta de satisfacer las necesidades y las expectativas de las personas con respecto a las especificidades y los aspectos generales de la atención de la salud”.

El parto es un acontecimiento vital en la vida de la mujer y la vivencia de este puede tener repercusiones tanto para la madre como para el recién nacido, especialmente a nivel psicológico de la mujer. Revisiones sistemáticas han expuesto que las experiencias negativas del parto pueden contribuir a padecer depresión posparto y estrés postraumático y disminución de la lactancia materna (76-78).

Debido a su repercusión, conocer las experiencias y la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto es uno de los indicadores de calidad de los servicios de salud materno-infantil. Para conocerlas se han validado escalas de satisfacción (79,80) o se utilizan otras metodologías como la realización de encuestas, grupos focales o entrevistas en profundidad (72,81).

Desde el punto de vista de las mujeres, en el estudio realizado con metodología cualitativa realizado por Biurrun (25) en Cataluña, estas consideraron que las experiencias previas, la seguridad percibida, el respeto a la privacidad, y el soporte emocional recibido durante el proceso del parto son aspectos fundamentales para tener una experiencia positiva. En la misma línea, en el estudio de Molina (82) las mujeres valoraron la satisfacción con el alivio del dolor, el trato recibido de los profesionales, el apoyo de estos ante sus sentimientos de miedo durante el parto y que en el parto no hubiera complicaciones. También las mujeres expresaron una menor experiencia negativa cuando se les ofreció la oportunidad para consultar sobre sus preocupaciones o dudas con las matronas (83).

El apoyo y el soporte que la mujer recibe durante el parto ya sea de los profesionales y/o de la pareja, es un tema reiterado por las mujeres para tener una experiencia positiva del parto, valorando aspectos como la comunicación efectiva y la participación en la toma de decisiones (84-86). A su vez, Taheri y col (87) en su estudio de metaanálisis destacó que, entre las estrategias para crear una experiencia positiva del parto, el apoyo continuo a la mujer de la pareja y /o de los profesionales fue la que más se relacionó con una experiencia positiva, más allá del alivio del dolor.

A la luz de los resultados dispares, parece ser que las características de las mujeres como la edad y el nivel de estudios no tienen una influencia relevante (86,88,89). Del mismo modo la paridad y el tipo de parto muestran aportaciones diferentes (90,91), en cambio los aspectos relacionados con el bebé si se relacionaron con la satisfacción (86).

En cambio, se han identificado otros factores relacionados con la satisfacción. Goodman y col, (79) mostraron que el sentido de control de la mujer durante el parto, el control del dolor y el cumplimiento de las expectativas se relacionaban con una mayor satisfacción, siendo el más relevante el sentido de control. Posteriormente, Christianes y Bracke (91) obtuvieron resultados similares cuando compararon la satisfacción de las mujeres de dos países, poniendo de manifiesto que, a pesar de modelos asistenciales diferentes, el cumplimiento de expectativas fue el factor principal con la satisfacción del parto, y el sentido de control y la autoeficacia podrían mitigar la influencia del dolor del parto sobre la satisfacción.

1.5.1. Medición de la satisfacción de la mujer con la atención recibida y con la experiencia del parto en España y Cataluña

En España en líneas generales la satisfacción con el parto de las mujeres es elevada y se ha evaluado a través de escalas validadas y/o encuestas además de técnicas de metodología cualitativa.

Entre las escalas validadas en castellano, las escala Mackey Childbirth Satisfaction (92, 93), Childbirth Experience Questionnaire (CEQ) (94), y la Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE) (95) miden la satisfacción y la experiencia propia del parto. En cambio, las escalas Care in Obstetrics: A Measure For Testing Satisfaction (COMFORTS”) (96) y “Women’s Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire (WOMBLSQ4)” (97) también evalúan aspectos del puerperio, la estancia hospitalaria y la continuidad de los cuidados durante el parto y posparto.

En la validación al castellano de la Escala de Mackey Childbirth Satisfaction, por Mas-Pons (92) en el año 2012, y en la que evalúa la satisfacción con el parto y la atención recibida de las matronas y obstetras, mostró un elevado grado de satisfacción, 159,29 sobre 175 puntos, en aquellas mujeres en las que las expectativas se cumplieron. Posteriormente en un estudio en Cataluña, Rodríguez y col, (98) utilizó la misma escala, al comparar la satisfacción de las mujeres en dos hospitales con nivel de complejidad distinto, mostrando puntuaciones similares en ambos centros (129,28 y 130,64 puntos) aunque inferiores al estudio de Mas- Pons (92). Asimismo, cuando se ha utilizado la escala “Childbirth Experience Questionnaire (CEQ) se han obtenido puntuaciones elevadas (90).

En la línea de otros países (35), en Cataluña, a través del Plan de encuestas de satisfacción, el CatSalut realiza periódicamente encuestas a los ciudadanos para conocer sus preferencias y su satisfacción con los servicios prestados con el objetivo de mejorar la calidad de estos. En concreto, en el ámbito materno infantil se dispone de la encuesta de satisfacción sobre la atención recibida del proceso de embarazo, parto y posparto (PLAENSA) (34). Consta de un total de 32 preguntas que evalúan el confort, el trato personal, el proceso asistencial, la competencia de los profesionales y el grado de información recibida. Se ha observado a lo largo de los años una mejora del grado de satisfacción global situándose en 8,39 puntos sobre 10 y el 86,3% de las mujeres volverían a utilizar los mismos servicios sanitarios. La mayoría de las preguntas presentan más del 90% de respuestas positivas, situándose en el grado de excelencia destacando el trato de matronas y obstetras, el sentirse en buenas manos durante el embarazo y el parto, y el seguimiento y control de todo el proceso. Por otro lado, las preguntas sobre la valoración recibida sobre información y sobre el seguimiento de embarazo, posparto y cuidados del recién nacido obtuvieron valoraciones positivas alrededor del 90 %, pero en cambio las mujeres consideraron que la información no fue suficiente, siendo estos últimos los que necesitan una mejora.

1.6. Los modelos de relación asistencial y la toma de decisiones compartida

A lo largo de los años, el modelo biomédico centrado en la enfermedad ha dado paso al modelo biopsicosocial “centrado en la persona”, el cual, además de los factores físicos, tiene en cuenta los aspectos psicológicos y del entorno. Esta evolución ha llevado a cabo la aparición de nuevos modelos de relación asistencial (99-101).

Emanuel y Emanuel (102) definieron 4 modelos de relación asistencial entre la persona y el profesional: paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo. Estos pueden convivir y no son excluyentes entre sí, ya que dependerá de diversos elementos o situaciones como por ejemplo el rol que la persona desee tener respecto a la participación en aspectos relacionados con su salud, los entornos sanitarios donde se produzca la asistencia y la capacitación de los profesionales, entre otros (102-103).

Mientras que los dos primeros modelos (paternalista e informativo) se caracterizan por una clara división de los roles que asumen el profesional y la persona, en el modelo

interpretativo y deliberativo, las dos partes asumen un rol de colaboración y de trabajo conjunto.

Emanuel y Emanuel (102) respaldan que el modelo deliberativo sea el de referencia en la práctica asistencial y que los otros se utilicen solo en circunstancias especiales. En este modelo el profesional ayuda a la persona a determinar y elegir entre todos sus valores que se relacionan con su salud en ese momento, y aquellos que mejor le sirvan de fundamento para tomar la decisión más adecuada dentro de las diferentes alternativas posibles. En ello el profesional y la persona trabajan conjuntamente para determinar la decisión, que será el resultado del diálogo basado en el respeto y la consideración mutua (104). Este modelo está alineado y se basa en el equilibrio de los principios éticos de beneficencia y autonomía (105). Si la práctica asistencial se basa únicamente en el principio de beneficencia las actuaciones estarán orientadas a un modelo paternalista donde el profesional decidirá lo “mejor” para la persona sin tener en cuenta sus preferencias. Por otro lado, si se actúa exclusivamente desde el principio de autonomía, la actuación del profesional se limitará solo en un ofrecimiento de la información (103,106).

Paralelamente, como elemento facilitador en la participación de las personas en la toma de decisiones respecto a su salud y que estas reciban el apoyo adecuado emerge el concepto de la toma de decisiones compartida (TDC) y que es una de las características del modelo asistencial deliberativo (107, 108) y es considerada por Weston (109) la esencia la atención centrada en la persona.

Hay numerosas definiciones de la toma de decisiones compartida, así como de los elementos que la deben integrar (110). Elwyn y col, (111) la definen como un enfoque en el que los profesionales y las personas toman decisiones juntos utilizando la mejor evidencia disponible. Y Coulter y Collins (112) la definen como un proceso en el que el profesional y la persona trabajan juntos para decidir qué pruebas, tratamientos o acciones, según la evidencia clínica y las preferencias informadas, se adaptan mejor a la persona. Implica la provisión de información basada en la evidencia sobre las opciones, resultados e incertidumbres, junto con asesoramiento de apoyo en la toma de decisiones por parte de los profesionales. En la figura 2 se muestran los elementos que intervienen para una eficiente toma de decisiones compartida (113).



Figura 2. Elementos para una eficiente toma de decisiones compartida
 Fuente: Ciapponi A. Toma de decisiones compartida. Evid. Act Amb.2012;15 (1):2-4.

La TDC garantiza que las personas reciban el apoyo para que tomen sus decisiones adecuadas para ellas mismas. Por un lado, el profesional de la salud aporta su experiencia sobre las opciones disponibles, evidencia científica, los riesgos y beneficios de cada una de las opciones y, por otro lado, la persona como experta en sí misma aporta información sobre sus preferencias, circunstancias personales, metas, valores y creencias (114).

Es apropiada en casi todas las situaciones, en la atención primaria y secundaria donde se debe tomar una decisión sobre la atención que se desea recibir, cuando existen diferentes opciones y dicha decisión es sensible a las preferencias de las personas. (114-116).

Debido a los numerosos factores que intervienen en el propio proceso de la TDC la implementación de esta no se ha desarrollado como se desearía (117). La ambigüedad de algunos conceptos para medirla y las limitaciones de las herramientas para su medición dificultan establecer una relación causal con la satisfacción de la persona y los resultados clínicos (108).

En aquellos casos en los que las personas identificaron que tuvieron un papel participativo en la TDC, se relacionó con un mayor grado de satisfacción. En cambio, a lo que se refiere a los resultados clínicos tales como la adherencia al tratamiento, disminución de intervenciones o mejora de resultados en salud estos son divergentes (118,119). Por todo ello se proponen líneas de investigación al respecto para poder evaluar el impacto real y el desarrollo de la TDC (108).

A pesar de ello, hay una apuesta por la TDC y la atención basada en la atención centrada en la persona debido a su alineación con los principios éticos anteriormente expresados (105).

1.7. Estrategias para facilitar la toma de decisiones compartida en la práctica clínica

Numerosos retos se han planteado para implementar la toma de decisiones compartidas que permitan realmente evaluar sus consecuencias a largo plazo y que vayan más allá de los resultados afectivo cognitivo de las personas. Estos van desde cambios estructurales de las políticas sanitarias y organizacionales (108, 111) a actividades focalizadas a los profesionales y pacientes (120, 121).

El establecimiento de una relación de colaboración entre el profesional y la persona, y cómo debe transmitirse la información sobre los riesgos y beneficios según la evidencia científica, requieren habilidades por parte de los profesionales que deberán adaptarse a las características de las personas (122,123).

Entre las actividades diseñadas para facilitar la TDC destacan la formación a los profesionales, la definición de modelos que guíen a estos en su práctica asistencial y el diseño de herramientas de toma de decisiones.

Las intervenciones formativas que se realizan a los profesionales van desde sesiones de trabajo, visualizaciones de videos tanto formativos como de los encuentros clínicos, y actividades de roleplay, entre otros, (124, 125) con el objetivo de aumentar sus habilidades en el abordaje de la TDC, aunque no está bien establecido cuál de estas puede ser la más efectiva (121).

Epstein y col, (126), Elwyn y col (107) y Legaré y col, (127) definen modelos que sirvan de guía a los profesionales en los encuentros clínicos.

Epstein y col, (126) propone un modelo de cinco pasos donde enfatiza la incorporación de la información de la evidencia existente sobre las opciones y las recomendaciones al respecto. Los pasos son:

- Comprender la experiencia de la persona (y de los miembros de su familia) y expectativas. Se investiga sobre el punto de vista de la persona, sus necesidades

específicas, miedos, expectativas y el contexto específico y se invita a participar a la familia.

- Creación de una relación de colaboración. Hace referencia a todas aquellas actividades de empatía, favorecimiento de la participación y generadoras de confianza.
- Proporcionar la evidencia existente. Hace referencia a presentar la evidencia existente y presentar aquellos aspectos en los que no hay una evidencia clara al respecto. Cómo presentar la evidencia dependerá del grado de la evidencia existente, y el formato de cómo presentarla dependerá de las características y de la información previa que tenga la persona.
- Presentar las recomendaciones. Presentar las recomendaciones sobre la mejor manera de cumplir con los objetivos de la persona.
- Verificar el entendimiento y el acuerdo y confirmar que la información se ha entendido y que la decisión tomada encaja con los valores de la persona.

El modelo de Elwyn y col, (107) propone que el profesional debe asegurar tres pasos:

- “Conversación de elecciones”, el profesional se asegura de que la persona conoce que hay opciones disponibles.
- “Conversación de opciones”, el profesional da información detallada de cada una de las opciones.
- “Conversación de decisión”, se refiere al apoyo durante el proceso de considerar las preferencias y decidir qué es lo mejor.

Legaré y col, (127) propone un modelo conceptual que se adapte a las características de los sistemas sanitarios occidentales donde para un proceso de salud o enfermedad intervienen diferentes profesionales y con roles específicos. Este modelo propone que en el proceso de la TDC hay dos tipos de profesionales y en diferentes fases. Por un lado, un profesional con el rol de entrenador de decisiones (una persona que apoya la participación de la persona en la toma de decisiones, explorando los valores de la persona y familia, explicando las opciones disponibles y la factibilidad de cada una de ellas en consonancia a sus necesidades y valores) y el otro rol de profesional de primer contacto, o sea la persona que identifica el problema de salud y la decisión que se debe tomar y la implementación de la decisión elegida.

Por otro lado, para facilitar la transmisión de la información basada en la evidencia a las personas se han desarrollado las denominadas “Herramientas de ayuda para la toma de decisiones” (HATD). Pueden ser utilizadas directamente por estas (sin ayuda del profesional) o bien pueden ayudar a los profesionales para realizar el asesoramiento a la persona, a la hora de comunicar la evidencia. Hay un amplio abanico de formatos desde, DVD, folletos, audios, herramientas web o aplicaciones para dispositivos móviles (apps) (128) y su diseño suelen regirse por unos estándares definidos por el grupo de investigadores de la “International Patients Decision Aids” (IPADS) (129). Estas difieren de los materiales informativos ya que estos últimos ofrecen información en términos más generales y en ocasiones no se focalizan en expresar los riesgos, los beneficios ni los valores y preferencias de las personas (129).

La principal ventaja asociada a la utilización de estas herramientas es que aumenta los conocimientos y reduce el conflicto decisional en referencia a sentirse desinformado o sobre sus valores personales (130). Parece que estimulan a las personas a desempeñar un papel más activo en la TDC y mejora las percepciones de riesgo de forma más precisa siempre que el porcentaje de las probabilidades estén explicitadas en dichas herramientas. Por otro lado, parece que no producen efectos adversos en los resultados clínicos ni en la satisfacción y reducen la elección de intervenciones discrecionales. En cambio, hay poca evidencia de que mejoren la congruencia entre la opción elegida y los valores de la persona y la adherencia en la elección elegida (131).

1.8. Intervenciones para favorecer la toma de decisiones compartidas en la salud sexual y reproductiva

Las mujeres desean participar en la toma de decisiones (132) y durante su vida deben tomar decisiones sobre su salud sexual reproductiva desde temas de contracepción, preconcepcionales, ginecológicos y reproductivos. En concreto, durante el embarazo y el posparto debe enfrentarse a decisiones sobre el diagnóstico prenatal, la realización de pruebas diagnósticas, los métodos de alivio de dolor, elegir el lugar donde se producirá el parto, así como la inducción o no del parto, elegir entre un parto de nalgas por vía vaginal o cesárea o tener un parto vaginal con antecedentes de cesárea previa y también todas las mujeres gestantes decidirán el tipo de lactancia entre otros (133).

Los resultados sobre que intervenciones pueden ser más efectivas para mejorar la TDC en materia de salud sexual y reproductiva son escasas y poco concluyentes (134) y concordantes con la revisión sistemática llevada a cabo por Légaré y col, (121) que muestra la falta de evidencia para determinar que intervenciones son las más efectivas en pacientes, profesionales o ambos.

En el mismo sentido, las HATD aplicadas en la salud sexual y reproductiva muestran que también aumentan los conocimientos y disminuyen el conflicto decisional respecto a la práctica habitual, en cambio su influencia sobre el grado de ansiedad los hallazgos son divergentes (135,136). Además, su uso de forma independiente por parte de las mujeres sin apoyo de los profesionales, al igual que las intervenciones mediadas por los profesionales parecen no mejorar la satisfacción con la toma de decisiones y no tienen un efecto sobre la preferencia del tipo de nacimiento, el tipo de parto y la congruencia entre la preferencia expresada y la opción realizada (137).

Así mismo cuando se definen estrategias en las que se asocian actividades de asesoramiento basadas en la TDC o no, junto con otros recursos de soporte como folletos, páginas web o HATD los resultados no son concluyentes.

Por ejemplo, en un estudio realizado en España en el cual se compaginó una actividad de asesoramiento individualizada junto con un folleto informativo, blog y envío SMS mostró una mayor satisfacción con el asesoramiento, la información y la utilidad en la ayuda para la elección de un método anticonceptivo, pero en cambio no con la elección de métodos anticonceptivos eficaces (138). En la misma línea, un estudio realizado en Tailandia sobre la realización de amniocentesis mostró que la combinación de una actividad de asesoramiento junto con un folleto o una aplicación informática mejoraron los conocimientos, siendo mayor en el grupo del folleto, especialmente cuando se asoció con un asesoramiento individualizado, pero no afectó a la satisfacción, ansiedad y la decisión final de las mujeres en la aceptación de la amniocentesis (139).

En el estudio de O' Cathian y col, (140) mostró que una breve capacitación de los profesionales y la entrega de folletos informativos a las mujeres sobre aspectos relacionados con el embarazo no mejoró de forma significativa la elección informada, los conocimientos y la satisfacción con la información en las mujeres.

En cambio, un estudio posterior que combinó una intervención combinada de educación basada en la TDC de Elwyn junto con un folleto y videos sobre la analgesia epidural, mejoró los conocimientos, la información recibida y la satisfacción de las mujeres con el parto. (141).

1.9. La atención del embarazo, parto y posparto en España y en Cataluña

Tanto el actual Sistema Nacional de Salud, como cada Comunidad Autónoma garantizan la atención gratuita y universal a la mujer durante todo el proceso del embarazo, parto y posparto (142,143). El primer contacto de la mujer para la atención del embarazo se realiza en Atención Primaria y si es necesario según el nivel de riesgo obstétrico el control de la gestación puede realizarse en el hospital.

Con la ampliación de la red sanitaria de hospitales en España a mediados del siglo XX, el parto, hasta ese momento atendido en el domicilio, ha pasado a ser de ámbito hospitalario. (144,145).

Los servicios de atención perinatal están compuestos por entidades de carácter público y privado y a lo largo de los años ha habido un incremento de hospitales que prestan atención al parto (146) tal y como muestra la figura 3.

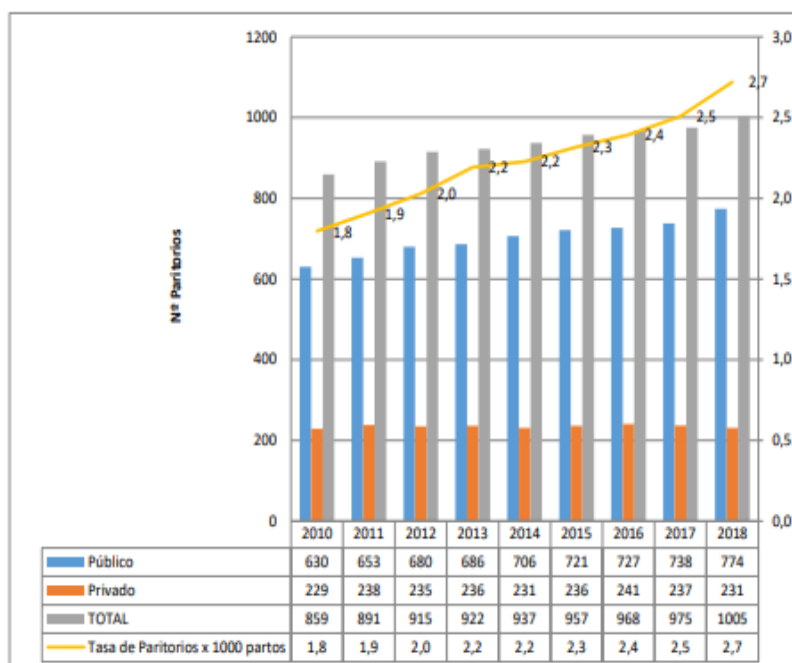


Figura 3. Número de paritorios según dependencia del hospital (público, privado) y tasa de paritorios por 1.000 partos (2010-2018).

Fuente: Ministerio de Sanidad de España

El parto en el domicilio no está financiado por el Sistema Nacional de Salud. Se estima que es menor del 1% y con una distribución variable entre las comunidades autónomas siendo la comunidad de Cataluña donde se realizan más partos en el domicilio, seguidas de Andalucía, País Vasco, Comunidad Valenciana y Madrid (147). (Figura 4).

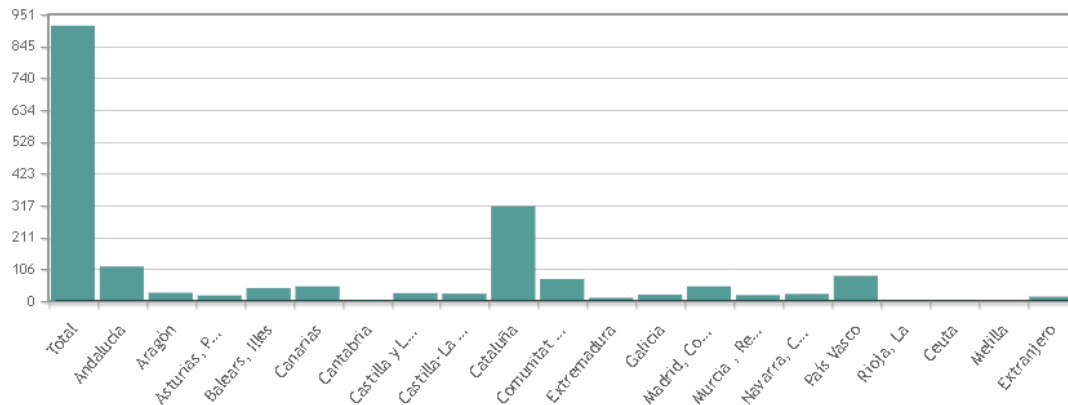


Figura 4. Números de partos asistidos por profesionales sanitarios en el domicilio en el año 2021
Fuente: Instituto Nacional de Estadística

A lo largo de los años ha disminuido la mortalidad materna e infantil (148), pero los avances tecnológicos aplicados a la medicina han conllevado a una alta medicalización del parto. En el año 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo definió la “Estrategia de atención al parto normal” con el objetivo de disminuir la medicalización del parto y la variabilidad entre centros (149).

A pesar de ello, España es uno de los países de Europa con mayor tasa de cesárea, especialmente en mujeres primíparas y partos instrumentados (150, 151) no cumpliendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Sanidad de España (146,152). Los porcentajes de cesárea varían del 21,8% al 36,5% según si la dependencia del hospital es pública o privada. El porcentaje de partos instrumentados es del 17,5% y además el porcentaje de inducciones al parto y el uso de la analgesia epidural ha ido elevándose, alcanzando el 34,2% y el 62,9% respectivamente. Por otro lado, se ha observado un descenso de la realización de episiotomías (27,5%) y amniotomías (13%) aunque se mantienen elevadas (146).

En Cataluña, las competencias en Sanidad fueron transferidas en el año 1981. Al igual que en el resto de las comunidades autónomas, está formado por dos niveles de asistencia, la

atención primaria y la atención especializada, distribuidos en 7 regiones sanitarias y las entidades pueden ser de carácter público o privado.

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva se promulgó el Decreto 283/1990 Programa de Atención a la Mujer (Programa de atención a la mujer) (153), posteriormente denominado Atención a la Salud Sexual Reproductiva (154) cuyo objetivo fue reformar el sistema sanitario y para ofrecer una atención integral a la mujer. En él, se establecieron las bases de los ámbitos de actuación en esta materia en sus vertientes de prevención, educación y asistencia, así como los profesionales que intervienen y las actividades que realizan. Los ámbitos de actuación que se definen en el programa son:

- Orientación y planificación familiar.
- Control y seguimiento del embarazo.
- Educación maternal.
- Atención al parto.
- Atención al puerperio.
- Atención a la menopausia.
- Prevención de cáncer de mama y de cuello uterino.
- Prevención y asistencia a las enfermedades de transmisión sexual.
- Prevención y asistencia a las patologías ginecológicas en general.

A nivel organizativo, en la Atención primaria-comunitaria se encuentran las Unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR), contabilizando un total de 38, distribuidas por todo el territorio catalán. Son unidades de soporte a los equipos de Atención Primaria con el objetivo de ofrecer una atención especializada y de calidad en los aspectos de salud sexual y reproductiva a las mujeres, y son la puerta de acceso para la mayoría de los procesos obstétricos y ginecológicos (154). Estas unidades ASSIR tienen como referencia los hospitales materno-infantiles, que a su vez, se clasifican según su nivel de complejidad y actividad asistencial y con los que se coordinan para dar respuestas a las necesidades de las mujeres (155).

En los hospitales se realiza el control gestacional de embarazos de muy alto riesgo, la asistencia al parto y puerperio inmediato y los procesos de patología ginecológica (155).

Los ASSIR están compuestos por un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios (matronas, obstetras- ginecólogos, psicólogos y auxiliares de enfermería) que trabajan conjuntamente y ofrecen una cartera de actividades de promoción, prevención, educativas, diagnóstico y seguimiento de procesos fisiológicos y patológicos. La cartera de servicios del ASSIR está constituida por (156):

- Atención a los jóvenes.
- Consejo reproductivo.
- Interrupción voluntaria del embarazo.
- Atención materno infantil.
 - Diagnóstico prenatal.
 - Control y seguimiento del embarazo.
 - Educación maternal.
 - Control y seguimiento de puerperio.
 - Grupos de posparto y soporte a la lactancia.
- Atención a la menopausia.
- Atención a las infecciones de transmisión sexual.
- Atención a la patología ginecológica.
- Prevención de cáncer de mama y de cuello uterino.
- Actividad comunitaria a personas adultas. Educación afectiva sexual.
- Violencia hacia las mujeres.

A pesar de que los hospitales de la red pública tienen contemplado el protocolo de atención al parto normal (157) persiste una alta medicalización del parto y una gran variabilidad entre centros con porcentajes levemente inferiores al resto de España en inducción al parto, episiotomía y partos instrumentados y cesárea (158-161) y el uso de la analgesia epidural está muy extendido (162).

Al igual que el resto de España, el parto en el domicilio no está financiado y en el año 2018 se realizaron 276 (163) pero desde el año 2017 se han creado dos centros de nacimientos, uno en el Hospital de Martorell y otro en el Hospital Germans Trias del Institut Català de la Salut en Badalona liderados por matronas y siguiendo modelos y filosofías similares a otros países europeos (164) en los cuales se atienden partos naturales, sin analgesia.

1.9.1. Competencias de la matrona en la Atención a la Salud Sexual y Reproductiva

La atención que presta una matrona cualificada según los estándares definidos internacionalmente (165,166) se relaciona con mejores indicadores de mortalidad materna e infantil (167). Además, Nove y col, (168) en su estudio estima que el impacto, según el grado de cobertura de intervenciones realizadas por matronas podría reducir en países de bajos-medios ingresos la mortalidad materna entre un 10% a 65% y la mortalidad infantil entre 23% y 64%, disminuiría un tercio las interrupciones de embarazo y aumentaría la lactancia materna entre un 35% y 57%.

Además de la atención al embarazo, parto y puerperio las matronas proporcionan una amplia variedad de intervenciones clínicas y contribuyen a objetivos de salud más amplios en materia de salud sexual y reproductiva (169).

En España, en armonía con los estándares definidos por la ICM (165), en su programa formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico- Ginecológico (170) se definen los conocimientos, habilidades y competencias que la matrona debe adquirir para ofrecer una atención integral en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y concreta los ámbitos de actuación de estas competencias, bien sea a nivel de atención primaria- comunitaria o a nivel de atención especializada-hospitalaria. Además, contempla que la matrona deberá adquirir habilidades comunicativas a la hora de ofrecer la información que facilite que las mujeres puedan elegir sobre aspectos de su cuidado.

En el ámbito materno infantil del ASSIR, la matrona es el profesional de referencia para procesos fisiológicos del embarazo y puerperio. Entre las actividades de control del embarazo, además de control y del seguimiento de este (171) las matronas realizan actividades de promoción de la salud, educativas y de asesoramiento a nivel individual y grupal. El asesoramiento y entrega del plan de nacimiento es una de estas actividades educativas y en los ASSIR pertenecientes al ICS es un indicador estándar de calidad para las matronas. En los embarazos de alto riesgo colabora y se coordina con otros profesionales de distintos niveles asistenciales (hospitales de referencia) (156).

La asistencia al parto se realiza en los hospitales de referencia, donde las matronas atienden los partos de evolución espontánea, y colabora con los obstetras en partos que se desvían de la normalidad (170).

1.10. El plan de nacimiento

Con el objetivo de promover una asistencia basada en el “cuidado centrado en la mujer”, favorecer la participación de estas en la toma de decisiones informadas y mejorar la continuidad de los cuidados, los educadores del parto y nacimiento y las matronas, en el mundo anglosajón, incorporaron el plan de nacimiento (PN) (172) durante el embarazo y en el parto.

El plan de parto y nacimiento, o también denominado plan de parto, es un documento escrito a través del cual las mujeres pueden expresar sus preferencias, necesidades y expectativas en relación con la atención que desean recibir en el parto (173).

Su aparición se remonta a la década de 1970 en el mundo anglosajón y posteriormente se ha extendido al resto de países. La revolución biomédica producida en el siglo XX provocó una alta institucionalización y medicalización del parto provocando la pérdida de capacidad y autonomía de las mujeres en el parto. Ante esta situación, movimientos sociales y feministas de países anglosajones reivindicaron una atención menos intervencionista del nacimiento (174,175).

La idea del PN fue introducida en Inglaterra por la antropóloga Shelia Kitzinger (176) defensora del parto natural y por Penny Simking (177) en Estados Unidos, con el objetivo de que las mujeres pudieran expresar sus preferencias sobre el parto, evitar procedimientos innecesarios y mejorar las relaciones con los profesionales de la salud.

De forma similar en España la alta tecnificación del parto, el alto porcentaje de inducciones, partos instrumentados y cesáreas y la realización de procedimientos no avalados por la evidencia científica tuvieron como consecuencia una deshumanización del nacimiento (175,178).

A nivel social durante la década del año 2000 surgieron asociaciones de mujeres como por ejemplo el Parto es nuestro (179) y Dona LLum (Associació catalana per un part respectat) (180), reclamando una atención respetuosa y fisiológica del parto y de la mujer.

Rápidamente, la utilización de los PN se hizo extensible a todas las mujeres gestantes y no solo a aquellas que optaran por un parto natural (181).

En el año 2002, a nivel legislativo, se reconoce la autonomía del paciente en la toma de

decisiones sobre su salud y el derecho a recibir toda la información necesaria para llevarla a cabo (182) y en la actualidad, en el caso de la mujer, su privación está enmarcada como una forma de violencia obstétrica y vulneración de los derechos sexuales y reproductivos (183).

Tal y como hemos comentado anteriormente el Ministerio de Sanidad y Consumo definió la *“Estrategia de atención al parto normal”* con el objetivo de disminuir la medicalización del parto, la variabilidad entre centros y además favorecer la participación de las mujeres en la toma de decisiones en el parto y se incluye por primera vez el plan de parto y nacimiento (149).

Paralelamente, a los cambios sociales, la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) publicó en el año 2007 el documento de *“Consenso de la Iniciativa al Parto Normal (IPN)”* (184) basado en la evidencia científica con varios objetivos. Entre ellos, fortalecer las competencias de las matronas y crear opinión entre las mujeres y la sociedad sobre la asistencia al parto normal. Posteriormente en el 2011, realizó una guía dirigida a madres y padres de la IPN (185) con el objetivo de ofrecerles información actualizada, sensibilizarlos sobre el abordaje del parto normal y motivarlos en elaborar el PN para poder expresar sus preferencias sobre el parto.

Posteriormente, en el año 2012, el *“Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud”* (178) recomendó incluir una charla informativa en la consulta durante el tercer trimestre con la mujer embarazada y pareja para elaborar el PN y conversar con la matrona para resolver dudas. Además, en ese mismo año se publicó el documento de referencia del *“Plan de parto y nacimiento”* (173).

Específicamente en Cataluña, el Departament de Salut en el año 2007 publicó el documento marco del PN, incluido en el *“Protocol per a l’assistència natural al part normal”* (186) así como en la *“Guia per embarassades”* del 2008, e instó a que cada Unidad de Atención a la Salud Reproductiva- hospital materno infantil elaborara uno específico según las características de cada centro (186). Posteriormente, en el año 2018, se editó la revisión de la tercera edición del *“Protocol de seguiment de l’embaràs a Catalunya”* (187) en el cual se incluye que sobre las 29-30 semanas de embarazo la mujer elabore el PN. De esta manera, en la quinta edición de la *“Guia per embarassades”* se publicó el nuevo documento

marco del PN (188).

Por otro lado, el Comité de Bioética de Cataluña, enfatiza en la autonomía de la mujer y el respecto a sus decisiones, incluyendo el PN como elemento facilitador en la toma de decisiones de esta (189).

Cada ASSIR- hospital ha elaborado un PN específico, y por lo tanto, su formato puede ser diverso; desde plantillas predeterminadas que presentan una lista de elementos con o sin explicaciones hasta PN explicativos sobre prácticas habituales, recomendaciones y protocolos de actuación de los hospitales (190).

Tradicionalmente, las mujeres han accedido a los PN principalmente a través de los profesionales, pero la aparición de Internet y nuevas tecnologías ha favorecido la accesibilidad a él, así como también el uso de otros formatos (páginas web o apps) (191-194).

1.10.1. El plan de nacimiento desde el punto de vista de las mujeres y los profesionales

Estudios principalmente de metodología cualitativa y observacionales han abordado la opinión de las mujeres y los profesionales sobre los PN de los cuales hay una amplia diversidad al respecto. Tanto las mujeres como los profesionales destacan especialmente que estos son una herramienta comunicativa que favorece la discusión de aspectos relacionados con el parto, permitiendo así que los profesionales conozcan las expectativas y preferencias de las mujeres (195,196). Piensan que es un elemento educativo, ya que aumenta los conocimientos de las mujeres sobre el proceso del parto (195,196), les permite considerar sus opciones (197), tomar conciencia de las políticas del hospital y poder abordar aquellos aspectos que les preocupa (195,196).

Se han identificado otras ventajas, como la mejora de la autonomía y las decisiones informadas (195) y la experiencia y el sentido de control en el parto (195,196,198,199).

En referencia a las desventajas, las matronas opinan que el término “plan de parto” puede provocar en las mujeres una falsa perspectiva de control sobre este, ya que no es posible predecir algunos eventos inesperados que pueden surgir durante su transcurso. Asimismo, consideran que pueden crear expectativas irreales y actitudes rígidas e inflexibles en las mujeres que provocan en los profesionales sentimientos de irritación y sensación de

presión por parte de las mujeres en su práctica asistencial y con el resto de los profesionales que participan en la atención el parto (195,200).

En cuanto a la opinión de las mujeres, expresan que el PN les produce un sentimiento de compromiso con ellas mismas a seguir las preferencias expresadas con antelación en el PN el día del parto. Sin embargo, si no pueden seguir estas preferencias les puede provocar sentimientos negativos (195).

La percepción que tienen los profesionales y las mujeres sobre el impacto que tienen los PN sobre los resultados obstétricos es contrapuesta, tal y como muestra el estudio de Grant y col (201). Los profesionales perciben que las mujeres que utilizan los PN presentan peores resultados obstétricos, en cambio, las mujeres no lo advierten de esta manera. Dicha percepción de los profesionales sobre los PN se traduce en que estos los recomienden en menor grado respecto a las actividades grupales de preparación al nacimiento (202).

1.10.2. Prevalencia de entrega del plan de nacimiento en el hospital, perfil de las mujeres y resultados obstétricos

La prevalencia de la entrega del PN es alrededor del 40-50% (203,204) aunque hay una gran variabilidad entre los países. En España se observa un aumento a través de los años: del 2,8% en Murcia en el 2011 (205); 38,9% en Andalucía, en el periodo del 2009-2013 (206); y del 69,5% en Cataluña, en el año 2017 (207).

Mayoritariamente, los estudios muestran que el perfil de las mujeres que utilizan los PN corresponde a mujeres primíparas, cuya edad es superior a 30 años, con un nivel de estudios elevado y trabajo remunerado (69, 203,204,206,208).

La percepción de los profesionales sobre que las mujeres que utilizan los PN presentan peores resultados obstétricos no está sustentada por los resultados de los estudios. No se ha observado que las mujeres con PN presenten un mayor porcentaje de partos instrumentados o cesáreas y el porcentaje de partos eutócicos es similar (203, 209); incluso, en el estudio de Afshar y col (202) utilizar el PN se relacionó con una mayor probabilidad de tener un parto eutócico. Solo un estudio realizado en el año 1998 mostró que las mujeres con PN presentaron una mayor probabilidad para partos instrumentados y cesárea (210).

Sobre los métodos de alivio del dolor y su relación con el PN, los estudios han focalizado su atención mayoritariamente al uso de la analgesia epidural. Muestran que la epidural es un método habitual entre las mujeres siendo superior al 50% (205,206,209) y los resultados son divergentes respecto a la utilización o no del PN. Algunos estudios reportan que las mujeres con PN optan en menor proporción por su uso (205,206), en cambio, otros estudios muestran que no influyen (211) o aumentan su utilización (69,209). Solo algunos estudios (69, 199,209) hacen referencia a otros métodos farmacológicos utilizados por las mujeres con planes de nacimiento y solo Smoleniec y James (212) y Westergren y col (69) nombran los métodos no farmacológicos, siendo superior su uso entre las mujeres que utilizaron el PN.

Al igual que en el uso de los métodos de alivio del dolor, no se puede establecer una relación causal entre la utilización de los PN y los procedimientos realizados en el parto y las complicaciones maternas ya que los resultados provienen de estudios observacionales. Se ha examinado ampliamente la realización de la episiotomía en mujeres con plan de nacimiento y se han observado porcentajes similares entre las mujeres con o sin PN. (69,203,209). Respecto a la realización de la amniotomía y el uso de oxitocina los resultados son diversos (69, 203,211).

De igual forma, las mujeres con PN no presentaron mayor número de complicaciones, como la hemorragia posparto, corioamnionitis, puntuaciones bajas de la prueba Apgar e ingreso en unidades neonatales de cuidados intensivos de los recién nacidos (203,206-211).

1.10.3. El plan de nacimiento y las preferencias sobre aspectos relacionados con el parto

Como anteriormente se ha comentado, la diversidad en cuanto al formato y el contenido de los PN es muy amplia, pero temas centrales tales como la elección del lugar para el parto —en aquellos países que en su cartera de servicios contempla el parto en el domicilio o en centros de nacimiento—, el acompañamiento y medidas de confort, el abordaje del dolor del parto, los procedimientos y las preferencias en el expulsivo y sobre los aspectos relacionados con el recién nacido están presentes (173, 190, 213).

Por otro lado, escasos estudios han evaluado el cumplimiento de las preferencias expresadas en los PN. Un estudio realizado en Córdoba mostró que un 32,5% y 29,2% de

las mujeres cumplieron el 50% y 75% de las preferencias expresadas en el PN (214) mientras que en otro estudio realizado en Cataluña el 71,1% refirieron que todas sus preferencias se habían cumplido (207). Resultados similares se obtuvieron en el estudio de Pennell y col, (199) en el cual se observó que según los profesionales que atendieron a las mujeres, el cumplimiento de las preferencias varió siendo del 65,8% en el caso de los obstetras, el 68,4% en los anestesiólogos y del 89,5% en las matronas. En cambio, en estos estudios no se abordaron los motivos por los cuales las preferencias no fueron cumplidas.

Un aspecto poco estudiado ha sido el cumplimiento de las preferencias del PN y su relación con los resultados obstétricos. El único estudio que abordó este aspecto determinó que, a mayor cumplimiento de las preferencias, menor era el número de parto por cesárea. De la misma manera, se obtuvo una mejor puntuación de la prueba de Apgar y valor de Ph del cordón umbilical del recién nacido (214).

1.10.4. El plan de nacimiento y la satisfacción con la experiencia del parto

El grado de satisfacción de las mujeres con su experiencia con el parto es elevada (79,198,204,215). Es atrevido considerar que el uso del PN no mejora o disminuye la satisfacción de las mujeres, según apuntan estudios observacionales, ya que en estos no se han utilizado escalas validadas para su valoración (69,199, 203, 204).

Igualmente, tal y como apunta Mirghafourvand y col, (216) de los estudios con metodología experimental no hay pruebas contundentes a favor de la aceptación o el rechazo del efecto del PN en la experiencia del parto o la satisfacción de las mujeres. Solo Kuo y col (198) y Farahat y col (215) utilizan escalas validadas y muestran que la satisfacción con la experiencia del parto fue superior entre las mujeres con PN; en cambio, el estudio de Lungren y col, (217) mostró que no la mejoró. Por otro lado, el cumplimiento de las expectativas y de las preferencias expresadas en los PN se ha relacionado con un grado de satisfacción con el parto mayor (198, 218).

1.10.5. Abordaje del asesoramiento del plan de nacimiento

Cuál debe ser el enfoque y el abordaje de los PN ha sido y es actualmente motivo de reflexión y debate. Unas décadas después de su aparición, Kitzinger (176,219), Lothian (220) y Simkin (177) alertaban de los peligros de la aparición de plantillas de PN

predeterminadas, y de su expansión por Internet, que dejan a la mujer sola en la elección de opciones -algunas veces anticuadas y no avaladas por la evidencia científica—. La falta de soporte por parte de los profesionales en la elaboración de los PN puede conllevar a elecciones y expectativas irreales con la consecuente decepción de las mujeres (195).

Para las mujeres, preparar un PN juntamente con los profesionales es una experiencia satisfactoria (221) y resaltan la necesidad de recibir apoyo por parte de las matronas para su elaboración (196).

Kitzinger (219) así como también Lothian (172), expresan que la elaboración del PN debe orientarse como una oportunidad de diálogo para establecer una relación asociativa entre los profesionales de la salud y las mujeres, aportando cada una de las partes sus habilidades y conocimientos para trabajar conjuntamente en el proceso de la elaboración del PN. Otro aspecto que destacan es, además, explorar y definir aquellas preferencias ante situaciones que sean diferentes a lo previsto.

Siguiendo la línea planteada por Kitzinger, Kaufman (222) propone actividades didácticas para las clases de preparación al nacimiento y aboga por la conveniencia de confeccionar dos documentos: un “plan de nacimiento de debate” y otro “plan de nacimiento para el hospital”. Asimismo, Debaets (223) plantea incorporar la herramienta de discusión “VECTOR” (valores, entorno, confort, tratamientos, opciones, recuperación). Y en nuestro ámbito, se especifican actividades didácticas grupales dirigidas para su abordaje, como la experiencia del estudio de Soriano y col (67) y en Cataluña en el “Programa de preparación al nacimiento” (224). Este programa está vigente desde el año 2009. En su elaboración, además de profesionales sanitarios e investigadores en actividades socioeducativas, participaron grupos de mujeres con el objetivo que el programa diera respuestas a las necesidades de las mujeres y parejas. Contempla las dimensiones de las actitudes emocionales, comportamientos y cognitivas y estandariza las actividades de preparación de nacimiento que realizan las matronas. Consta de siete sesiones en las cuales se utilizan numerosas técnicas didácticas que permiten una activa participación de las participantes. Además, tiene una alta aceptabilidad por parte de las matronas, el 81,4% refieren utilizarlo. El plan de nacimiento es abordado en la sesión del parto, a través de una actividad participativa en el que se discuten los aspectos relevantes y se anima a las mujeres-parejas

que expresen sus preferencias (225, 226).

La OMS enfatiza que los PN deben individualizarse de acuerdo con las necesidades y preferencias de la mujer (227).

Por ello, Afshar (228) propone un asesoramiento individualizado y pone de manifiesto la necesidad de abordar el asesoramiento del PN desde un modelo de relación asistencial deliberativo que integre la toma de decisiones compartida en su discusión y ofrezca a las mujeres información avalada científicamente, además que los profesionales sean flexibles para adaptarse a las necesidades y perspectivas de las mujeres. Plantea los pasos definidos por Epstein y col (126) para favorecer la participación en la toma de decisiones anteriormente expuestos en el apartado “Estrategias para facilitar la toma de decisiones compartida en la práctica clínica”.

Solo algunos estudios (197,198,204,215) hacen referencia a que los PN son discutidos de forma individualizada y solo el estudio de Farahat y col, (215) explicita que el asesoramiento fue llevado a cabo en base a la evidencia existente, pero no especifica el enfoque utilizado para su discusión.

2. JUSTIFICACIÓN

Justificación

De lo expuesto en el apartado anterior, se desprende que el cambio de paradigma en la atención sanitaria ha dado lugar a que los sistemas sanitarios apuesten por modelos sanitarios centrados en la persona y por modelos de relación asistencial más igualitarios entre los profesionales y las personas, abogando por una mayor participación de estas últimas en la toma de decisiones sobre aspectos de su salud y en la valoración de la atención recibida.

Para favorecer la toma de decisiones en los encuentros clínicos, la toma de decisiones compartida (TDC) es un elemento clave, y se han diseñado diferentes intervenciones y estrategias para favorecerla.

En la misma línea, la atención de cuidados de la matrona que presta a la mujer promueve que esta participe en la toma de decisiones sobre aspectos de su salud sexual y reproductiva, ofreciéndole información que le permita la toma de decisiones informadas, teniendo en cuenta sus necesidades y desde una relación de colaboración conjunta.

Uno de los recursos adoptados para mejorar la participación de las mujeres en el parto ha sido el plan de nacimiento. Desde su instauración, en España, hay pocos estudios que hayan evaluado su grado de implantación y aporten información sobre sus posibles repercusiones en el parto y en la satisfacción de las mujeres. Además, no se conoce cuál es la estrategia más efectiva de asesoramiento del plan de nacimiento por parte de los profesionales.

La presente investigación intenta aportar información al respecto, es por ello, que se planteó un estudio en dos fases, una descriptiva y una experimental. En la fase descriptiva se realizaron dos estudios para conocer si las matronas realizaban asesoramiento sobre el grado del plan de nacimiento en Cataluña y si las mujeres entregaban este en el hospital y su influencia en el parto. En la fase experimental se diseñó una intervención de asesoramiento del plan de nacimiento basada en la toma de decisiones compartida con el objetivo de evaluar su efectividad.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1. OBJETIVOS DE LA FASE I.I

3.1.1.Objetivo general

Determinar la prevalencia de la actividad educativa sobre el plan de nacimiento, que realizan las matronas en el control prenatal de las mujeres gestantes e identificar los factores relacionados a la realización de esta actividad educativa.

3.1.2.Objetivos específicos

- 1.-Identificar las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres gestantes de estudio.
- 2.-Averiguar las semanas de gestación en que las matronas realizan la actividad educativa sobre el plan de nacimiento y si se efectúa en el periodo indicado.
- 3.-Identificar si hay relación entre el perfil sociodemográfico y obstétrico de las mujeres gestantes y el ASSIR con la realización de la actividad educativa sobre el plan de nacimiento y si se realiza en el periodo indicado.

3.2. OBJETIVOS DE LA FASE I.II

3.2.1.Objetivo general

Identificar la prevalencia de entrega del plan de nacimiento de las mujeres gestantes en cinco hospitales de Cataluña.

3.2.2.Objetivos específicos

- 1.-Describir las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres de estudio.
- 2.-Determinar los motivos por los que las mujeres no entregan el plan de nacimiento en el hospital.
- 3.-Determinar si las características de las mujeres o el hospital influyen en la entrega del plan de nacimiento en el hospital.
- 4.-Identificar los resultados obstétricos y métodos de alivio del dolor utilizados durante el parto por las mujeres gestantes.
- 5.-Identificar si hay relación entre la entrega del plan de nacimiento con los resultados obstétricos y con los métodos de alivio del dolor utilizados.

3.3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DE LA FASE II

3.3.1. Hipótesis

Un asesoramiento en el plan de nacimiento de las mujeres gestantes, basado en la “toma de decisiones compartida” respecto al asesoramiento habitual aumentará:

- la entrega de los planes de nacimiento en el hospital de referencia.
- las mujeres que han recibido información suficiente en la gestación sobre el parto, y
- el grado de satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto,

Un asesoramiento en el plan de nacimiento de las mujeres gestantes, basado en la “toma de decisiones compartida”, respecto al asesoramiento habitual modificarán:

- las preferencias sobre los cuidados relacionados con el parto.

3.3.2. Objetivos generales

Evaluar la efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento, basado en la “toma de decisiones compartida” en mujeres gestantes, en relación con la entrega del plan de nacimiento en el hospital, recibir información suficiente en la gestación sobre el parto y el grado de satisfacción con la experiencia del parto, respecto al asesoramiento habitual.

Evaluar la efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento, basado en la “toma de decisiones compartida” en mujeres gestantes, en relación con las preferencias sobre los cuidados concernientes al parto, respecto al asesoramiento habitual.

3.3.3. Objetivos específicos

- 1.-Describir las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres gestantes de estudio.
- 2.-Determinar si hay diferencias en la entrega del plan de nacimiento en el hospital y los motivos de no entrega del plan de nacimiento de las mujeres de ambos grupos.
- 3.- Evaluar el impacto de la intervención de asesoramiento en el grado de satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y en la toma de decisiones en la dilatación y expulsivo, entre ambos grupos.

- 4.- Averiguar el impacto de la intervención de asesoramiento en el grado de satisfacción sobre la información recibida en la gestación sobre el parto y el grado de utilidad de la elaboración del plan de nacimiento entre las mujeres de ambos grupos.
- 5.- Analizar si hay diferencias en los resultados obstétricos y en los métodos de alivio del dolor de las mujeres según el asesoramiento recibido.
- 6.- Averiguar si las características de las mujeres gestantes influyen en la entrega del plan de nacimiento en el hospital, el grado de la información recibida en el embarazo sobre el parto y en la satisfacción con la experiencia del parto en ambos grupos.
- 7.- Analizar si hay diferencias en las principales variables de resultados según centros de estudio.
- 8.- Identificar las preferencias de las mujeres sobre los cuidados concernientes al parto antes y después de la intervención de asesoramiento.
- 9.- Analizar si hay diferencias en las preferencias sobre los procedimientos en el parto, los métodos de alivio del dolor, el periodo expulsivo, el recién nacido y la lactancia entre las mujeres de ambos grupos.
- 10.- Determinar si entregar el plan de nacimiento en el hospital influye en los resultados obstétricos, en los métodos de alivio del dolor utilizados durante el parto por las mujeres y el grado de satisfacción con la experiencia del parto.
- 11.- Identificar los factores relacionados con la entrega del plan de nacimiento en el hospital, de las mujeres de estudio.

4. METODOLOGÍA

4.1. Desarrollo del estudio

Se diseñó un estudio en dos fases para dar respuesta a los objetivos anteriormente planteados.

En la primera fase se planteó una metodología observacional con dos estudios de diseño descriptivo. Para la segunda fase se planteó una metodología experimental con un diseño de ensayo clínico aleatorizado por clústeres.

<i>Fase I</i>	<i>Fase I. I</i>	<i>Diseño descriptivo</i>	Objetivos generales
	<i>Fase I. II</i>		<p>Determinar la prevalencia de la actividad educativa sobre el plan de nacimiento, que realizan las matronas en el control prenatal de las mujeres gestantes e identificar los factores relacionados a la realización de esta actividad educativa.</p> <p>Identificar la prevalencia de entrega del plan de nacimiento de las mujeres gestantes en cinco hospitales de Cataluña.</p>
<i>Fase II</i>		<i>Diseño experimental</i>	<p>Evaluar la efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento, basado en la “toma de decisiones compartida” en mujeres gestantes, en relación con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la entrega del plan de nacimiento en el hospital, recibir información suficiente en la gestación sobre el parto y el grado de satisfacción con la experiencia del parto; - las preferencias sobre los cuidados concernientes al parto, respecto al asesoramiento habitual.

Figura 5. Desarrollo del estudio

4.2. METODOLOGÍA DE LA FASE I.I

En este apartado se presenta la metodología correspondiente al objetivo:

“Determinar la prevalencia de la actividad educativa sobre el plan de nacimiento, que realizan las matronas en el control prenatal de las mujeres gestantes e identificar los factores relacionados a la realización de esta actividad educativa.

4.2.1. Diseño

Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo de asociación cruzada (229).

4.2.2. Ámbito de estudio

El estudio se realizó en las cinco unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) siguientes: Mollet del Vallés, Granollers, Santa Coloma de Gramanet, Badalona y *Dreta* (Barcelona ciudad), en Atención Primaria del Institut Català de la Salut (ICS), de los ámbitos territoriales “Metropolitana Nord” y “Barcelona ciudad” de la Región sanitaria de Barcelona (Cataluña). En la figura 6 se presenta el mapa de las regiones sanitarias de Cataluña, y en la figura 7 se muestra el mapa de los ámbitos territoriales “Metropolitana Nord” y “Barcelona ciudad” con la ubicación de los ASSIR que se estudiaron.

En dichos ASSIR, durante el año 2015 se realizaron un total de 7.544 primeras visitas de control de embarazo. La distribución de estas primeras visitas, según ASSIR se presenta en la tabla 1.



Figura 6. Regiones sanitarias de Cataluña
Fuente: Servei Català de la Salut (CatSalut)

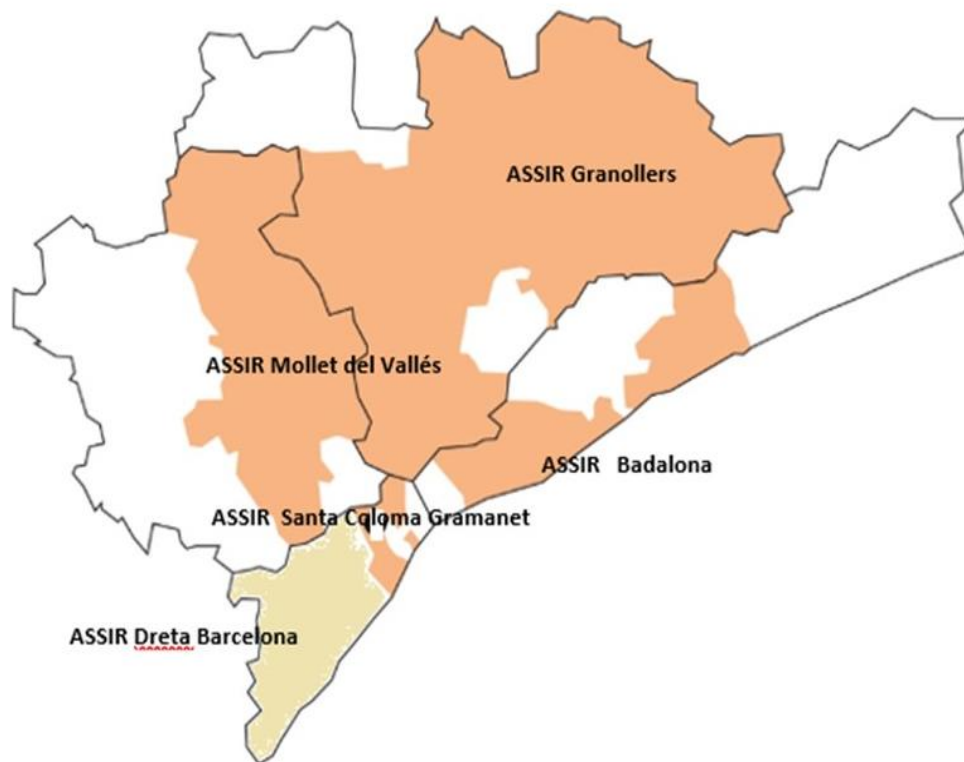


Figura 7. ASSIR de estudio de la fase I.I de los ámbitos territoriales “Metropolitana Nord” y “Barcelona ciudad”

Fuente: Institut Català de la Salut

Tabla 1. Distribución de las primeras visitas de control prenatal según ASSIR realizadas en el año 2015

Unidades ASSIR	Primeras visitas de control prenatal
ASSIR 1	1.008
ASSIR 2	2.262
ASSIR 3	1.082
ASSIR 4	1.906
ASSIR 5	1.286
Total	7.544

ASSIR=Atención a la Salud Sexual y Reproductiva

4.2.3. Sujetos del estudio

Población de estudio

Mujeres que tuvieron el control prenatal en las cinco unidades ASSIR, mencionadas anteriormente, entre el 1 de septiembre del 2015 al 31 de agosto del 2016.

Criterios de selección

Criterios de inclusión. Se incluyeron a todas las mujeres gestantes con inicio de control prenatal y proceso de embarazo finalizado en las unidades mencionados anteriormente.

Criterios de exclusión. Se excluyeron a las mujeres gestantes cuyas historias clínicas constaba registrado que el embarazo finalizó por un aborto, una interrupción voluntaria del embarazo, una mola hidatiforme, un embarazo ectópico y mujeres que se habían trasladado de centro. Además, se excluyeron las historias clínicas que presentaban un infra registro $\geq 30\%$ o constaban valores atípicos.

4.2.4. Tamaño de la población

Fueron todas las mujeres (7.544) con al menos una visita de control prenatal en el periodo del estudio.

4.2.5. Variables de estudio

Principales variables de resultado

En relación con la actividad educativa sobre el plan de nacimiento

- Realización de la actividad educativa sobre el PN a las mujeres en la visita del control prenatal del ASSIR: no, sí.
- Semanas de gestación (SG) en que se efectuó la actividad educativa del PN.
- Periodo adecuado de la realización de la actividad educativa, según el estándar de calidad del ICS que ≥ 24 SG: no, sí.

Perfil sociodemográfico y obstétrico

- Edad: en años.
- Procedencia: autóctona, extranjera.
- Número de partos.
- Partos previos: no, sí.
- Nivel de riesgo obstétrico: riesgo bajo, riesgo medio, riesgo alto, riesgo muy alto.

4.2.6. Fuente de datos y procedimiento de recogida de datos

La fuente de datos fueron las historias clínicas de la “Estación clínica de atención primaria” (Ecap) del Institut Català de la Salut.

Entre octubre y diciembre del 2017 se realizó la extracción electrónica de la Ecap. Los datos se volcaron, anonimizados, en una hoja de cálculo Excel, y el equipo investigador evaluó la calidad de estos.

4.2.7. Análisis de los datos

Todas las variables del estudio se tabularon en una base de datos que sólo era accesible a los investigadores del estudio. En primer lugar, se realizó una depuración de la base de datos, identificando en cada variable los datos anómalos.

Se describieron las principales variables de interés y las características sociodemográficas y clínicas de las mujeres. En el caso de las variables cuantitativas se calculó la media y desviación estándar y otras medidas de centralización como son la mediana y los cuartiles 1 y 3 (Q_1 y Q_3). En el caso de las variables categóricas se calculó la frecuencia y el valor porcentual. En las principales variables de resultados se calcularon los intervalos de confianza al 95% (IC 95%).

La comparación de la realización de la actividad educativa sobre el plan de nacimiento y la adecuación del periodo en la que se realizó, según los ASSIR y según las características de las mujeres, se efectuó mediante la prueba de la Ji al Cuadrado o la prueba de Fisher (si la frecuencia observada fue <5) en el caso de las variables de tipo categórico. Las variables cuantitativas se compararon mediante la prueba de la t de Student y el análisis de la varianza con la prueba Anova y Kruskal Wallis.

Se realizó un estudio previo sobre los posibles factores de confusión e interacción. Se ajustaron por aquellas variables clínicas o bibliográficamente relevantes que mostraron asociación en el análisis bivariado. Se construyó un modelo multivariado de regresión logística con el objetivo de identificar las variables relacionadas con realización de la actividad educativa sobre el plan de nacimiento (variable dependiente) y otro modelo sobre si la actividad educativa se realizó en el periodo indicado o sea ≥ 24 SG (variable dependiente). Se determinó la razón de probabilidades *Odds Ratio* (OR) con sus intervalos

de confianza (IC 95%). En todas las pruebas se aceptó una diferencia significativa a partir de un valor $p < 0,05$.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 24.0 para Windows (230).

4.2.8. Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Instituto Universitario de Investigación de Atención Primaria IDIAP con el código (P16/157), a fecha 30 de noviembre de 2016. (Anexo 13.1).

Los datos de la base de datos obtenidos de las historias clínicas fueron anonimizados. El acceso y tratamiento de la base datos fue realizado por el equipo investigador y se garantizó el cumplimiento de la ley de protección de datos de carácter personal vigente, en ese momento, (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal) (231).

4.3. METODOLOGÍA DE LA FASE I.II

En este apartado se presenta la metodología correspondiente al objetivo:

“Identificar la prevalencia de entrega del plan de nacimiento de las mujeres gestantes en cinco hospitales de Cataluña”.

4.3.1. Diseño

Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo de asociación cruzada (229).

4.3.2. Ámbito de estudio

Se realizó en cinco unidades ASSIR de la región sanitaria de Barcelona: Mollet del Vallés, Granollers, Santa Coloma de Gramanet, Badalona y *Dreta* (Barcelona ciudad), de Atención Primaria del Institut Català de la Salut (ICS) de los ámbitos territoriales “Metropolitana Nord y Barcelona ciudad” (Barcelona). En dichos ASSIR, durante el año 2016, realizaron el control prenatal 7.461 mujeres gestantes.

Los cinco hospitales de referencia de estos ASSIR fueron: Hospital de Mollet, Hospital General de Granollers, Hospital del Espíritu Santo en Santa Coloma de Gramanet, Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona y Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en Barcelona. En estos hospitales de referencia parieron 6.289 mujeres.

Posteriormente 4.749 mujeres asistieron al control posparto en el puerperio en los ASSIR de estudio.

4.3.3. Sujetos del estudio

Población de estudio

Mujeres gestantes con control prenatal y puerperio en los cinco ASSIR del ICS, de la provincia de Barcelona durante el año 2017, en la Región Sanitaria de Barcelona.

Criterios de selección

Criterios de inclusión. Mujeres gestantes con control gestacional y puerperio en el ASSIR, que hubiesen completado el plan de nacimiento en el embarazo y que tuvieron el parto en el hospital de referencia.

Criterios de exclusión. Mujeres menores de 18 años, dificultad en la comprensión del idioma castellano o catalán, o que habían sufrido una muerte perinatal.

4.3.4. Tamaño de la muestra

Una muestra aleatoria de 422 mujeres gestantes fue suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 5 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que previsiblemente fue de alrededor del 50%. El porcentaje de reposiciones necesario previsto fue del 15%. Se calculó con el programa Granmo 7.12 (232) para una estimación poblacional de una proporción.

4.3.5. Técnica de muestreo

La técnica de muestro utilizada fue proporcional al número de partos de los hospitales de referencia de los ASSIR de estudio en el año 2016 (tabla 2). La selección de las mujeres se realizó de forma consecutiva a medida que las mujeres acudían la consulta para el control del posparto.

Tabla 2. Muestreo proporcional según número de partos de los hospitales de referencia en el año 2016

Hospital de referencia	ASSIR	Número de partos en el hospital	Proporción	Tamaño muestral ASSIR
Hospital 1	ASSIR 1	740	11,8%	50
Hospital 2	ASSIR 2	1.649	26,2%	111
Hospital 3	ASSIR 3	882	14%	59
Hospital 4	ASSIR 4	1.356	21,6%	91
Hospital 5	ASSIR 5	1.662	26,4%	111
Total		6.289	100%	422

ASSIR=Atención a la Salud Sexual y Reproductiva

4.3.6. Variables de estudio

Principales variables de resultados

En relación con plan de nacimiento

- Entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia: no, sí.
- Motivos de no entrega del plan de nacimiento: no lo creí necesario, me olvidé, los profesionales que me atendieron no me lo pidieron, otras causas.

En relación con los resultados obstétricos

- Semanas de gestación el día del parto: semanas.
- Parto según semanas de gestación: pretérmino, término, postérmino.
- Tipo de parto: eutócico, instrumentado, cesárea.

- Realización de episiotomía: no, sí.
- Realización de contacto precoz de piel con piel: no, sí.
- Inicio de lactancia materna en sala de partos: no, sí.

En referencia a los métodos de alivio del dolor utilizados por las mujeres durante el parto

- Tipo de analgesia:
 - Farmacológica: epidural, general, local, parenteral, inhalada.
 - No farmacológica: técnicas de relajación, técnicas de respiración, masaje, uso del agua, calor local, pelota, otros métodos no farmacológicos: terapia electroestimulación neurosensorial (TENS), acupuntura, aromaterapia, homeopatía, flores de Bach.
 - Farmacológicos y no farmacológicos.

Perfil sociodemográfico y obstétrico

- Edad: en años.
- Procedencia: autóctona, extranjera.
- Nivel de estudios: primarios o inferior, secundarios, universitarios.
- Trabajo remunerado: no, sí.
- Número de partos.
- Partos previos: no, sí.
- Nivel de riesgo obstétrico agrupado al final de la gestación: bajo-medio, alto-muy alto.
- Hospital de referencia: 1, 2, 3, 4 y 5.

4.3.7. Instrumento y procedimiento de recogida de datos

El equipo investigador diseñó una hoja de recogida de datos para recoger las variables sobre el perfil sociodemográfico y obstétrico, los métodos de alivio del dolor y los resultados del parto. Además, contenía dos preguntas cerradas sobre la entrega del plan de nacimiento en el hospital y los motivos de no entrega (Anexo 13.2.3).

Los datos se obtuvieron, de forma retrospectiva de las mujeres, durante el puerperio en los ASSIR participantes. Las matronas captaron a las mujeres en la consulta del control posparto y explicaron en qué consistía el estudio verbalmente y por escrito. Aquellas que desearon participar se les entregó el consentimiento informado para firmarlo (Anexo

13.2.1 y 13.2.2). Una vez obtenido el consentimiento informado, la matrona recopiló la información del estudio a través de la hoja de recogida de datos. El periodo de la recogida de datos fue entre el 1 de marzo al 31 de diciembre del 2017.

Prueba piloto

Para comprobar el funcionamiento de la recogida de datos y la comprensión de las dos preguntas sobre la entrega del plan de nacimiento en el hospital, se realizó una prueba piloto con 20 mujeres distribuidas entre los centros de estudio y se incorporaron los aspectos de mejora. Los datos obtenidos de la prueba piloto no se incluyeron en el análisis de los datos.

4.3.8. Análisis de los datos

Todas las variables del estudio se tabularon en una base de datos sólo accesible a los investigadores del estudio. En primer lugar, se depuró la base de datos identificando en cada variable los datos anómalos y posteriormente se realizó un análisis descriptivo de todas las variables. Para las variables categóricas se calculó la frecuencia y el valor porcentual. En las variables cuantitativas se calculó la media, la desviación estándar (DE). La prevalencia de entrega del plan de nacimiento en el hospital se presentó con los correspondientes intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Las diferencias sociodemográficas y obstétricas y la entrega del plan de nacimiento en el hospital se analizaron utilizando la prueba de Ji al Cuadrado o la prueba de Fisher (si la frecuencia observada fue <5). Las variables cuantitativas se compararon con la prueba de t Student y el análisis de la varianza (Anova).

Se realizó un análisis de regresión logística multivariante para identificar las variables relacionadas con la entrega del plan del nacimiento en el hospital (variable dependiente). Las variables independientes fueron, edad, la procedencia, nivel de estudios, trabajo remunerado y el hospital de referencia. Se determinó la razón de probabilidades *Odds Ratio* (OR) y se determinó el intervalo de confianza al 95% (IC 95%). En todas las pruebas se aceptó una diferencia significativa a partir de un valor $p < 0,05$.

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 24.0 para Windows (230).

4.3.9. Aspectos éticos

El proyecto obtuvo la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol con el código P16/157 a fecha 30 de noviembre de 2016 (Anexo 13.1).

Las matronas que colaboraron en la recogida de los datos informaron a las mujeres de forma verbal y por escrito sobre la finalidad de estudio. La hoja informativa sobre el estudio contenía información sobre la finalidad del estudio, los posibles riesgos e inconvenientes en su participación, así como el tratamiento de los datos obtenidos, expresada en términos claros y comprensibles (Anexo 13.2.1). Si las mujeres tuvieron dudas fueron resueltas por las matronas. Asimismo, se les informó de su derecho a dejar en cualquier momento la participación del estudio sin necesidad de justificar su abandono y sin perjuicio en la asistencia sanitaria recibida. Aquellas que desearon participar se les solicitó el consentimiento informado por escrito y se les entregó una copia de este (Anexo 13.2.2). Durante todo el proceso del estudio las mujeres dispusieron del teléfono y dirección de correo electrónico de la investigadora principal por si deseaban más información o resolver dudas. A todas las participantes se les asignó un número de identificación asociado. Las matronas que colaboraron en la recogida de los datos solo tuvieron acceso a los datos recogidos por ellas mismas y solo el equipo investigador tuvo acceso a todos los datos obtenidos que fueron anonimizados. El tratamiento de los datos se realizó según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (231).

4.4. METODOLOGÍA DE LA FASE II

En este apartado se presenta la metodología correspondiente a los objetivos de:

“Evaluar la efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento, basado en la “toma de decisiones compartida” en mujeres gestantes, en relación con la entrega del plan de nacimiento en el hospital, recibir información suficiente en la gestación sobre el parto y el grado de satisfacción con la experiencia del parto, respecto al asesoramiento habitual” y

“Evaluar la efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento, basado en la “toma de decisiones compartida” en mujeres gestantes, en relación con las preferencias sobre los cuidados concernientes al parto, respecto al asesoramiento habitual”.

4.4.1. Diseño

Ensayo clínico, multicéntrico, aleatorizado por clústeres y paralelo. Se optó por un diseño con asignación por clústeres, por ASSIR, para evitar la contaminación entre las matronas que recibieron o no formación específica sobre el asesoramiento del plan de nacimiento “basado en la TDC”; así como la posible contaminación entre las mujeres gestantes que acudían al control prenatal en los centros de estudio (229).

4.4.2. Ámbito de estudio

Se realizó en las unidades del ASSIR de Mollet del Vallés, Granollers, Badalona y Dreta (Barcelona), en Atención Primaria del ICS, de los ámbitos territoriales “Metropolitana Nord y Barcelona ciudad” (Barcelona). En la figura 8 se especifica los ASSIR incluidos en el estudio.

Los hospitales de referencia para la asistencia del parto, de las mujeres, de los ASSIR de estudio se presentan en la tabla 3. Se han anonimizado los nombres de los ASSIR y de los hospitales y se han identificado con los números 1, 2, 4, y 5. El ASSIR 3 que participó en los dos estudios de la fase I de la investigación no participó en la fase II.

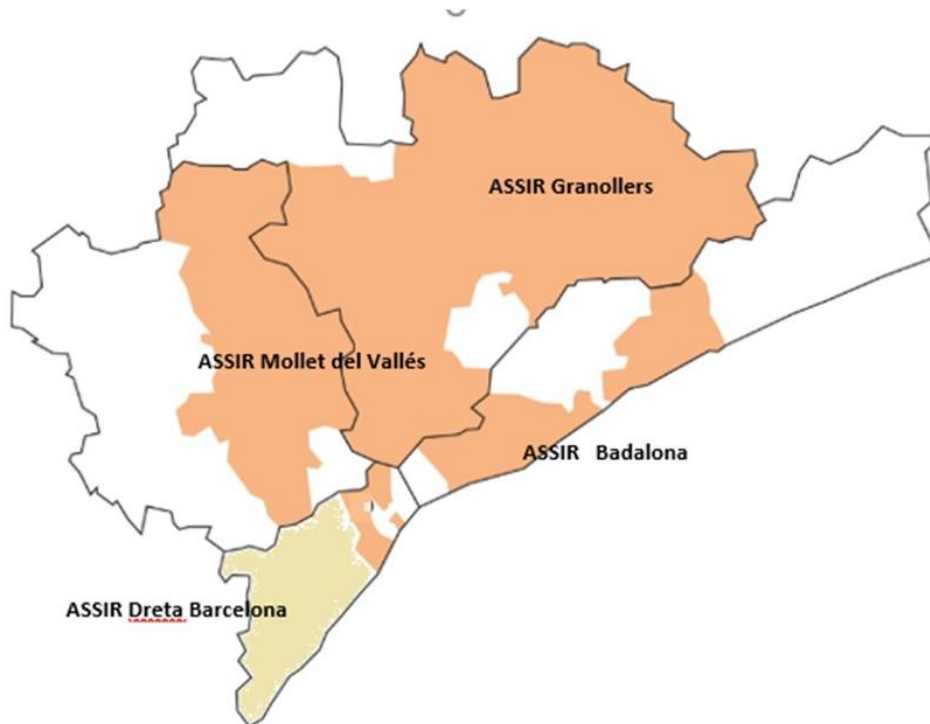


Figura 8. ASSIR de estudio de la fase II de los ámbitos territoriales “Metropolitana Nord” y “Barcelona ciudad”.

Fuente: Institut Català de la Salut

Tabla 3. ASSIR y hospitales de referencia

ASSIR	Hospital de referencia
ASSIR 1	Hospital 1
ASSIR 2	Hospital 2
ASSIR 4	Hospital 4
ASSIR 5	Hospital 5

ASSIR=Atención a la Salud Sexual y Reproductiva

4.4.3. Sujetos del estudio

Población de diana

Mujeres gestantes con control prenatal en los centros de salud de los ASSIR de Cataluña y con parto en el sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña.

Población de estudio

Mujeres que tuvieron el control prenatal y puerperio en las cuatro unidades ASSIR, mencionadas anteriormente entre el 1 de noviembre del 2017 al 8 de julio del 2019.

Criterios de selección

Criterios inclusión. Mujeres gestantes mayores de edad con control prenatal y puerperio en los centros de estudio y con parto en los hospitales de referencia, que desearon participar en el estudio y quisieron rellenar el plan de nacimiento.

Criterios de exclusión. Analfabetismo, barrera idiomática, drogadicción, alcoholismo, cardiopatía grado 2, 3 y 4, patología materna asociada grave, diabetes tipo I-II, malformación uterina, malformación fetal diagnosticada, gestación gemelar o múltiple, incompetencia cervical, muerte perinatal anterior, retraso de crecimiento intrauterino, placenta previa, isoinmunización, infección materna.

4.4.4. Tamaño de la muestra

El cálculo de la muestra se realizó en base a la variable principal de estudio "entrega del plan de nacimiento". Basado en un estudio descriptivo piloto (n=211 mujeres), un 48% de las mujeres que recibieron el asesoramiento habitual entregaron el plan de nacimiento. Se estimó que esta prevalencia pudiera ser superior en las mujeres que recibieran el asesoramiento basado en la toma de decisiones compartida, alrededor del 68%. En este estudio se planteó un diseño experimental aleatorio, multicéntrico y paralelo por clústeres (participaron 4 ASSIR). Se aplicó un error alfa del 5%, un error beta del 20% y se tuvo en cuenta la influencia de los clústeres en el análisis. Se precisó un total de 133 mujeres en el grupo control y 133 grupo experimental. Se estimó un 15% de pérdidas durante el seguimiento. El cálculo se realizó mediante las macros del SPSS V24 (233).

Se realizó un análisis intermedio para valorar si era necesario recalcular el tamaño muestral para que hubiese una potencia suficiente para el análisis de los subgrupos.

4.4.5. Asignación de los centros y las participantes a los grupos de estudio

De los 7 ASSIR elegibles se descartaron 3 porque el contenido de los planes de nacimiento que utilizaban no era comparable en la fase de análisis de las preferencias sobre los aspectos relacionados con el parto.

Se enmascaró la aleatorización de los centros en la Escuela de Enfermería, Campus de Bellvitge, de la Universidad de Barcelona. Se aleatorizaron 4 unidades de ASSIR (1,2,4,5), 2 en el grupo control y 2 en el grupo experimental con el programa EPIDAT 4.0 (234). Como

resultado de la aleatorización los ASSIR 1 y 4 fueron asignados al grupo control y los ASSIR 2 y 5 lo fueron al grupo experimental.

Las matronas de los ASSIR asignaron a las mujeres, de forma consecutiva, a cada uno de los grupos, según les concerniera pertenecer a los grupos de estudio asignados a los centros.

4.4.6. Características de la intervención

A continuación, se describen las características de la intervención en cada uno de los grupos.

Características de la intervención: grupo control

Matronas. Las matronas de los ASSIR no recibieron ninguna formación adicional sobre asesoramiento del plan de nacimiento y no conocían la existencia del díptico.

Mujeres gestantes. Recibieron el asesoramiento de las matronas sobre el plan de nacimiento basado según práctica habitual. Este consistía:

- Entre las 24-28 SG, se entregaba a las mujeres gestantes el primer plan de nacimiento para cumplimentarlo en su domicilio.
- En la visita entre las 29-33 SG (siguiente control prenatal) la matrona recogía el plan de nacimiento cumplimentado y en base a este realizaba el asesoramiento según la práctica habitual (figura 12). Una vez acabado el asesoramiento, la matrona entregaba a la mujer un nuevo plan de nacimiento para cumplimentar en su domicilio.
- Entre las 34-40 SG la matrona solicitaba el segundo plan de nacimiento a la mujer y realizaba una copia e indicaba a la mujer que lo entregara en el hospital el día del parto.

Características de la intervención: grupo experimental

Díptico sobre las recomendaciones de los cuidados concernientes al parto y recién nacido que constan en los planes de nacimiento

El equipo investigador realizó una revisión bibliográfica y luego elaboró un díptico sobre las recomendaciones basadas en la evidencia científica sobre las diferentes opciones de los cuidados que constan en los planes de nacimiento, (Anexo 13.3.1).

Para evaluar validez del contenido de la información del díptico sobre el PN se utilizó la metodología de “Juicio de expertos” mediante la técnica de consenso nominal (235). También se evaluó su fiabilidad mediante la cumplimentación de un cuestionario.

Se realizaron dos sesiones en la Escuela de Enfermería, Campus de Bellvitge, de la

Universidad de Barcelona en abril y mayo del año 2017. Participaron siete matronas profesionales expertas pertenecientes a sociedades científicas, asistenciales y/o de gestión de los ámbitos de atención primaria y hospitalaria.

Se consensuó el contenido informativo de cada uno de los aspectos que consta en los planes de nacimiento: procedimientos durante la dilatación; métodos de alivio del dolor; periodo expulsivo, recién nacido y lactancia.

Para evaluar la fiabilidad del díptico las participantes cumplimentaron un cuestionario anónimo que contenía 10 preguntas en una escala del 1 al 10 (1 totalmente en desacuerdo a 10 totalmente de acuerdo). Se preguntaba sobre la claridad, objetividad, actualidad, cantidad de la información, relevancia, utilidad de la información; así como si el contenido y la presentación del díptico era adecuado. También si ayudara a las mujeres gestantes en la toma de decisiones y si éste facilitara el asesoramiento de las matronas a las mujeres gestantes sobre el plan de nacimiento. Finalmente se preguntaba si las matronas ofrecerían el díptico a las mujeres y para ello se utilizó una escala nominal (sí, no, no lo sé) (Anexo 13.3.2).

Se recogieron siete cuestionarios. En la tabla 4 se presentan los resultados descriptivos, en donde se observa que las puntuaciones medias fueron oscilaron entre 9,9 a 10. El coeficiente de correlación interclase obtuvo un valor de (CCI=0,912) y el Alpha de Cronbach's fue de 0,905. La totalidad de las participantes expresaron que ofrecerían el díptico a las mujeres.

Tabla 4. Resultados de las preguntas para la evaluación de la validez de la información del díptico informativo sobre el plan de nacimiento

Preguntas para evaluación de la validez de la información del díptico del PN	Puntuación Media (DE)
La información del díptico del plan de nacimiento es clara para las mujeres gestantes	10 (0)
La información proporcionada en el díptico del plan de nacimiento es objetiva	10 (0)
La información proporcionada en el díptico del plan de nacimiento está actualizada	10 (0)
La cantidad de información proporcionada en el díptico del plan de nacimiento es suficiente para las mujeres gestantes	9,9 (0,4)
La información proporcionada en el díptico del plan de nacimiento es relevante para las mujeres gestantes	10 (0)
La información proporcionada en el díptico del plan de nacimiento es útil para las mujeres gestantes	10 (0)
El contenido del díptico del plan de nacimiento es adecuado para las mujeres gestantes	10 (0)
El formato de la presentación díptico del plan de nacimiento es adecuado para las mujeres gestantes	10 (0)
El díptico del plan de nacimiento ayudará a las mujeres gestantes en su toma de decisiones	9,9 (0,4)
El díptico del plan de nacimiento facilitará el asesoramiento de las matronas a las mujeres gestantes	9,9 (0,4)

PN=plan de nacimiento; DE= desviación estándar

Los resultados obtenidos proporcionaron seguridad para editar el díptico del plan de nacimiento y utilizarlo durante el asesoramiento y entregarlo a las mujeres gestantes en el estudio. En la figura 9 se muestra el esquema sobre las fases de la elaboración del díptico y en la figura 10 se muestra una imagen parcial del díptico sobre el plan de nacimiento.



Figura 9. Fases de la elaboración del díptico

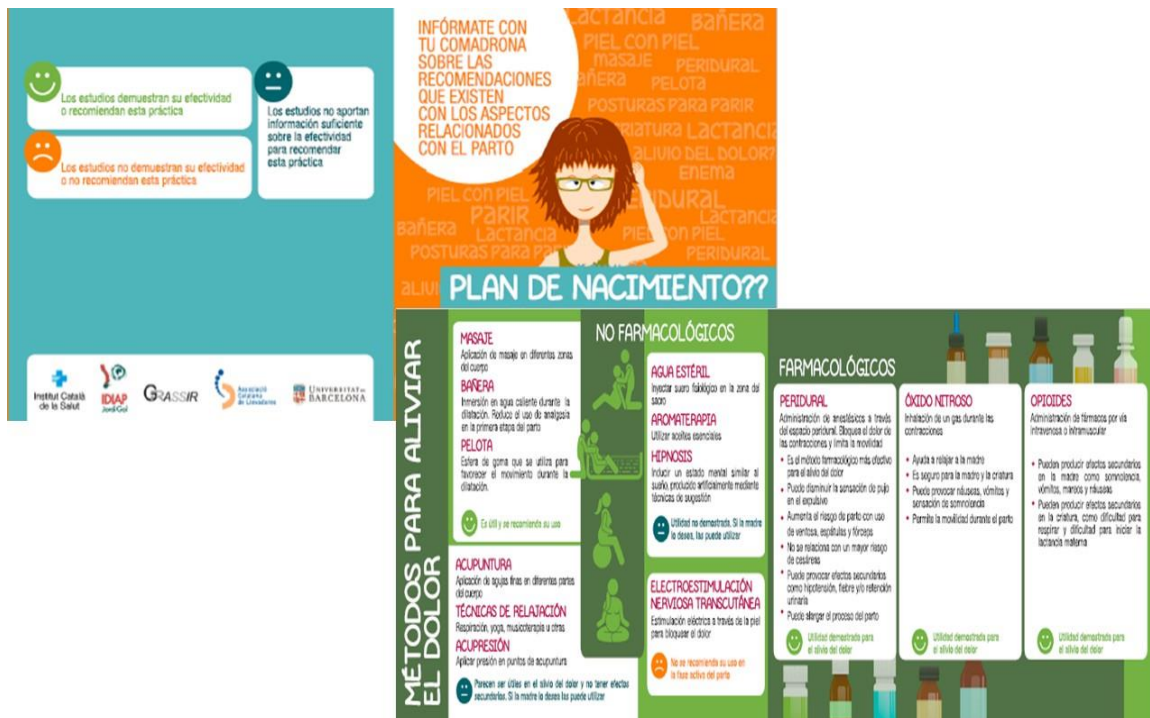


Figura 10. Imagen de una de las caras del díptico sobre el plan de nacimiento

Formación de las matronas

Dossier de soporte a las matronas para realizar la intervención de asesoramiento basado en la TDC a las mujeres gestantes

Antes de la formación de las matronas, el equipo investigador elaboró un dossier sobre los aspectos que constan en los planes de nacimiento, a partir de las últimas revisiones de la *Cochrane Database of Systematic Reviews* (236) de la “*Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*” del Sistema Nacional de Salud (2010) (237), de la “*Actualizació i adaptació en Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l’Atenció al part normal*” (2012) (238) y de la Guía de práctica Clínica del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) “*Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth*” (239) (Anexo 13.3.3). El objetivo del dossier fue facilitar la intervención de asesoramiento basado en la evidencia científica de las matronas a las mujeres. En la figura 11 se muestra en el proceso de la elaboración del dossier para las matronas y el diseño de la actividad educativa a las matronas.

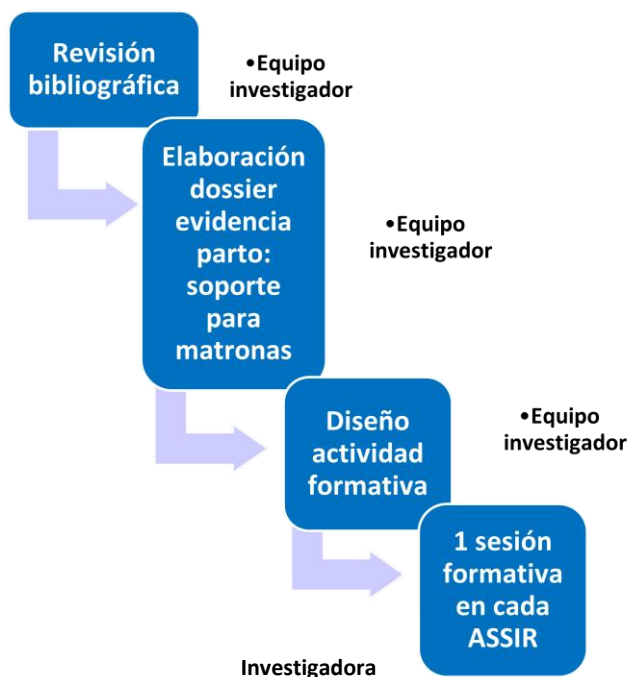


Figura 11. Proceso de la elaboración del dossier y diseño de la intervención educativa a las matronas

Sesión formativa a las matronas del grupo experimental

La investigadora principal realizó una formación presencial a las matronas de cada uno de los ASSIR del grupo experimental de cuatro horas de duración con los siguientes apartados:

- A. Evidencia científica sobre los cuidados del parto.
- B. Evidencia científica de los planes de nacimiento en referencia a los resultados obstétricos, satisfacción y percepción de las mujeres y los profesionales sobre estos.
- C. Tipos de relación asistencial: paternalista, informativa, deliberativa.
- D. Toma de decisiones compartida. Elementos claves en la TDC según las recomendaciones de Epstein:
 1. Comprender la experiencia y las expectativas de la persona y de los miembros de su familia.
 2. Creación de una relación de colaboración con la persona.
 3. Proporcionar la evidencia existente, incluida una discusión equilibrada de aquellos aspectos en los que no hay una evidencia clara al respecto.
 4. Presentar recomendaciones.

5. Verificar el entendimiento, el acuerdo y confirmar que la decisión tomada encaja con los valores de la persona.

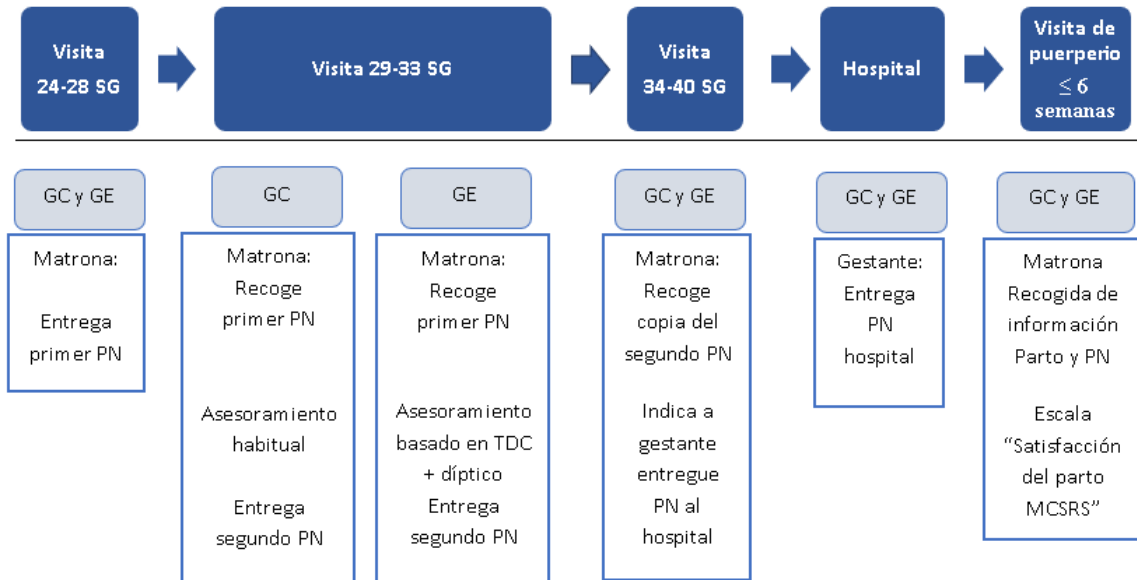
E. Entrenamiento sobre la TDC y presentación y utilización del díptico.

Mujeres gestantes

Las mujeres gestantes del GE recibieron el asesoramiento de las matronas sobre el plan de nacimiento basado la TDC.

- Entre las 24-28 SG, se entregó a las mujeres gestantes el primer PN para cumplimentarlo en su domicilio.
- En la visita de control prenatal entre las 29-33 SG, la matrona recogía el PN cumplimentado y en base a este se realizaba el asesoramiento a la mujer según las recomendaciones de Epstein en la TDC (126), y también le entregaba el díptico. Al final del asesoramiento, la matrona daba a la mujer un nuevo PN para cumplimentarlo en su domicilio.
- Entre las 34-40 SG la matrona solicitaba a la mujer el segundo PN y realizaba una copia de este y le indicaba que lo entregara en el hospital el día del parto.

En la figura 12 se muestra el desarrollo de la intervención.



SG=semanas de gestación; GC=grupo control; GE=grupo experimental; PN=plan de nacimiento; TDC=toma de decisiones con partida; MCSRS=Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale

Figura 12. Desarrollo de la intervención y la recogida de datos

4.4.7. Variables de estudio

Principales variables de resultados

En relación con el plan de nacimiento

- Entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia: no, sí.
- Motivos de no entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia: no lo creí necesario, me olvidé, los profesionales que me atendieron no me lo pidieron, otras causas.
- Recibir información suficiente durante el embarazo sobre el parto: no, sí.
- Grado de utilidad de la elaboración del plan de nacimiento en la toma de decisiones sobre los aspectos relacionados del parto. Escala de 0 a 5 (0 nada útil / 5 muy útil).
- Intención de uso del plan de nacimiento en siguiente embarazo: no, sí.

En relación con la satisfacción de la experiencia del parto: Escala MCSRS (92)

- Puntuación global de la satisfacción con la experiencia del parto.
- Puntuación de la subescala matrona.
- Puntuación de la subescala obstetra.
- Puntuación de la subescala dilatación.
- Puntuación de la subescala expulsivo.
- Puntuación de la subescala recién nacido.
- Puntuación del acompañante y confort.
- Puntuación de la satisfacción en el grado de participación en la toma de decisiones en la dilatación y en el expulsivo.

En relación con las preferencias del plan de nacimiento

- Preferencias expresadas en el plan de nacimiento: sí o preferencia seleccionada en la lista de comprobación.
- Preferencias relacionadas con: acompañamiento y confort, los procedimientos, los métodos de alivio del dolor, los cuidados durante el periodo expulsivo, los cuidados del recién nacido y lactancia.
- Número de cambios en las preferencias del plan de nacimiento después del asesoramiento.

En relación con los resultados obstétricos

- Inicio de parto: espontáneo, inducido.
- Tipo de parto: eutócico, instrumentado, cesárea.
- Realización de episiotomía: no, sí.
- Realización de contacto precoz de piel con piel: no, sí.
- Inicio de lactancia materna en sala de partos: no, sí.
- Complicaciones perinatales: no, sí.
- Ingreso neonato: no, sí.
- Muerte perinatal: no, sí.
- Complicaciones maternas: no, sí.

En relación con los métodos de alivio del dolor utilizados por las mujeres durante el parto

- Tipo de analgesia:
 - Farmacológica: epidural, general, local, parenteral, inhalada.
 - No farmacológica: técnicas de relajación, técnicas de respiración, masaje, uso del agua, calor local, pelota, otros métodos no farmacológicos: terapia electroestimulación neurosensorial (TENS), acupuntura, aromaterapia, homeopatía, flores de Bach.
- Farmacológicos y no farmacológicos.

Perfil sociodemográfico y obstétrico

- Edad: en años.
- Procedencia: autóctona, extranjera.
- Nivel de estudios: primarios o inferior, secundarios, universitarios.
- Trabajo remunerado: no, sí.
- Convive con pareja: no, sí.
- Número de partos.
- Partos previos: no, sí.
- Entregó el plan de nacimiento en el hospital en gestación anterior: no, sí.
- Nivel de riesgo obstétrico agrupado al final de la gestación: bajo-medio, alto-muy alto.

Otras variables de perfil

- Asistió a clases de educación maternal: no, sí.

- Consultó por Internet sobre el embarazo y el plan de nacimiento: no, sí.
- ASSIR de referencia: 1, 2, 4, 5.
- Hospital de referencia: 1, 2, 4, 5.

4.4.8. Instrumentos de recogida de recogida de datos

Parrilla de datos de las características sociodemográficas y obstétricas

Fue elaborada por el equipo investigador y era rellenado por las matronas que participaron en el estudio en la visita de control gestacional (Anexo 13.3.4)

Plan de nacimiento

Se utilizaron los diferentes planes de nacimiento que cada ASSIR tenía consensuado con su hospital de referencia (Anexo 13.3.5). El formato de todos ellos era de lista de comprobación y algunos tenían un apartado para que la mujer pudiera expresar otras preferencias no incluidas en estos apartados específicos. La mujer seleccionaba las preferencias deseadas en la lista de comprobación.

Las preferencias de los planes de nacimiento hacían referencia al acompañamiento, el confort, a los procedimientos durante el parto, a la libertad de movimientos, a la monitorización fetal, a los métodos alivio del dolor, el expulsivo, al recién nacido, a la lactancia y la estancia en el hospital.

Parrilla de datos de los resultados obstétricos

Fue elaborada por el equipo investigador y era rellenado por las matronas en la visita de puerperio (Anexo 13.3.4).

Cuestionario sobre los aspectos relacionados con el plan de nacimiento e información recibida

Fue elaborado por el equipo investigador y era autocumplimentado por las mujeres juntamente con la Escala "MCSRS". Constaba de cinco preguntas cerradas sobre la entrega del plan de nacimiento, los motivos de no entrega, si recibió información suficiente en el embarazo sobre el parto, el grado de utilidad de la elaboración del plan de nacimiento en la toma de decisiones sobre los aspectos relacionados con el parto, y si utilizaría el plan de nacimiento en la siguiente gestación. (Anexo 13.3.6)

Escala de Satisfacción con la experiencia del parto de MacKey. “Mackey Satisfaction with Mackey Satisfaction with Childbirth Rating” (MCSRS)

Es una escala validada al español por Mas-Pons y col, (92). Se trata de un cuestionario diseñado para que sea autocumplimentado por las mujeres que hayan tenido un parto vaginal. Consta de 35 ítems, y utiliza para cada uno de ellos una escala Likert que va de 0 “muy insatisfecha” a 5 “muy satisfecha”. Consta de seis subescalas: acompañamiento y confort (4 ítems), dilatación (4 ítems), expulsivo (4 ítems), recién nacido (3 ítems), matrona (12 ítems) y obstetra (8 ítems). La satisfacción global es la suma de cada uno de los ítems. Una mayor puntuación significa una mayor satisfacción y también pueden obtenerse puntuaciones parciales de cada una de las subescalas (Anexo 13.3.7).

Esta escala presenta una fiabilidad del (CCI=0,93) para la escala global, mientras por subescalas oscila entre CCI=0,79 en la subescala de acompañamiento y confort al CCI=0,95 en la subescala del recién nacido. Para la validez del contenido la escala total presenta un coeficiente alfa de Cronbach del 0,94 mientras que por subescalas oscila entre 0,72 en la subescala del recién nacido a un máximo 0,96 en la subescala de obstetra.

4.4.9. Procedimiento de recogida de datos

La recogida de datos tuvo las siguientes fases:

Captación de las gestantes. En la visita de control prenatal de las 24-28 SG las matronas de ambos grupos informaban verbalmente y por escrito (Anexo 13.3.8) a las mujeres gestantes que cumplían con los criterios de inclusión de las características del estudio. A las mujeres que decidieron participar se les entregó el primer plan de nacimiento para que lo cumplimentaran en su domicilio.

Visita control prenatal 29-33 SG. Posteriormente, alrededor de la visita de control gestacional de 29-33 SG, las matronas recogían el plan de nacimiento que las mujeres habían cumplimentado. En esta visita, a las mujeres del grupo control, las matronas resolvían las dudas y realizaban asesoramiento según práctica habitual y a las mujeres del grupo experimental las matronas realizaban el asesoramiento del plan de nacimiento basado en TDC y se les entregaba el díptico sobre las recomendaciones según la evidencia científica sobre los aspectos que constaban en el plan de nacimiento. Después del asesoramiento, a las mujeres de ambos grupos, se les entregaba un segundo plan de

nacimiento para que lo cumplimentaran en su domicilio.

Visita control prenatal de las 34-40 SG. A las mujeres de ambos grupos, las matronas recogían una copia del segundo plan de nacimiento e indicaban a las mujeres que el original lo entregaran en el hospital el día del parto.

En la visita de puerperio, tanto a las mujeres del grupo control como a las del grupo experimental, las matronas recogían datos sobre el parto y entregaban a las mujeres el formulario sobre aspectos relacionados con el plan nacimiento y la escala MCSRS para que los cumplimentaran.

Periodo de recogida de datos. El periodo de recogida de información se realizó entre el 1 de noviembre del 2017 al 8 de julio del 2019.

Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto con 5 mujeres de cada ASSIR para detectar aspectos de mejora de las parrillas de recogida de los datos y del cuestionario sobre el plan de nacimiento; así como de los circuitos de recogida de datos. Estos casos no fueron incluidos en el análisis de los datos.

4.4.10. Análisis de los datos

Los datos recogidos se introdujeron en el programa SPSS Versión 24 (230) y la información solo fue accesible al equipo investigador. Se realizó un análisis de la calidad de los datos para identificar valores anómalos y valores perdidos. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, las categóricas con frecuencias y porcentajes y las cuantitativas con media, desviación estándar, mediana y los cuartiles 1 y 3 (Q_1 , Q_3).

En el análisis de la variable de satisfacción con la experiencia del parto se excluyeron las mujeres con parto por cesárea, ya que la escala MCSRS fue validada para mujeres con parto vaginal. Se comprobó la homogeneidad entre los grupos de estudio para las variables sociodemográficas y obstétricas.

Se realizó un análisis por protocolo. Se realizó un análisis bivalente entre los grupos de estudio y las variables de respuesta. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron: la t de Student y f de Anova, y las pruebas no paramétricas de: la Ji al cuadrado (X^2), la prueba exacta de Fisher, la U Mann-Whitney, la prueba de Kruskal Wallis y la prueba M de

McNemar. Se consideró como estadísticamente significativo los valores de $p < 0,05$ y el análisis fue bilateral. En las principales variables de resultados se calcularon los intervalos de confianza al 95% (IC 95%).

Se realizó una regresión logística multinomial para analizar la asociación entre las variables independientes que eran clínicamente relevantes o que actuaban como factores de confusión (grupo de estudio, edad, procedencia, nivel de estudios, trabajo remunerado, partos previos, nivel riesgo obstétrico) con la variable de respuesta “entrega del plan de nacimiento en el hospital”.

Se realizó otra regresión logística multinomial para determinar si la entrega o no del PN estaba asociada los resultados obstétricos y neonatales: tipo de parto, métodos de alivio del dolor, analgesia epidural, contacto precoz piel con piel, inicio de lactancia materna en sala de partos y complicaciones maternas y neonatales. El modelo se ajustó para aquellas variables que eran clínicamente relevantes o que tenían un nivel de significación estadística $p < 0,05$ en el análisis bivariante (pertenecer al grupo control o experimental, edad, procedencia, nivel de estudios y partos previos).

Finalmente, los modelos de regresión se realizaron haciendo una selección automática de las variables o denominada por pasos (*stepwise*). Se determinaron las odds ratio ajustadas (ORa) con los intervalos de confianza al 95% (IC 95%).

4.4.11. Aspectos éticos

El proyecto obtuvo la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol con código P16/157 a fecha 30 de noviembre de 2016 (Anexo 13.1). El ensayo clínico se registró en ClinicalTrials.gov, con el código NCT03744416.

Se respetaron los principios éticos básicos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, para la investigación médica sobre sujetos humanos expresados en la Declaración de Helsinki (240).

Las matronas que participaron en el estudio realizaron el proceso de información del propósito del estudio a las mujeres, la intervención de asesoramiento del plan de nacimiento y la recogida de datos. Las matronas les informaron de forma verbal y por escrito del objetivo del estudio. La hoja informativa sobre el estudio contenía información

sobre la finalidad del estudio, los riesgos e inconvenientes en la participación, así como el tratamiento de los datos obtenidos expresada en términos claros y comprensibles (Anexo 13.3.8). Si las mujeres tuvieron dudas fueron resueltas por las matronas. Asimismo, se les informó de su derecho a dejar en cualquier momento la participación del estudio sin necesidad de justificar su abandono y sin perjuicio en los controles prenatales y posparto. Las mujeres que desearon participar firmaron el consentimiento informado por escrito (Anexo 13.3.9) y dispusieron del teléfono móvil y correo electrónico del investigador principal por si deseaban más información o resolver dudas durante todo el proceso del estudio. A todas las participantes se les asignó un número de identificación asociado. Las matronas que colaboraron en la recogida de los datos solo tuvieron acceso a los datos recogidos por ellas mismas y solo el equipo investigador tuvo acceso a todos los datos obtenidos. El tratamiento de los datos se realizó según el Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 26 de abril de 2016 (241) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (242).

5. RESULTADOS

5.1. RESULTADOS DE LA FASE I.I

A continuación, se presentan los resultados correspondientes al objetivo de:

“Determinar la prevalencia de la actividad educativa sobre el plan de nacimiento, que realizan las matronas en el control prenatal de las mujeres gestantes e identificar los factores relacionados a la realización de esta actividad educativa”.

5.1.1. Descripción de la población de estudio. Fase I.I

Se obtuvieron un total de 3.749 de historias clínicas con proceso de embarazo finalizado entre septiembre 2015 y agosto de 2016. Al aplicar los criterios de selección se excluyeron 812 (21,7%) y se analizaron 2.937 (78,3%) registros de las mujeres gestantes. La distribución de las historias clínicas según ASSIR fue 388 (13,2%) en el ASSIR 1, 752 (25,6%) en el ASSIR 2, 531 (18,1%) en ASSIR 3 y 691 (23,5%) y 575 (19,6%) en el ASSIR 4 y 5 respectivamente. En la figura 13 se presenta el diagrama de flujo de historias clínicas analizadas y su distribución según ASSIR.

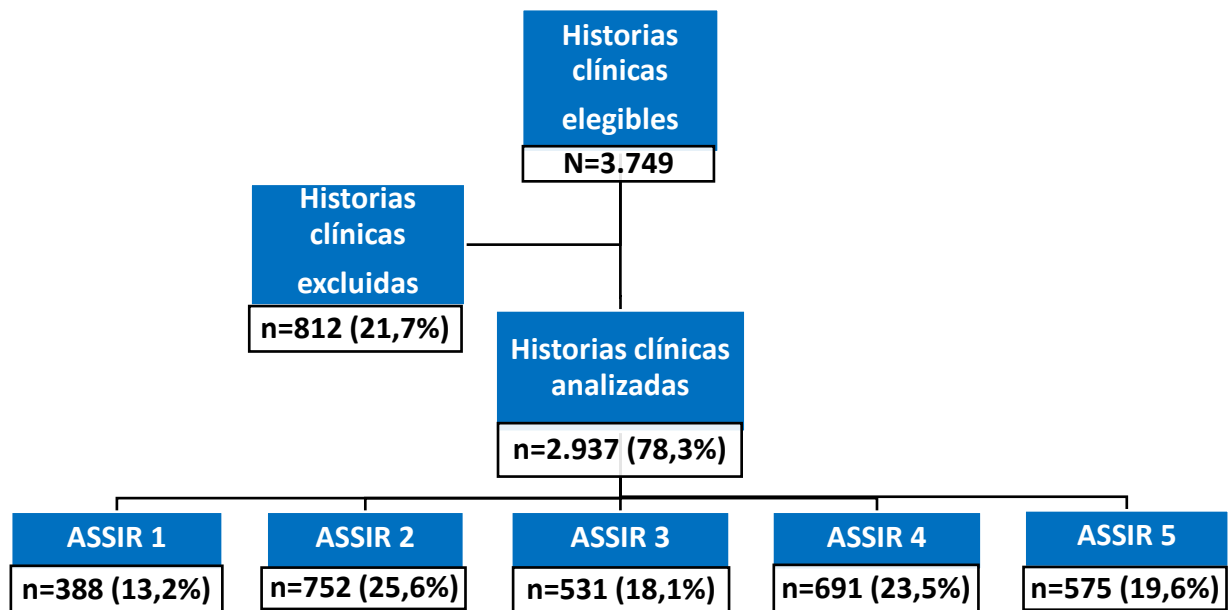


Figura 13. Diagrama de flujo de la fase I.I

5.1.2. Prevalencia de la actividad educativa del plan de nacimiento que realizaron las matronas a las mujeres gestantes

La prevalencia de la actividad educativa (AE) sobre el plan de nacimiento que realizaron las matronas a las mujeres gestantes fue del 86,9% [(2.551); IC 95%: 85,6 a 88,1%]. La distribución según ASSIR se muestra en la tabla 5. Se observa que el ASSIR 3 presentó una mayor prevalencia de AE, 92,7% (IC 95%: 90,1 a 94,6) respecto al ASSIR 1 que presentó la menor prevalencia 77,8% (IC 95%: 73,4 a 81,7); $p < 0,001$. En la figura 14 se puede observar la prevalencia según centros mediante un diagrama de barras acumuladas.

Tabla 5. Prevalencia global de la actividad educativa sobre plan de nacimiento y distribución según ASSIR

	Prevalencia	IC 95%
Global N=2.551	86,9%	85,6 a 88,1
ASSIR 1 n=302	77,8%	73,4 a 81,7
ASSIR 2 n=632	84%	81,2 a 86,5
ASSIR 3 n=492	92,7% ^{a *}	90,1 a 94,6
ASSIR 4 n=616	89,1%	86,6 a 91,2
ASSIR 5 n=509	88,5%	85,6 a 90,9

n=número; IC 95%=intervalo de confianza al 95%; ^a=test Ji al Cuadrado; * $p < 0,001$

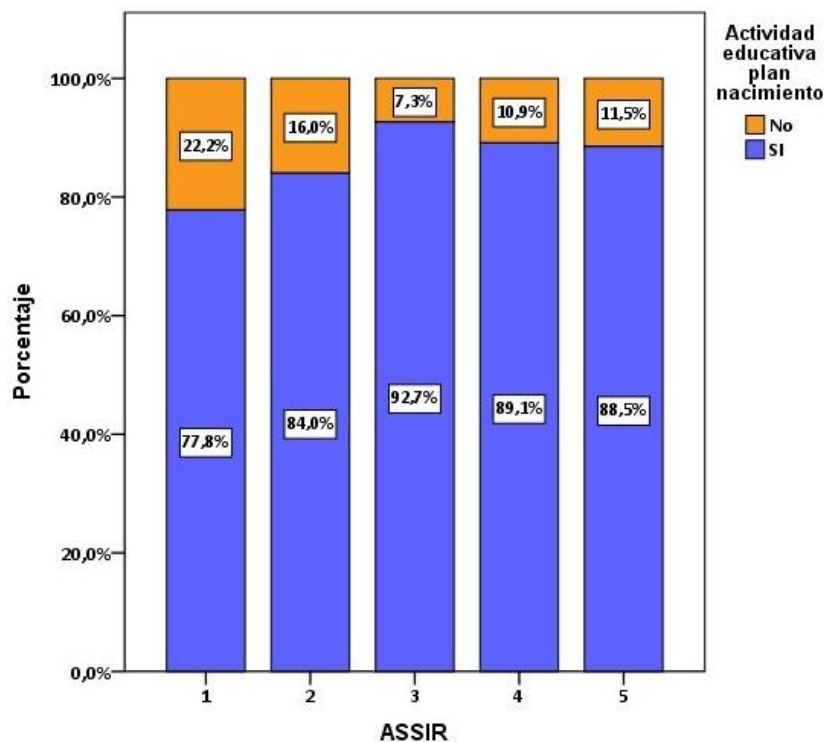


Figura 14. Diagrama de barras acumuladas de la actividad educativa del plan de nacimiento según ASSIR

5.1.3. Semanas de gestación en que las matronas realizaron la actividad educativa sobre el plan de nacimiento

Se obtuvo información sobre las semanas de gestación (SG) en la que se realizó la actividad educativa en 2.479 historias clínicas (97,2%). La media global de semanas de gestación en la se realizó esta actividad fue de 24,7 SG (DE=11,2; IC 95%: 24,3 a 25,2), con un valor de la mediana de 28 (Q₁=13-Q₃=35) (tabla 6). En la figura 15 se presenta la distribución de las semanas de gestación mediante un histograma.

La distribución de la media de las semanas de gestación por ASSIR se presenta en la tabla 6. Se observa que la media de SG del ASSIR 4 y 5 fueron inferiores 22,2 (DE=11,4) y 18,7 (DE=10,8) al resto de ASSIR; p<0,001. (Figura 16).

Tabla 6. Semanas de gestación en que las matronas realizaron la actividad educativa sobre el plan de nacimiento

	Media (DE) IC 95%	Mediana (Q₁ - Q₃)
Global N=2.479	24,7 (11,2) 24,3 a 25,2	28 (13 – 35)
ASSIR 1 n=294	29,3 (5,8) 28,6 a 29,9	29 (25 – 33)
ASSIR 2 n=620	27,7 (9,5) 28 a 29,5	31 (27 – 36)
ASSIR 3 n=492	26 (12,1) 25 a 27,1	31 (14 - 37)
ASSIR 4 n=589	22,2 (11,4) ^{a *} 21,3 a 23,1	25 ^{b**} (10 – 32)
ASSIR 5 n=484	18,7 (10,8) ^{a *} 17,7 a 19,6	15 ^{b**} (8 – 29)

n=número; IC 95%=intervalo de confianza al 95%; DE=desviación estándar; Q₁=cuartil 1=; Q₃=cuartil 3=; ^a test t Student; *p< 0,001; ^b=test Kruskal Wallis ** p< 0,001

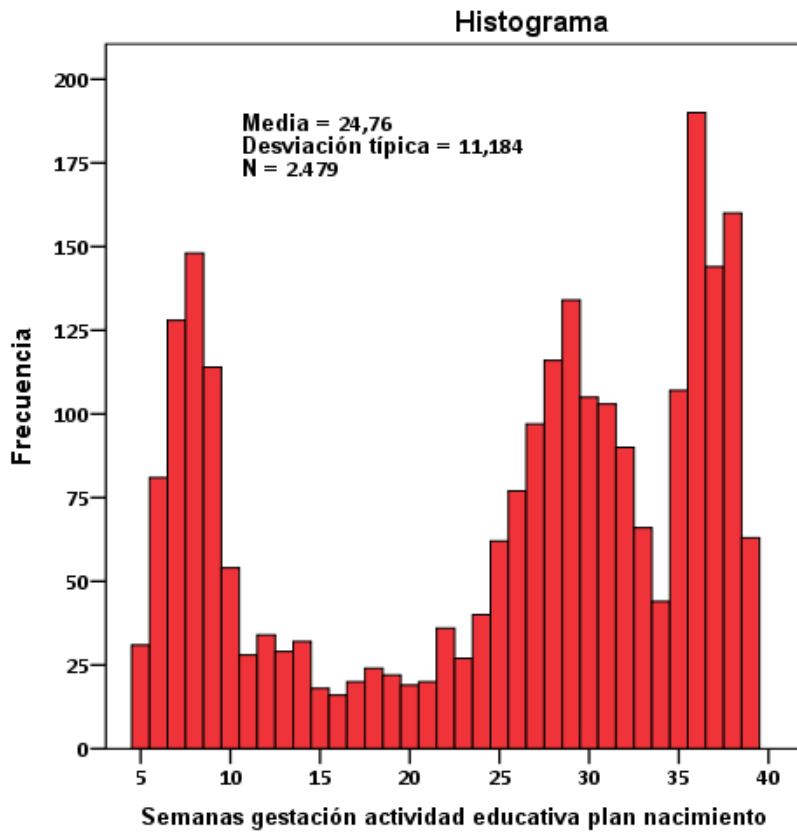


Figura 15. Histograma de la distribución de semanas de gestación en la que se realizó la actividad educativa del plan de nacimiento según ASSIR

En la figura 16 se presenta un diagrama de cajas de las semanas de gestación en la que se efectuó la actividad educativa según ASSIR

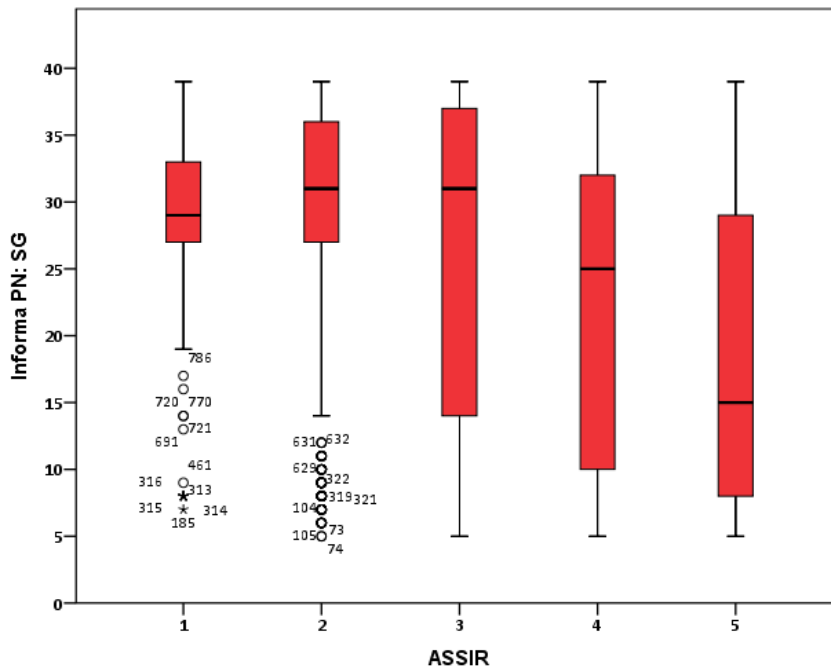


Figura 16. Diagrama de cajas de las semanas de gestación en la que se realizó la actividad educativa del plan de nacimiento

La distribución por intervalos de las semanas de gestación en que se realizó la AE se presenta en la tabla 7. Se observa que 584 (23,6%) mujeres recibieron dicha actividad antes de alcanzar las 12 SG y que 1.322 mujeres (53,3%) la recibieron a partir de las 28 SG.

Tabla 7. Distribución de la actividad educativa del plan de nacimiento según semanas de gestación

Semanas gestación	n (%)	% acumulado
5 a 11	584 (23,6)	23,6
12 a 16	129 (5,2)	28,8
17 a 23	168 (6,8)	35,5
24 a 27	276 (11,1)	46,7
28 a 32	548 (22,1)	68,8
33 a 37	551 (22,2)	91,0
>37	223 (9)	100,0
Total	2.479	

n=número

En la distribución de la AE según semanas de gestación por centros, se observa que en el ASSIR 1 se realizó con mayor frecuencia entre las 24-27 SG y las 28-32 SG siendo del 28,2% y el 40,5% respectivamente. En el ASSIR 5, se realizó con mayor frecuencia entre las 5 -11 SG (41,1%) (tabla 8).

Tabla 8. Distribución de la actividad educativa del plan de nacimiento, según semanas de gestación, según ASSIR

	Total	ASSIR 1	ASSIR 2	ASSIR 3	ASSIR 4	ASSIR 5
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Semanas gestación	2.479 (%)	294 (11,9)	620 (25)	492 (19,8)	589 (23,8)	484 (19,5)
5 – 11	584 (23,6)	8 (2,7)	82 (13,2)	117 (23,8)	178 (30,2)	199 (41,1)
12 – 16	129 (5,2)	4 (1,4)	9 (1,5)	20 (4,1)	48 (8,2)	48 (9,9)
17 – 23	168 (6,8)	6 (2)	33 (5,3)	29 (5,9)	46 (7,8)	54 (11,2)
24 – 27	276 (11,1)	83 (28,2)	41 (6,6)	35 (7,1)	68 (11,6)	49 (10,1)
28 – 32	548 (22,1)	119 (40,5)	191 (30,8)	71 (14,4)	105 (17,8)	62 (12,8)
33 – 37	551 (22,2)	58 (19,7)	187 (30,2)	145 (29,5)	109 (18,5)	52 (10,8)
Más de 37	223 (9)	16 (5,5)	77 (12,4)	75 (15,2)	35 (5,9)	20 (4,1)

n=número

5.1.4. Actividad educativa del plan de nacimiento en el periodo indicado: ≥ 24 semanas de gestación

Según el estándar de calidad del ICS, la actividad educativa del PN debe realizarse a partir de las 24 SG. Se realizó en el periodo indicado en 1.598 mujeres gestantes (64,5%; IC 95%: 62,6 a 66,3). La distribución de la AE en el periodo indicado según ASSIR se presenta en la tabla 9. Se observa que en el ASSIR 1 lo hicieron con mayor frecuencia (93,9%) que, en el resto de los centros, con un rango de proporciones que osciló entre 37,8% al 93,9%, encontrando estas diferencias estadísticamente significativas; $p < 0,001$. En la figura 17 se observa un diagrama de barras acumuladas con la prevalencia de la AE en el periodo indicado según ASSIR.

Tabla 9. Actividad educativa del plan de nacimiento en el periodo indicado: ≥ 24 semanas gestación según ASSIR

	Prevalencia	IC del 95%
Global N=1.598	64,5%	62,6 a 66,3
ASSIR 1 n=276	93,9% ^{a*}	90 a 96,1
ASSIR 2 n=496	80%	76,7 a 82,3
ASSIR 3 n=326	66,3%	62 a 70,3
ASSIR 4 n=317	53,8%	49,9 a 57,8
ASSIR 5 n=183	37,8%	33,2 a 41,8

n=número; IC 95%=intervalo de confianza al 95%; ^a=test Ji al Cuadrado; * $p < 0,001$

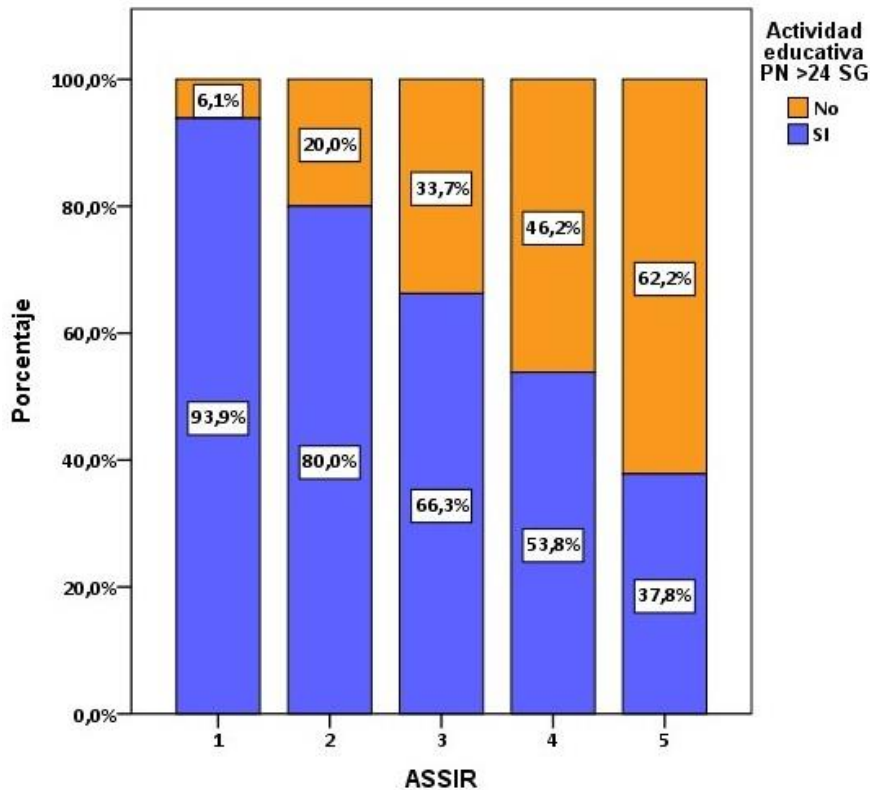


Figura 17. Diagrama de barras acumuladas de la actividad educativa del plan de nacimiento en el periodo indicado: ≥ 24 SG, según ASSIR

5.1.5. Características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres gestantes según ASSIR. Fase I.I

En la tabla 10 se especifican las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres gestantes de las unidades estudiadas. El perfil sociodemográfico de las mujeres correspondía a una edad media de 31,1 (DE=5,7) años, siendo mayor en las mujeres del ASSIR 5 33,2 (DE=5,1) respecto al resto de centros; $p < 0,001$. El 53,4% (n=1.568) de las mujeres eran de procedencia autóctona, siendo el ASSIR 1 el que presentó un mayor porcentaje 62,6% (n=243) mientras que el ASSIR 3 fue el que presentó una menor proporción 44,8% (n=238) de mujeres autóctonas; $p < 0,001$.

En referencia al perfil obstétrico, la media global de partos fue de 1,26 (DE=1,1). En el análisis según ASSIR, se observó que la media de partos del ASSIR 5 fue menor 0,99 (DE=0,9) respecto al resto de ASSIR, cuya media fue de 1,19 (DE=1,1), 1,31 (DE=1,2) y 1,62 (DE=1,1); $p < 0,001$. De las 2.937 mujeres, un 73,7% (n=2.166) habían tenido partos previos, siendo el ASSIR 3 el que presentó un mayor porcentaje de multíparas 87,6% (n=465) respecto al ASSIR 5 que fue del 69,4% (n=399); $p < 0,001$.

Respecto al nivel de riesgo obstétrico, 995 mujeres (33,9%) presentaron un nivel medio de riesgo, y en el análisis por centros, el ASSIR 5 fue el que presentó un mayor porcentaje de mujeres gestantes 49,9% (n=287) con un nivel de riesgo obstétrico bajo; $p < 0,001$.

Tabla 10. Características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres gestantes según ASSIR. Fase I.I

	Total	ASSIR 1	ASSIR 2	ASSIR 3	ASSIR 4	ASSIR 5	
	N=2.937	n=388	n=752	n=531	n=691	n=575	p valor
Edad: años	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	
	31,1 (5,7)	30,8 (5,7)	31,05 (5,5)	29,9 (5,7)	30,4 (5,9)	33,2 (5,1)	<0,001 ^a
Procedencia	Total	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Autóctona	1.568 (53,4)	243 (62,6)	420 (55,9)	238 (44,8)	340 (49,2)	327 (56,9)	<0,001 ^b
Extranjera	1.369 (46,6)	145 (37,4)	332 (44,1)	293 (55,2)	351 (50,8)	248 (43,1)	
Número de partos	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	
	1,26 (1,1)	1,19 (1,1)	1,31 (1,2)	1,62 (1,1)	1,19 (1,1)	0,99 (0,9)	<0,001 ^a
Partos previos	Total	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
No	771 (26,3)	109 (28,1)	209 (27,9)	66 (12,4)	211 (30,5)	176 (30,6)	<0,001 ^b
Si	2.166 (73,7)	279 (71,9)	543 (72,1)	465 (87,6)	480 (69,5)	399 (69,4)	
Riesgo obstétrico							
Bajo	803 (27,3)	68 (17,5)	160 (21,3)	130 (24,5)	158 (22,9)	287 (49,9)	<0,001 ^b
Medio	995 (33,9)	144 (37,1)	253 (33,6)	204 (38,4)	234 (33,7)	160 (27,8)	
Alto	896 (30,5)	147 (37,9)	240 (31,9)	157 (29,6)	236 (34,2)	116 (20,2)	
Muy Alto	243 (8,3)	29 (7,5)	99 (13,2)	40 (7,5)	63 (9,2)	12 (2,1)	

n=número; DE=desviación estándar; ^a=f de Anova; ^b=test Ji al Cuadrado

5.1.6. Relación entre el perfil sociodemográfico y obstétrico de las mujeres gestantes según reciben o no la actividad educativa sobre el plan de nacimiento

Se estudió si había relación entre la edad, el lugar de procedencia, el número de partos, el nivel de riesgo obstétrico con la realización de la actividad educativa del PN (tabla 11). Se observa diferencias estadísticamente significativas en las variables: número de partos y nivel de riesgo obstétrico. Las mujeres gestantes que recibieron la AE tenían una media de partos menor 1,24 (DE=1,1) respecto las que no la recibieron 1,37 (DE=1,2); $p=0,041$. El 18,9% (n=46) de las mujeres con riesgo obstétrico muy alto no recibieron la AE respecto al 11% (n=88) de las mujeres que presentaba un riesgo bajo riesgo; $p=0,004$.

Tabla 11. Relación entre el perfil sociodemográfico y obstétrico de las mujeres gestantes según reciben o no la actividad educativa sobre el plan de nacimiento

	Actividad educativa del plan de nacimiento			p valor
	Total	No	Si	
	N=2.937	n=386	n=2.551	
Edad: años	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	
	31,08 (5,7)	31,15 (5,6)	31,07 (5,7)	0,786 ^a
Procedencia	Total	n (%)	n (%)	
Autóctona	1.568 (53,4)	208 (13,3)	1.360 (86,7)	0,833 ^b
Extranjera	1.369 (46,6)	178 (13)	1.191 (87)	
Número de partos				
Media (DE)	1,26 (1,1)	1,37 (1,2)	1,24 (1,1)	0,041 ^b
Partos previos	Total	n (%)	n (%)	
No	771 (26,3)	101 (13,1)	670 (86,9)	0,967 ^b
Sí	2.166 (73,7)	285 (13,2)	1.881 (86,8)	
Nivel de riesgo obstétrico				
Bajo	803 (27,3)	88 (11)	715 (89)	0,004 ^b
Medio	995 (33,9)	120 (12,1)	875 (87,9)	
Alto	896 (30,5)	132 (14,7)	764 (85,3)	
Muy Alto	243 (8,3)	46 (18,9)	197 (81,1)	

n=número; DE=Desviación estándar ^a=test t Student; ^b=test Ji al Cuadrado

5.1.7. Factores relacionados con la realización de la actividad educativa, por las matronas, del plan de nacimiento

Los resultados del modelo multivariado (tabla 12) muestran que los factores independientes que aumentaron la probabilidad de que las mujeres gestantes recibieran la actividad educativa de las matronas sobre el plan de nacimiento fueron: tener un menor número de partos (OR=0,90; IC 95%: 0,81 a 0,98; p=0,021) y tener el control prenatal en los “ASSIR del 2 al 5”. Sin embargo, tener un nivel de riesgo obstétrico “muy alto” (OR=0,57; IC 95%: 0,38 a 0,86; p=0,007) fue un factor independiente que incrementó la probabilidad de no recibir la actividad educativa sobre el plan de nacimiento.

Tabla 12. Factores relacionados con la realización de la actividad educativa, por las matronas, del plan de nacimiento

Factores relacionados	aOR (IC 95%)	p valor
Edad	1,01 (0,99 a 1,03)	0,382
Número de partos	0,90 (0,81 a 0,98)	0,021
Nivel de riesgo obstétrico		
Bajo*	Ref.	
Medio	0,95 (0,70 a 1,28)	0,735
Alto	0,79 (0,58 a 1,07)	0,126
Muy Alto	0,57 (0,38 a 0,86)	0,007
ASSIR de referencia		
ASSIR 1*	Ref.	
ASSIR 2	1,55 (1,13 a 2,11)	0,006
ASSIR 3	3,75 (2,50 a 5,65)	<0,001
ASSIR 4	2,36 (1,68 a 3,31)	<0,001
ASSIR 5	1,94 (1,34 a 2,80)	<0,001

aOR=odds ratio ajustada; IC 95%=intervalo de confianza al 95%; *=valor de referencia

Respecto a la realización de la actividad educativa a partir de las 24 SG, los resultados del modelo multivariado muestran que tener un nivel de riesgo obstétrico “muy alto” aumentó la probabilidad (OR=0,61; IC 95%: 0,42 a 0,88; p=0,008) de no recibir AE. Sin embargo, realizar el control prenatal en los “ASSIR del 2 al 5 incrementó la probabilidad de no recibir la actividad educativa sobre el plan de nacimiento en el periodo indicado (≥ 24 SG) (tabla 13).

Tabla 13. Factores relacionados con la realización de la actividad educativa, por las matronas, del plan de nacimiento en el periodo indicado: ≥ 24 semanas de gestación

	aOR (IC 95%)	p valor
Edad	0,99 (0,98 a 1,01)	0,522
Número de partos	0,97 (0,89 a 1,05)	0,471
Nivel de riesgo obstétrico		
Bajo*	Ref.	
Medio	1,26 (0,99 a 1,59)	0,053
Alto	0,81 (0,63 a 1,03)	0,087
Muy Alto	0,61 (0,42 a 0,88)	0,008
ASSIR de referencia		
ASSIR 1*	Ref.	
ASSIR 2	0,27 (0,16 a 0,45)	<0,001
ASSIR 3	0,12 (0,07 a 0,20)	<0,001
ASSIR 4	0,07 (0,04 a 0,12)	<0,001
ASSIR 5	0,04 (0,02 a 0,06)	<0,001

SG=semanas de gestación; aOR=odds ratio ajustada; IC 95%=intervalo de confianza al 95%; *=valor de referencia

5.2. RESULTADOS DE LA FASE I.II

A continuación, se presentan los resultados correspondientes al objetivo de:

“Identificar la prevalencia de entrega del plan de nacimiento de las mujeres gestantes en cinco hospitales de Cataluña”.

5.2.1. Descripción de la muestra del estudio. Fase I.II

Se recogió información de 432 mujeres puérperas y se excluyeron 10 (2,3%) porque las hojas de recogida de datos estaban deficientemente cumplimentadas. Finalmente se analizó la información de 422 mujeres (97,7%). La distribución de las mujeres por unidades ASSIR fue la siguiente 50 (11,8%) en el ASSIR 1, 111 (26,3%) en el ASSIR 2 y 5, 59 (14%) en el ASSIR 3 y 91 (21,6%) en el ASSIR 4. En la figura 18 se presenta el diagrama de flujo de las mujeres estudiadas y su distribución por unidades de estudio.

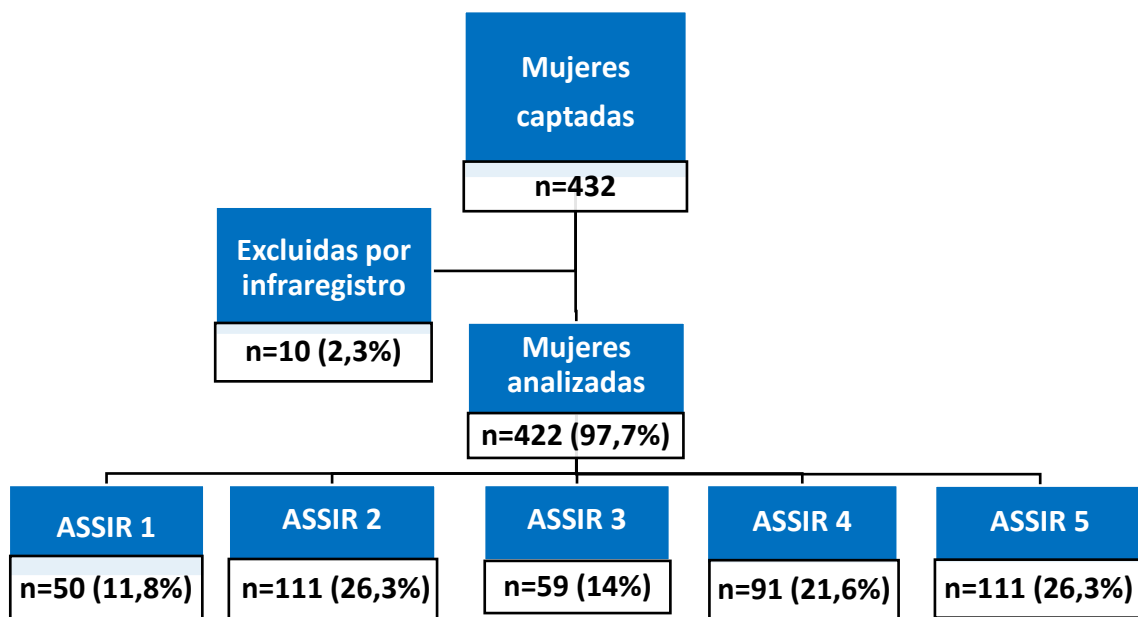


Figura 18. Diagrama de flujo de las mujeres puérperas y su distribución por ASSIR de la fase I.II

5.2.2. Características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres participantes.

Fase I.II

Las características sociodemográficas y obstétricas de las participantes en el estudio y su distribución según ASSIR se especifican en la tabla 14. La edad media de las 422 mujeres fue de 31,9 (DE=5,1) años. El 71,3% (n=301) eran autóctonas, tenían estudios secundarios o superiores el 47,6% (n=201) y el 32,9% (n=139) respectivamente y tenían un trabajo remunerado el 72,3% (n=305) de las mujeres. En referencia a las características obstétricas, el 54,7% (n=231) de las mujeres eran primíparas y el 72,7% (n=307) presentaron un nivel de riesgo obstétrico bajo-medio.

Cuando se comparó el perfil sociodemográfico y obstétrico según ASSIR, se observan diferencias estadísticamente significativas en las variables de la edad, lugar de procedencia, nivel de estudios y trabajo remunerado.

Se observó que en el ASSIR 5 la edad media fue 34,5 (DE=5) años superior al resto de los ASSIR; $p < 0,001$. Respecto a la procedencia de las mujeres, se halló un mayor porcentaje de mujeres extranjeras en el ASSIR 3 40,7% (n=24) y ASSIR 5 36% (n=40) respecto al resto de los ASSIR; $p = 0,013$. Asimismo, el porcentaje de mujeres con estudios universitarios en el ASSIR 5 67,6% (n=75) fue superior respecto al ASSIR 3 que fue del 6,8% (n=4); $p < 0,001$. En referencia al trabajo remunerado también se observó diferencias entre las unidades, siendo el ASSIR 5 el que presentó un mayor porcentaje de mujeres con trabajo remunerado 82% (n=91) respecto al ASSIR 1 que fue del 56% (n=28); $p = 0,007$.

Tabla 14. Características sociodemográficas y obstétricas de las participantes. Fase I.II

	Total	ASSIR 1	ASSIR 2	ASSIR 3	ASSIR 4	ASSIR 5	
	N=422	n=50	n=111	n=59	n=91	n=111	p valor
Edad: años	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	
	31,9 (5,1)	30,3 (4,7)	30,2 (4,3)	31,2 (6)	29,9 (4,2)	34,3 (5)	<0,001 ^a
Procedencia	Total	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Autóctona	301 (71,3)	37 (74)	84 (75,7)	35 (59,3)	74 (81,3)	71 (64)	0,013 ^b
Extranjera	121 (28,7)	13 (26)	27 (24,3)	24 (40,7)	17 (18,7)	40 (36)	
Nivel de estudios							
Primarios o inferior	82 (19,5)	9 (18)	22 (19,8)	22 (37,3)	16 (17,6)	13 (11,7)	<0,001 ^c
Secundarios	201 (47,6)	33 (66)	66 (59,5)	33 (55,9)	46 (50,5)	23 (20,7)	
Universitarios	139 (32,9)	8 (16)	23 (20,7)	4 (6,8)	29 (31,9)	75 (67,6)	
Trabajo remunerado							
No	117 (27,7)	22 (44)	37 (33,3)	14 (23,7)	24 (26,4)	20 (18)	0,007 ^b
Si	305 (72,3)	28 (56)	74 (66,7)	45 (76,3)	67 (73,6)	91 (82)	
Número de partos	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	
	0,57 (0,7)	0,66 (0,8)	0,65 (0,8)	0,58 (0,7)	0,57 (0,7)	0,43 (0,6)	0,199 ^a
Partos previos	Total	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	Total
No	231 (54,7)	24 (48)	58 (52,3)	32 (54,2)	46 (50,5)	71 (64)	0,226 ^b
Sí	191 (45,3)	26 (52)	53 (47,7)	27 (45,8)	45 (49,5)	40 (36)	
Nivel de riesgo obstétrico							
Bajo-medio	307 (72,7)	33 (66)	82 (73,9)	47 (79,7)	65 (58,6)	80 (72)	0,601 ^b
Alto-Muy alto	115 (27,3)	17 (34)	29 (26,1)	12 (20,3)	26 (41,4)	31 (28)	

n=número; DE=desviación estándar ^a=f de Anova; ^b=test Ji al Cuadrado; ^c=test Fisher

5.2.3. Entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y motivos de no entrega de las mujeres, según hospitales

Los resultados de la entrega del plan de nacimiento que realizaron las mujeres gestantes de los ASSIR en los hospitales de referencia y los motivos de no entrega se presentan en la

tabla 15.

La prevalencia de entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia fue del 51,2% [(n=216); IC 95%: 46,4 a 55,9]; siendo el Hospital 4 el que tuvo un mayor porcentaje de entrega 61,5% (n=56) respecto al Hospital 2 que fue del 38,7% (n=43); p=0,014. En la figura 19 se presenta un diagrama de barras acumuladas con la distribución de la entrega de PN por hospitales.

De las 206 (48,8%) mujeres que no entregaron el PN se analizaron los motivos, no observándose diferencias estadísticamente significativas entre centros. Se observa que el principal motivo fue porque “los profesionales no me lo pidieron” (n=126) 61,2% y el porcentaje fue similar en todos los centros que varió entre 51,4% al 69,1%. Un 13,6% (n=28) de las mujeres refirieron que se les olvidó entregarlo y un 5,3% (n=11) no lo consideraron necesario. En la figura 20 se presenta un diagrama de barras con los motivos de no entrega del PN según hospitales.

Tabla 15. Entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y motivos de no entrega de las mujeres, según hospitales

	Total	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	Hospital 4	Hospital 5	
	N=422	n=50	n=111	n=59	n=91	n=111	
Entrega del PN	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p valor
No	206 (48,8)	24 (48)	68 (61,3)	31 (52,5)	35 (38,5)	48 (43,2)	0,014 ^a
Si	216 (51,2)	26 (52)	43 (38,7)	28 (47,5)	56 (61,5)	63 (56,8)	
Motivo de no entrega del PN	N=206	24 (11,7)	68 (33)	31 (15)	35 (17)	48 (23,3)	0,19 ^b
No lo creí necesario	11 (5,3)	3 (12,5)	3 (4,4)	0 (0)	3 (8,6)	2 (4,2)	
Me olvidé	28 (13,6)	2 (8,3)	9 (13,2)	8 (25,8)	7 (20)	2 (4,2)	
Los profesionales no me lo pidieron	126 (61,2)	14 (58,3)	47 (69,1)	20 (64,5)	18 (51,4)	27 (56,2)	
Otras causas	41 (19,9)	5 (20,9)	9 (13,3)	3 (9,7)	7 (20)	17 (35,4)	

PN=plan de nacimiento; n=número; ^a=test Ji al Cuadrado; ^b=test Fisher

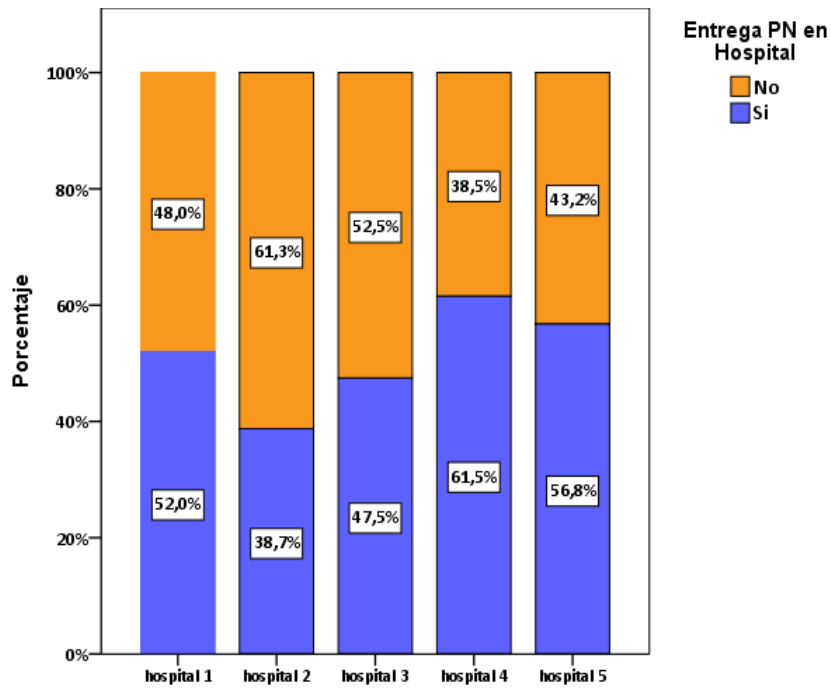


Figura 19. Diagrama de barras acumuladas de la entrega del plan de nacimiento según hospitales

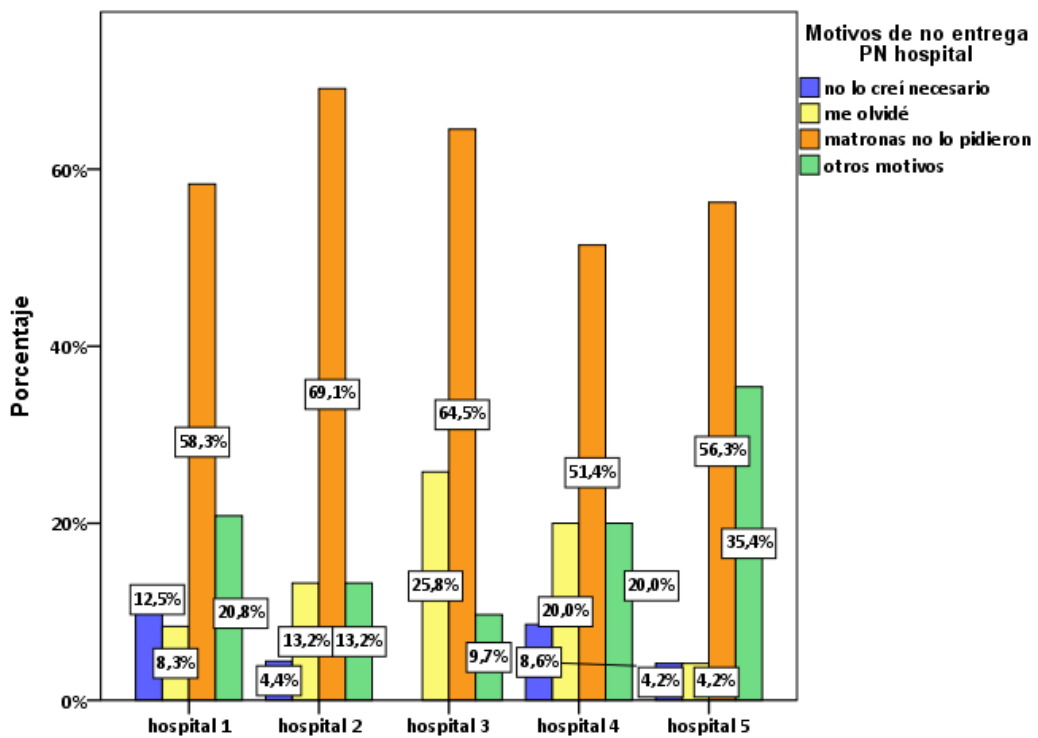


Figura 20. Diagrama de barras de los motivos de no entrega del plan de nacimiento según hospitales

5.2.4. Características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres y entrega del plan de nacimiento en el hospital

En la tabla 16 se muestra el perfil sociodemográfico y obstétrico de las mujeres según entregaron o no el PN en el hospital. Las mujeres que presentaron el PN tenían una edad media de 31,2 (DE=5,2) años, el 73,1% (n=158) eran autóctonas, el 47,2% (n=102) tenían estudios secundarios y el 72,2% (n=156) tenían un trabajo remunerado. En referencia a las características obstétricas el 56% (n=121) no tenían partos previos y el 74,5% (n=161) presentaban un nivel de riesgo obstétrico bajo-medio. No se observan diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las características anteriormente expresadas respecto a las mujeres que no entregaron el plan de nacimiento.

Tabla 16. Características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres y entrega del plan de nacimiento en el hospital

	Total	Entrega PN en el hospital		p valor
		No	Si	
	N=422	n=206	n=216	
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	
Edad: años	31,4 (5,1)	31,6 (4,9)	31,2 (5,2)	0,406 ^a
Procedencia	Total	n (%)	n (%)	
Autóctona	301 (71,3)	143 (69,4)	158 (73,1)	0,397 ^b
Extranjera	121 (28,7)	63 (30,6)	58 (26,9)	
Nivel de estudios				
Primarios o inferior	82 (19,4)	45 (21,8)	37 (17,1)	0,332 ^b
Secundarios	201 (47,7)	99 (48,1)	102 (47,2)	
Universitarios	139 (32,9)	62 (30,1)	77 (35,7)	
Trabajo remunerado				
No	117 (27,7)	57 (27,7)	60 (27,8)	0,980 ^b
Si	305 (72,3)	149 (72,3)	156 (72,2)	
Partos previos				
No	231 (54,7)	110 (53,4)	121 (56)	0,589 ^b
Si	191 (45,3)	96 (46,6)	95 (44)	
Nivel de riesgo obstétrico				
Bajo-Medio	307 (72,7)	146 (70,9)	161 (74,5)	0,398 ^b
Alto- Muy alto	115 (27,3)	60 (29,1)	55 (25,5)	

PN=plan de nacimiento; n=número; ^a=test t Student; ^b=test Ji al Cuadrado

5.2.5. Resultados obstétricos de las mujeres según hospitales de referencia

En la tabla 17 se muestran los resultados obstétricos de las mujeres según hospitales de referencia. El parto se produjo a término en el 97,9% (n=413) de las mujeres. Un 66,8% (n=282) de las mujeres tuvieron un parto eutócico. En el Hospital 1 se produjo un mayor porcentaje de partos eutócicos 88% (n=44) respecto al Hospital 4 que tuvo el porcentaje menor 56% (n=51); p<0,001, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a la episiotomía, se les practicó al 36,7% (n=155) de las mujeres, observándose que el Hospital 4 presentó un mayor porcentaje 48,4% (n=44) respecto al Hospital 5 que fue del 25,2% (n=28); p=0,01.

Sobre el contacto precoz piel con piel, lo realizaron el 90,3% (n=381) de las mujeres; presentando la mayor frecuencia los Hospitales 2 y 5, 92,8% (n=103) respectivamente, en cambio en el Hospital 3 presentó un 79,7% (n=47); p=0,042. Iniciaron la lactancia materna en sala de partos el 78% (n=329) de las mujeres, no observándose diferencias estadísticamente significativas entre hospitales.

Tabla 17. Resultados obstétricos de las mujeres según hospitales de referencia

	Total	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	Hospital 4	Hospital 5	
	N=422	n=50	n=111	n=59	n=91	n=111	p valor
Semanas gestación	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	
	39,6 (1,2)	39,6 (1,2)	39,8 (1,2)	39,4 (1,2)	39,4 (1,2)	39,8 (1,2)	0,043 ^a
Parto según SG	Total	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Pretérmino	6 (1,4)	0 (0)	1 (0,9)	1 (1,7)	4 (4,4)	0 (0)	0,192 ^b
Término	413 (97,9)	50 (100)	108 (97,3)	58 (98,3)	87 (95,6)	110 (99)	
Postérmino	3 (0,7)	0 (0)	2 (1,8)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	
Tipo de parto							
Eutócico	282 (66,8)	44 (88)	82 (73,9)	36 (61)	51 (56)	69 (62,2)	<0,001 ^b
Instrumentado	74 (17,6)	2 (4)	14 (12,6)	9 (15,3)	26 (28,6)	23 (20,7)	
Cesárea	66 (15,6)	4 (8)	15 (13,5)	14 (23,7)	14 (15,4)	19 (17,1)	
Episiotomía							
No	267 (63,3)	35 (70)	67 (60,4)	35 (59,3)	47 (51,6)	83 (74,8)	0,01 ^c
Si	155 (36,7)	15 (30)	44 (39,6)	24 (40,7)	44 (48,4)	28 (25,2)	
Contacto precoz piel con piel							
No	41 (9,7)	6 (22)	8 (7,2)	12 (20,3)	7 (7,7)	8 (7,2)	0,042 ^c
Si	381 (90,3)	44 (88)	103 (92,8)	47 (79,7)	84 (92,3)	103 (92,8)	
Inicio LM en sala partos							
No	93 (22)	14 (28)	20 (18)	17 (28,8)	24 (26,4)	18 (16,2)	0,145 ^c
Si	329 (78)	36 (72)	91 (82)	42 (71,2)	67 (73,6)	93 (83,8)	

n=número; DE=desviación estándar; SG=semanas de gestación; ^a= f de Anova; ^b=test Fisher; ^c=test Ji al Cuadrado; LM=lactancia materna.

5.2.6. Entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y resultados obstétricos

En la tabla 18 se muestran los resultados obstétricos según entregan o no el plan de nacimiento en el hospital. Se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas en el tipo de parto, episiotomía e inicio de contacto precoz piel con piel, siendo los porcentajes similares entre las mujeres que entregaron el plan de nacimiento y las que no. En cambio, las mujeres que entregaron el plan de nacimiento iniciaron la lactancia materna en sala de partos con mayor frecuencia 82,4% (n=178) respecto al 73,3% (n=151) de las mujeres que no lo entregaron; p=0,024.

Tabla 18. Entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y resultados obstétricos

	Entrega del plan de nacimiento			p valor ^a
	Total	No	Si	
Tipo de parto	N=422	n=206	n=216	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Eutócico	282 (66,9)	136 (66)	146 (67,6)	0,377
Instrumentado	74 (17,5)	33 (16)	41 (19)	
Cesárea	66 (15,6)	37 (18)	29 (13,4)	
Episiotomía				
No	267 (63,3)	132 (64,1)	135 (62,5)	0,737
Si	155 (36,7)	74 (35,9)	81 (37,5)	
Contacto precoz piel con piel				
No	41 (9,8)	24 (11,6)	17 (7,9)	0,19
Si	381 (90,2)	182 (88,4)	199 (92,1)	
Inicio LM en sala de partos				
No	93 (22)	55 (26,7)	38 (17,6)	0,024
Si	329 (78)	151 (73,3)	178 (82,4)	

n=número; ^a=test Ji al Cuadrado; LM=Lactancia materna

5.2.7. Métodos de alivio del dolor utilizados por las mujeres durante el parto según hospitales de referencia

Los métodos utilizados por las mujeres durante el parto según hospitales se muestran en la tabla 19. Se puede observar que casi todas las mujeres usaron algún método farmacológico 91,5% (n=386) y se observó un mayor porcentaje en el Hospital 3 96,6% (n=57) respecto al Hospital 5 que fue del 81,1% (n=90); p=0,001. El método más utilizado

fue la analgesia epidural 88,9% (n=375), pero se observó un menor uso entre las mujeres que parieron en el Hospital 5 que fue del 78,4% (n=87) respecto al Hospital 3 que fue del 96,6% (n=57); p=0,002.

El uso de anestesia local fue del 3,3% (n=14) observándose diferencias estadísticamente significativas entre centros, siendo su porcentaje mayor en el Hospital 1, 8% (n=4), respecto al Hospital 3 que no se utilizó; p=0,025. La analgesia general fue utilizada por un total de 4 mujeres (0,9%), la inhalada por 2 (0,5%) mujeres y la analgesia parenteral no se utilizó en ningún centro.

Utilizaron algún método no farmacológico 189 (44,8%) mujeres; siendo el Hospital 5 el que presentó un mayor porcentaje 66,7% (n=74) respecto al Hospital 1 que fue del 22% (n=11); p<0,001.

Las técnicas de respiración y relajación fueron las más utilizadas 34,6% (n=146) y del 17,3% (n=73) respectivamente. Las mujeres que parieron en el Hospital 5 utilizaron con mayor frecuencia las técnicas de respiración 51,4% (n=57), el masaje 26,1% (n=29), el uso del agua 17,1% (n=19) y el calor local 25,2% (n=28) observándose diferencias significativas respecto al Hospital 1 con el 20% (n=10) en las técnicas de respiración; p<0,001, el 6% (n=3) en el masaje; p<0,001, el 2% (n=1) en el uso del agua; p=0,004 y del 0% (n=0) en el calor local; p<0,001. En cuanto al uso de otros métodos no farmacológicos (TENS, acupuntura, aromaterapia, homeopatía y flores de Bach) se observó que las mujeres del Hospital 5 hicieron un mayor uso respecto a las mujeres de los hospitales 3, y 4 que no los utilizaron; p=0,037. En cuanto a la combinación de métodos farmacológicos y no farmacológicos, 152 (36%) mujeres combinaron estas dos opciones, siendo más frecuente en el Hospital 5, con el 47,7% (n=53) respecto al 20% (n=10) de Hospital 1; p=0,006.

Tabla 19. Métodos de alivio del dolor utilizados por las mujeres durante el parto según hospitales de referencia

		Total	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	Hospital 4	Hospital 5	
		N=422	n=50	n=111	n=59	n=91	n=111	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p valor
Farmacológicos	No	36 (8,5)	2 (4)	4 (3,6)	2 (3,4)	7 (7,7)	21 (18,9)	0,001 ^a
	Si	386 (91,5)	48 (96)	107 (96,4)	57 (96,6)	84 (92,3)	90 (81,1)	
Epidural	No	47 (11,1)	5 (10)	7 (6,3)	2 (3,4)	9 (9,9)	24 (21,6)	0,002 ^a
	Si	375 (88,9)	45 (90)	104 (93,7)	57 (96,6)	82 (90,1)	87 (78,4)	
General	No	418 (99,1)	49 (98)	111 (100)	59 (100)	89 (97,8)	110 (99,1)	0,346 ^a
	Si	4 (0,9)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	2 (2,2)	1 (0,9)	
Local	No	408 (96,7)	46 (92)	104 (93,7)	59 (100)	89 (97,8)	110 (99,1)	0,025 ^a
	Si	14 (3,3)	4 (8)	7 (6,3)	0 (0)	2 (2,2)	1 (0,9)	
Parenteral	No	422 (100)	50 (100)	111 (100)	59 (100)	91 (100)	111 (100)	NA
	Si	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Inhalada	No	420 (99,5)	50 (100)	110 (99,1)	59 (100)	91 (100)	110 (99,1)	1 ^a
	Si	2 (0,5)	0 (0)	1 (0,9)	0 (0)	0 (0)	1 (0,9)	
No farmacológicos	No	233 (55,2)	39 (78)	72 (64,9)	36 (61)	49 (53,8)	37 (33,3)	<0,001 ^b
	Si	189 (44,8)	11 (22)	39 (35,1)	23 (39)	42 (46,2)	74 (66,7)	
Técnicas relajación	No	349 (82,7)	44 (88)	98 (88,3)	50 (84,7)	74 (81,3)	83 (74,8)	0,073 ^b
	Si	73 (17,3)	6 (12)	13 (11,7)	9 (15,3)	17 (18,7)	28 (25,2)	
Técnicas respiración	No	276 (65,4)	40 (80)	77 (69,4)	43 (72,9)	62 (68,1)	54 (48,6)	<0,001 ^b
	Si	146 (34,6)	10 (20)	34 (30,6)	16 (27,1)	29 (31,9)	57 (51,4)	
Masaje	No	363 (86)	47 (94)	96 (86,5)	55 (93,2)	83 (91,2)	82 (73,9)	0,001 ^a
	Si	59 (14)	3 (6)	15 (13,5)	4 (6,8)	8 (8,8)	29 (26,1)	
Uso del agua	No	378 (89,6)	49 (98)	106 (95,5)	53 (89,8)	78 (85,7)	92 (82,9)	0,004 ^a
	Si	44 (10,4)	1 (2)	5 (4,5)	6 (10,2)	13 (14,3)	19 (17,1)	
Calor local	No	373 (88,4)	50 (100)	105 (94,6)	56 (94,9)	79 (86,8)	83 (74,8)	<0,001 ^a
	Si	49 (11,6)	0 (0)	6 (5,4)	3 (5,1)	12 (13,2)	28 (25,2)	
Pelota	No	390 (92,4)	49 (98)	102 (91,9)	56 (94,9)	81 (89)	102 (91,9)	0,374 ^a
	Si	32 (7,6)	1 (2)	9 (8,1)	3 (5,1)	10 (11)	9 (8,1)	
Otros métodos no farmac*	No	414 (98,1)	49 (98)	110 (99,1)	59 (100)	91 (100)	105 (94,6)	0,037 ^a
	Si	8 (1,9)	1 (2)	1 (0,9)	0 (0)	0 (0)	6 (5,4)	
Farmacológico + No farmac	No	270 (64)	40 (80)	77 (69,4)	40 (67,8)	55 (60,4)	58 (52,3)	0,006 ^b
	Si	152 (36)	10 (20)	34 (30,6)	19 (32,2)	36 (39,6)	53 (47,7)	

n=número; ^a=test Fisher; ^b=test Ji al Cuadrado; NA=no aplicable; * TENS, acupuntura, aromaterapia, homeopatía, flores de Bach; farmac=farmacológico

5.2.8. Entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y métodos de alivio del dolor utilizados por las mujeres durante el parto

En la tabla 20 se muestran los resultados sobre los métodos de alivio del dolor utilizados por las mujeres según entregaron o no el plan de nacimiento en el hospital.

Se observa un elevado porcentaje entre las mujeres que entregaron el plan de nacimiento y las que no, en el uso de algún método farmacológico, siendo la analgesia epidural la más común. Entre las mujeres que entregaron el PN su utilización fue del 86,1% (n=186) y entre las que no lo entregaron fue del 91,7% (n=189); $p=0,066$. No se observan diferencias estadísticamente significativas en la analgesia general e inhalada. En cambio, la utilización de la anestesia local fue superior en las mujeres que entregaron el PN, 5% (n=11) respecto al 1,5% (n=3), que no lo entregaron; $p=0,037$.

Las mujeres que entregaron el PN utilizaron con mayor frecuencia algún método no farmacológico 50,5% (n=109) respecto al 38,8% (n=80), de las mujeres que no lo entregaron; $p=0,012$. Los métodos no farmacológicos utilizados por las mujeres que entregaron el PN y presentaron diferencias estadísticamente significativas respecto a las mujeres que no lo entregaron fueron las técnicas de relajación (21,7% frente al 12,6%); $p=0,013$, las técnicas de respiración (40,7% frente al 28,2%); $p=0,007$, el uso de agua (13,4% frente al 7,3%); $p=0,039$ y el calor local (15,7% frente a 7,3%); $p=0,007$. En cambio, la utilización de la pelota y otros métodos no farmacológicos fue similar entre las mujeres que entregaron el PN y las que no.

El 36% (n=152) de las mujeres combinaron métodos farmacológicos y no farmacológicos, no observándose diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que entregaron o no el plan de nacimiento. Se presenta en la figura 21 el uso por grupos de métodos de alivio del dolor y en la figura 22 el uso de cada uno de los métodos de alivio del dolor utilizados según la entrega del plan de nacimiento.

Tabla 20. Entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y métodos de alivio del dolor utilizados por las mujeres durante el parto

		Entrega del plan de nacimiento			
		Total	No	Si	
		N=422	n=206	n=216	p valor
		n (%)	n (%)	n (%)	
Farmacológicos	No	36 (8,8)	15 (7,3)	21 (9,7)	0,370 ^a
	Si	386 (91,2)	191 (92,7)	195 (90,3)	
Epidural	No	47 (11,1)	17 (8,3)	30 (13,9)	0,066 ^a
	Si	375 (88,9)	189 (91,7)	186 (86,1)	
General	No	418 (99)	205 (99,5)	213 (98,6)	0,338 ^b
	Si	4 (1)	1 (0,5)	3 (1,4)	
Local	No	408 (96,7)	203 (98,5)	205 (95)	0,037 ^b
	Si	14 (3,3)	3 (1,5)	11 (5)	
Inhalada	No	420 (99,5)	206 (100)	214 (99,1)	0,166 ^b
	Si	2 (0,5)	0 (0)	2 (0,9)	
No farmacológicos	No	233 (55,2)	126 (61,2)	107 (49,5)	0,012 ^a
	Si	189 (44,8)	80 (38,8)	109 (50,5)	
Técnicas de relajación	No	349 (82,7)	180 (87,4)	169 (78,3)	0,013 ^a
	Si	73 (17,3)	26 (12,6)	47 (21,7)	
Técnicas de respiración	No	276 (65,4)	148 (71,8)	128 (59,3)	0,007 ^a
	Si	146 (34,6)	58 (28,2)	88 (40,7)	
Masaje	No	363 (86)	182 (88,3)	181 (83,8)	0,178 ^a
	Si	59 (14)	24 (11,7)	35 (16,2)	
Uso del agua	No	378 (89,6)	191 (92,7)	187 (86,6)	0,039 ^a
	Si	44 (10,4)	15 (7,3)	29 (13,4)	
Calor local	No	373 (88,4)	191 (92,7)	182 (84,3)	0,007 ^a
	Si	49 (11,6)	15 (7,3)	34 (15,7)	
Pelota	No	390 (92,4)	193 (93,7)	197 (91,2)	0,335 ^a
	Si	32 (7,6)	13 (6,3)	19 (8,8)	
Otros métodos no farmac*	No	414 (98,1)	203 (98,5)	211 (97,7)	0,518 ^b
	Si	8 (1,9)	3 (1,5)	5 (2,3)	
Farmacológicos + No farmac*	No	270 (64)	141 (68,5)	129 (59,7)	0,062 ^a
	Si	152 (36)	65 (31,5)	87 (40,3)	

n=número; ^a=test Ji al Cuadrado; ^b =test Fisher; *TENS, acupuntura, aromaterapia, homeopatía, flores de Bach; farmac=farmacológico

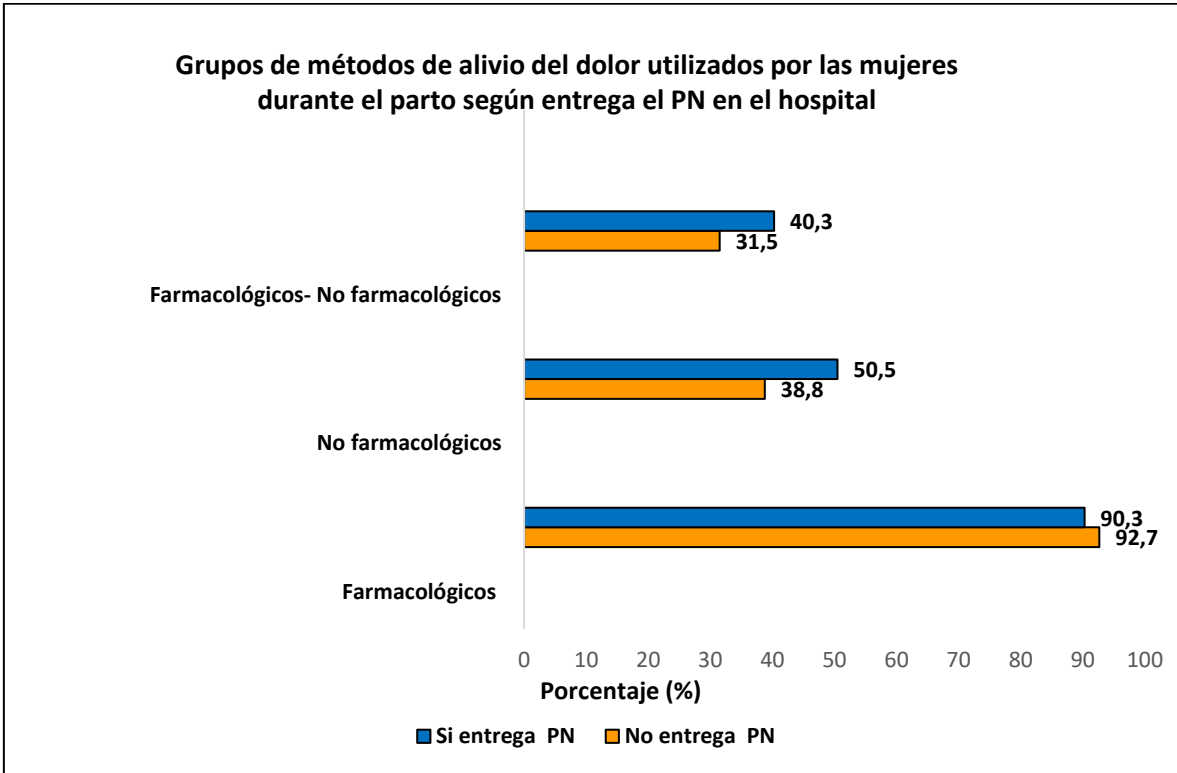


Figura 21. Grupos de métodos de alivio del dolor utilizados por las mujeres durante el parto según entrega el plan de nacimiento en el hospital

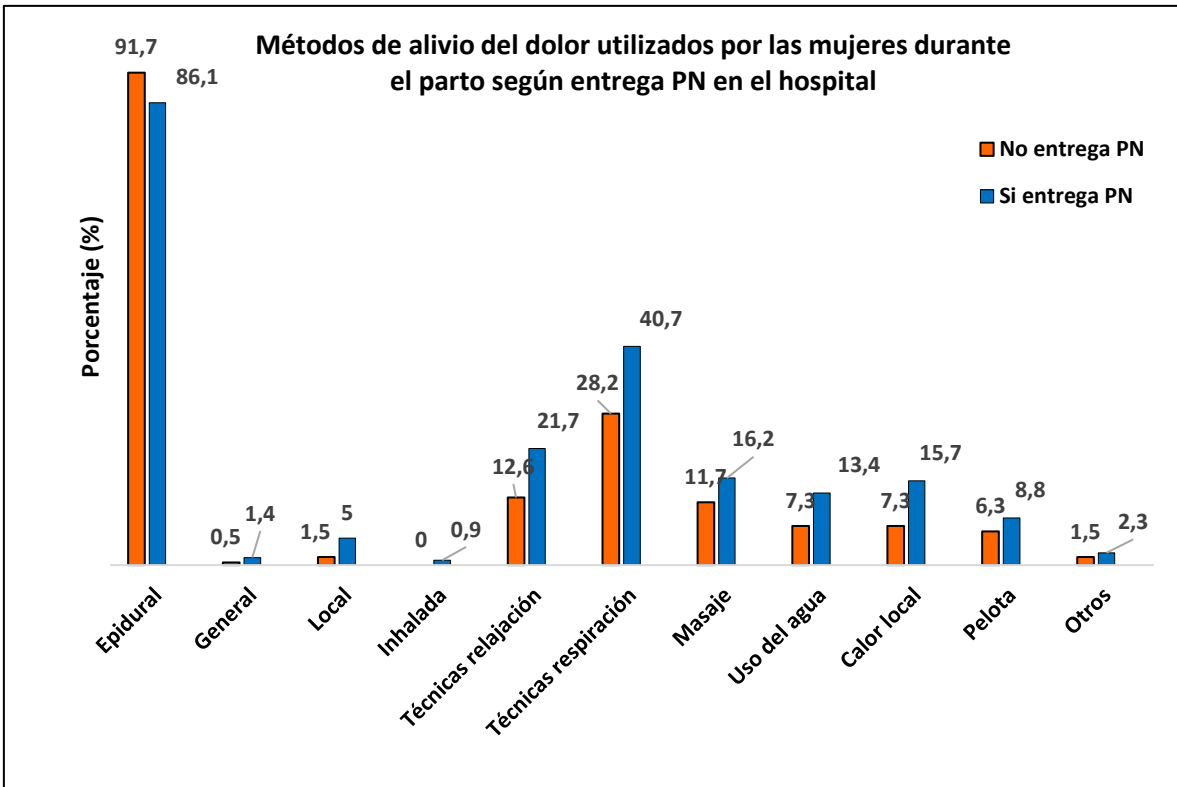


Figura 22. Métodos de alivio del dolor utilizados por las mujeres durante el parto según entrega del plan de nacimiento en el hospital

5.2.9. Factores relacionados con la entrega del plan de nacimiento en el hospital

Los resultados del análisis de regresión logística multivariante que estudió la relación entre las variables independientes y la presentación del plan de nacimiento en el hospital se presentan en la tabla 21. Se observa que la edad, la procedencia, el nivel de estudios, el trabajo remunerado y parir en un hospital de referencia específico no influyeron en la entrega del plan de nacimiento en el hospital.

Tabla 21 Análisis multivariado de los factores relacionados con la entrega del plan de nacimiento

Entrega del PN	aOR (IC 95%)	p valor
Edad	0,97 (0,92-1,01)	0,118
Procedencia		
Extranjera	Ref.	
Autóctona	1,27 (0,80-2)	0,314
Nivel de estudios		
Primarios o inferior	Ref.	
Secundarios	1,30 (0,76-2,23)	0,555
Universitarios	1,38 (0,73-2,6)	0,336
Trabajo remunerado		
No	Ref.	
Si	0,92 (0,58-1,46)	0,732
Hospital		
Hospital 1	Ref.	
Hospital 2	0,58 (0,30-1,16)	0,122
Hospital 3	0,96 (0,44-2,08)	0,910
Hospital 4	1,45 (0,71-2,94)	0,309
Hospital 5	1,39 (0,66-2,92)	0,380

aOR=odds ratio ajustada; Ref.=referencia; IC 95%=intervalo de confianza al 95%

5.3. RESULTADOS DE LA FASE II

En este apartado, se presentan los resultados correspondientes a los objetivos de:

“Evaluar la efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento, basado en la “toma de decisiones compartida” en mujeres gestantes, en relación con la entrega del plan de nacimiento en el hospital, la información recibida en la gestación sobre el parto y el grado de satisfacción con la experiencia del parto, respecto al asesoramiento habitual”.

“Evaluar la efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento, basado en la “toma de decisiones compartida” en mujeres gestantes, en relación con las preferencias sobre los cuidados concernientes al parto, respecto al asesoramiento habitual”.

En primer lugar, se presentan los resultados según análisis por grupos de estudio y en segundo lugar se presentan los resultados según el análisis por centros de estudio

Reclutamiento de los sujetos y seguimiento

De los 7 ASSIR elegibles de los dos ámbitos territoriales de salud de Cataluña de estudio, se descartaron 3 porqué el contenido de los planes de nacimiento no eran comparables. Se aleatorizaron 4 ASSIR, 2 en el grupo control (ASSIR 1 y 4) y 2 en el grupo experimental (ASSIR 2 y 5). En el periodo de estudio fueron elegibles 620 mujeres con control prenatal, 295 mujeres (47,6%) en el grupo control y 325 mujeres (52,4%) en el grupo experimental. En el grupo control, 144 (48,8%) mujeres en el ASSIR 1 y 151 (51,2%) mujeres en el ASSIR 4. En el grupo experimental 167 (51,4%) mujeres del ASSIR 2 y 158 (48,6%) mujeres del ASSIR 5 (tabla 22).

Tabla 22. Distribución de las mujeres elegibles según grupos de estudio y ASSIR

Grupo control n (%)		Grupo experimental n (%)		Total
ASSIR 1	144 (48,8)	ASSIR 2	167 (51,4)	
ASSIR 4	151 (51,2)	ASSIR 5	158 (48,6)	
Total	295 (47,6)	Total	325 (52,4)	620

n=número

De las 620 mujeres 138 (22,2%) no fueron elegibles. De estas, 121 (87,7%) no cumplían con los criterios de elegibilidad y 17 (12,3%) no quisieron participar en el estudio. En la tabla 23

se describen de forma detallada los motivos de no elegibilidad.

Tabla 23. Motivos de no elegibilidad según grupos de estudio

	Total n (%)	Grupo control n (%)	Grupo experimental n (%)
Motivos	138	74 (53,6)	64 (46,4)
No desea participar	17 (12,3)	13 (17,5)	4 (6,3)
Parto previsto en otro hospital	53 (38,4)	24 (32,4)	29 (45,3)
Barrera idiomática	46 (33,3)	26 (35,1)	20 (31,2)
Patología asociada grave	14 (10,2)	6 (8)	8 (12,5)
Muerte perinatal anterior	1 (0,7)	1 (1,4)	0 (0)
Diabetes tipo I-II	1 (0,7)	1 (1,4)	0 (0)
Gestación gemelar	3 (2,2)	1 (1,4)	2 (3,1)
Incompetencia cervical	2 (1,5)	1 (1,4)	1 (1,6)
Malformación fetal	1 (0,7)	1 (1,4)	0 (0)

n=número

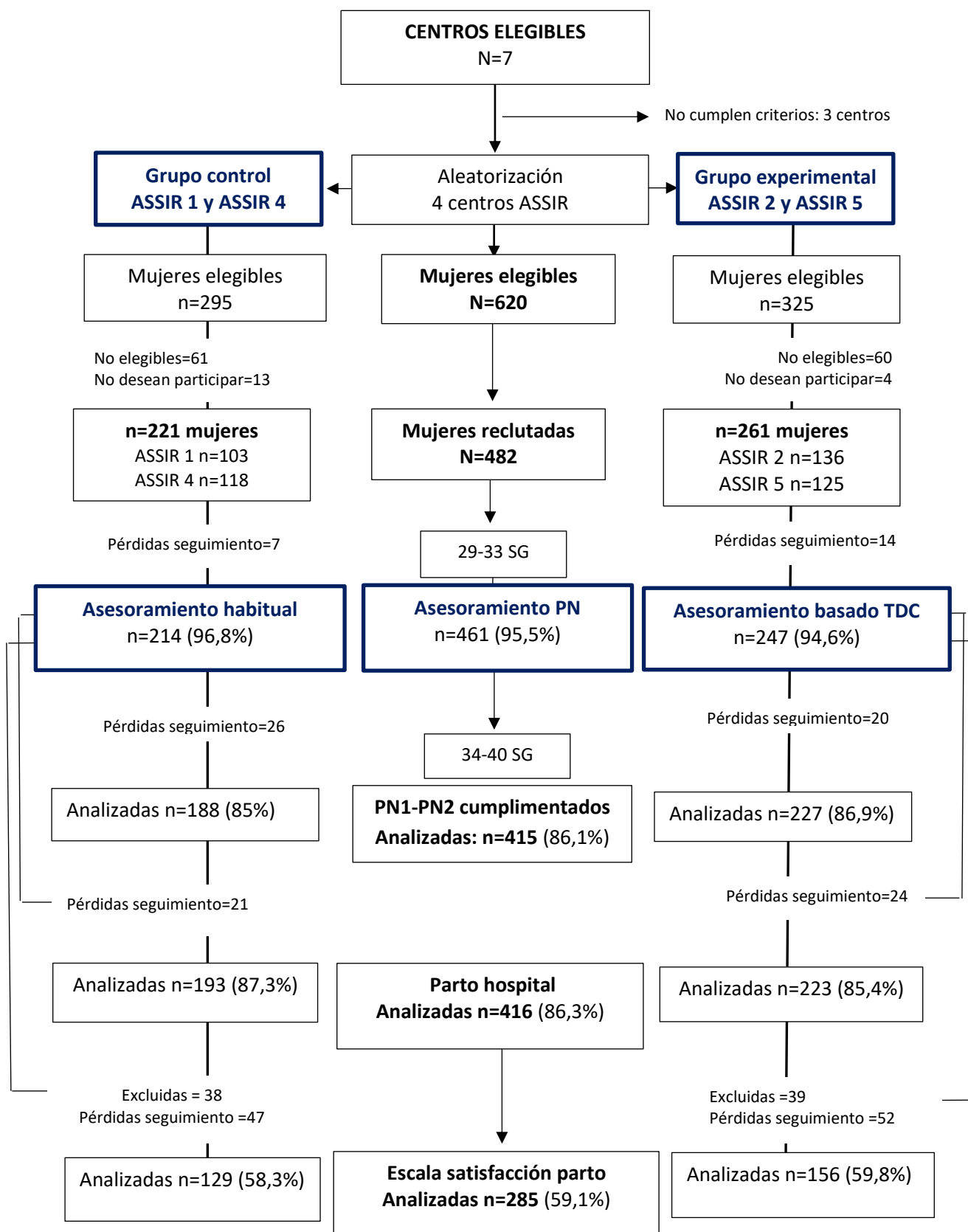
Se reclutaron 482 mujeres, 221 (45,9%) en el grupo control y 261 (54,1%) en el grupo experimental. En el grupo control, 103 (46,6%) mujeres en el ASSIR 1 y 118 (53,4%) mujeres en el ASSIR 4. En el grupo experimental 136 (52,1%) mujeres en el ASSIR 2 y 125 (47,9%) mujeres en el ASSIR 5. En la tabla 24 se muestra la distribución de las mujeres reclutadas según grupo y según ASSIR.

Tabla 24. Distribución de la muestra según grupos de estudio y según ASSIR

	Grupo control n (%)		Grupo experimental n (%)		Total
ASSIR 1	103 (46,6)		ASSIR 2	136 (52,1)	
ASSIR 4	118 (53,4)		ASSIR 5	125 (47,9)	
Total	221 (45,9)		Total	261 (54,1)	482

n=número

A continuación, se presenta el diagrama de flujo de los grupos de estudio y de las participantes. (Figura 23).



ASSIR: Atención a la Salud Sexual y Reproductiva
 PN=plan de nacimiento; SG=semanas gestación; TDC=Toma de decisiones compartida

Figura 23. Diagrama de flujo de los grupos de estudio y de las participantes

Motivos de pérdidas de las mujeres reclutadas: mujeres gestantes que recibieron la intervención de asesoramiento según grupos de estudio

De las 482 mujeres participantes, 221 en el grupo control y 261 en el grupo experimental se realizó el asesoramiento del plan de nacimiento a 461 (95,6%) mujeres, 214 (96,8%) en el grupo control y 247 (94,6%) en el grupo experimental. Entre los dos grupos hubo 21(4,4%) pérdidas: en el grupo control hubo 7 (33,3%) y en el grupo experimental 14 (66,7%). En la tabla 25 se especifican de forma detallada los motivos de pérdidas de las mujeres en cada uno de los grupos.

Tabla 25. Motivos de pérdidas de las mujeres reclutadas según grupos de estudio

	Total n (%)	Grupo control n (%)	Grupo experimental n (%)
Motivos	21	7 (33,3)	14 (66,7)
Reclutamiento fuera de plazo	3 (14,3)	1 (14,3)	2 (14,3)
Información incompleta	6 (28,6)	1 (14,3)	5 (35,7)
Abandona el estudio	2 (9,5)	1 (14,3)	1 (7,1)
Cambio de hospital de referencia	8 (38,1)	4 (57,1)	4 (28,6)
Control prenatal en hospital	2 (9,5)	0 (0)	2 (14,3)

n=número

A continuación, se especifican los motivos de pérdidas de seguimiento en cada una de las fases de análisis.

Motivos de pérdidas: mujeres analizadas con los planes de nacimiento 1 y 2 cumplimentados según grupos de estudio

Cumplimentaron el PN antes y después de la intervención 415(86,1%) mujeres;188 (85%) en el grupo control y 227 (86,9%) en el grupo experimental. Hubo un total de 46 (9,5%) pérdidas, 26 (56,5%) en el grupo control y 20 (43,5%) en el grupo experimental. El principal motivo de pérdidas fue la información incompleta (73,9%) y sólo una mujer abandonó el estudio (tabla 26).

Tabla 26. Motivos de pérdidas: mujeres analizadas con plan de nacimiento 1 y 2 cumplimentados según grupos de estudio

	Total n (%)	Grupo control n (%)	Grupo experimental n (%)
Motivos de pérdidas	46	26 (56,5)	20 (43,5)
Información incompleta	34 (73,9)	22 (84,6)	12 (60)
Cambio de hospital de referencia	7 (15,2)	4 (15,4)	3 (15)
Control prenatal en el hospital	4 (8,7)	0 (0)	4 (20)
Abandono del estudio	1 (2,2)	0 (0)	1 (5)

n=número

Motivos de pérdidas: mujeres analizadas sobre la entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia según grupos de estudio

Tuvieron parto en el hospital de referencia 416 (86,3%) mujeres. En el grupo control, 193 (87,3%) y en el grupo experimental 223 (85,4%).

Hubo un total de 45 (9,3%) pérdidas, 21 (46,7%) en el grupo control y 24 (53,3%) en el grupo experimental. Los dos principales motivos de pérdidas en los dos grupos fueron por cambio de hospital para asistencia al parto (44,5%) y la información incompleta (33,3%) y sólo una mujer abandonó el estudio (4,3%) (tabla 27).

Tabla 27. Motivos de pérdidas: mujeres analizadas sobre la entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia según grupos de estudio

	Total n (%)	Grupo control n (%)	Grupo experimental n (%)
Motivos	45	21 (46,7)	24 (53,3)
Cambio de hospital de referencia	20 (44,5)	12 (57,1)	8 (33,3)
Información incompleta	15 (33,3)	6 (28,6)	9 (37,5)
Parto en el domicilio	5 (11,1)	3 (14,3)	2 (8,3)
Control prenatal en el hospital	4 (8,9)	0 (0)	4 (16,7)
Abandono del estudio	1 (2,2)	0 (0)	1 (4,2)

n=número

Motivos de pérdidas: mujeres analizadas sobre la satisfacción con la experiencia del parto según grupos de estudio

Se obtuvo información para la satisfacción con la experiencia del parto de 285 (59,1%) mujeres. En el grupo control 129 (58,3%) mujeres y en el grupo experimental 156 (59,8%).

Se excluyeron para el análisis 77 (16%) mujeres por tener un parto por cesárea; en el grupo control 38 (49,4%) y 39 (50,6%) en el grupo experimental. Hubo un total de 99 (20,5%) pérdidas, 47 (48,3%) en el grupo control y 52 (51,7%) en el grupo experimental (tabla 28).

Tabla 28. Motivos de pérdidas: mujeres analizadas sobre la satisfacción con la experiencia del parto según grupos de estudio

	Total n (%)	Grupo control n (%)	Grupo experimental n (%)
Motivos	99	47 (48,3)	52 (51,7)
Información incompleta	68 (68,7)	31 (66)	37 (71,2)
Cambio de hospital	20 (20,2)	12 (25,5)	8 (15,4)
Parto en el domicilio	5 (5,1)	3 (6,4)	2 (3,8)
Control prenatal en el hospital	4 (4)	0 (0)	4 (7,7)
Parto pretérmino	1 (1)	1 (2,1)	0 (0)
Abandono del estudio	1 (1)	0 (0)	1 (1,9)

n=número

Características basales de las mujeres reclutadas y análisis de homogeneidad entre los grupos de estudio

En la tabla 29 se presentan las características basales de las 482 mujeres según grupos de estudio y los resultados de las pruebas de homogeneidad para estas variables entre los grupos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para las variables: trabajo remunerado, convive con pareja, partos previos y si entregó el plan de nacimiento en gestación previa. Sin embargo, la edad media de las mujeres del GE fue superior 32,5 (DE =5,7) años que en el GC 31,2 (DE=5,2) años; $p=0,008$. Asimismo, en el GE el porcentaje de mujeres de procedencia extranjera fue mayor 34,5% (n=90) que en el GC 20,8% (n=46); $p< 0,001$ y en el GE el nivel de estudios universitarios 46,7% (n=122) fue el más frecuente respecto al 30,3% (n=67) del GC; $p<0,001$.

Tabla 29. Características basales de las mujeres reclutadas según grupos de estudio

	Total	Grupo control	Grupo experimental	
	N=482	n=221	n=261	p valor
Edad: años	Media (DE) Mediana Q ₁ -Q ₃	Media (DE) Mediana Q ₁ -Q ₃	Media (DE) Mediana Q ₁ -Q ₃	
	31,9 (5,5) 33 (28-36)	31,2 (5,2) 32 (27-35)	32,5 (5,7) 33 (29-36,5)	0,008 ^a
Procedencia	Total	n (%)	n (%)	
Autóctona	346 (71,8)	175 (79,2)	171 (65,5)	<0,001 ^b
Extranjera	136 (28,2)	46 (20,8)	90 (34,5)	
Nivel de estudios				
Primarios o inferior	89 (18,5)	52 (23,5)	37 (14,2)	0,001 ^b
Secundarios	204 (42,3)	102 (46,2)	102 (39,1)	
Universitarios	189 (39,2)	67 (30,3)	122 (46,7)	
Trabajo remunerado				
No	109 (22,6)	49 (22,2)	60 (23)	0,913 ^b
Si	373 (77,4)	172 (77,8)	201 (77)	
Convive con pareja				
No	25 (5,2)	11 (5)	14 (5,4)	1 ^b
Si	457 (94,8)	210 (95)	247 (94,6)	
Número de partos	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	
	0,54 (0,7)	0,60 (0,8)	0,48 (0,6)	0,79 ^a
Partos previos	Total	n (%)	n (%)	
No	267 (55,4)	116 (52,5)	151 (57,9)	
Si	215 (44,6)	105 (47,5)	110 (42,1)	0,270 ^b
Entregó PN en gestación previa	n=212*	n=103	n=109	
No	117 (55,2)	57 (55,3)	60 (55)	1 ^b
Si	95 (44,8)	46 (44,7)	49 (45)	

n=número; DE=Desviación estándar; ^a=test t Student; ^b= test Fisher; PN=plan de nacimiento; *3 valores perdidos

Análisis por grupos de estudio

5.3.1. Efectividad de la intervención de asesoramiento sobre el plan de nacimiento

En este apartado, en primer lugar, se presenta la descripción de las características de las mujeres que parieron en el hospital de referencia. Después, se presentan los resultados de la comparación de los grupos o clústeres de estudio de las principales variables de respuesta.

5.3.1.1. Intervención de asesoramiento y entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia

Se analizó una muestra de 416 (86,3%) mujeres que parieron en el hospital de referencia y de las que se obtuvo información completa. En el grupo control hubo 193 (46,4%) mujeres y en el grupo experimental 223 (53,6%).

Características sociodemográficas según grupos de estudio. Fase II

La edad media de las mujeres fue de 31,9 (DE=5,5) años. En el GE la edad media fue más elevada 32,4 años, que la edad media del GC de 31,2 años; $p=0,028$. El porcentaje de mujeres extranjeras 32,7% (n=73) fue mayor en el GE respecto al 20,2% (n=39) del GC; $p=0,005$. Además, en el GE las mujeres tenían con mayor frecuencia un nivel de estudios universitarios 46,2% (n=103) que las mujeres del GC 29,5% (n=57); $p=0,001$. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las variables: trabajo remunerado, convive con pareja, entrega del plan de nacimiento en anterior gestación, partos previos y nivel de riesgo obstétrico (tabla 30). En cuanto las características obstétricas fueron similares en los dos grupos.

Tabla 30. Características sociodemográficas y obstétricas según grupo de estudio. Fase II

	Total	Grupo Control	Grupo experimental	
	N=416	n=193	n=223	p valor
Edad: años	Media (DE) Mediana Q ₁ -Q ₃	Media (DE) Mediana Q ₁ -Q ₃	Media (DE) Mediana Q ₁ -Q ₃	
	31,9 (5,5) 32,5 (28-36)	31,2 (5,1) 32 (27-35)	32,4 (5,7) 33 (29-36)	0,028 ^a
Procedencia	Total	n (%)	n (%)	
Autóctona	304 (73,1)	154 (79,8)	150 (67,3)	0,005 ^b
Extranjera	112 (26,9)	39 (20,2)	73 (32,7)	
Nivel de estudios				
Primarios o inferior	79 (19)	47 (24,4)	32 (14,3)	0,001 ^b
Secundarios	177 (42,5)	89 (46,1)	88 (39,5)	
Universitarios	160 (38,5)	57 (29,5)	103 (46,2)	
Trabajo remunerado				
No	99 (23,8)	44 (22,8)	55 (24,7)	0,729 ^b
Si	317 (76,2)	149 (77,2)	168 (75,3)	
Convive con pareja				
No	22 (5,3)	10 (5,2)	12 (5,4)	1 ^b
Si	394 (94,7)	183 (94,8)	211 (94,6)	
Entregó PN en gestación previa	N=180	n=90	n=90	
No	100 (55,6)	51 (56,7)	49 (54,4)	0,88 ^b
Si	80 (44,4)	39 (43,3)	41 (45,6)	
Número de partos	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	
	0,53 (0,7)	0,6 (0,8)	0,48 (0,6)	0,71 ^a
Partos previos	Total	n (%)	n (%)	
No	236 (56,7)	103 (53,4)	133 (59,6)	0,233 ^b
Si	180 (43,3)	90 (46,6)	90 (40,4)	
Nivel de riesgo obstétrico				
Bajo-medio	297 (71,4)	140 (72,5)	157 (70,4)	0,664 ^b
Alto-muy alto	119 (28,6)	53 (27,5)	66 (29,6)	

n=número; DE=Desviación estándar; Q=Cuartil; ^a=f de Anova; ^b= test Fisher; PN=plan de nacimiento

Asistencia a clases de educación maternal según grupos de estudio

El 55,3% (n=230) de las mujeres realizaron clases de educación maternal, siendo el porcentaje superior en el GE 62,3% (n=139) respecto al GC que fue del 47,1% (n=91);

p=0,002 (tabla 31).

Tabla 31. Asistencia a clases de educación maternal según grupos de estudio

	Total	Grupo Control	Grupo Experimental	
	N=416	n=193	n=223	
Educación maternal	n (%)	n (%)	n (%)	p valor
No	186 (44,7)	102 (52,9)	84 (37,7)	0,002 ^a
Si	230 (55,3)	91 (47,1)	139 (62,3)	

n=número; ^a= test Fisher

Utilización de Internet para consultar los aspectos relacionados sobre el embarazo y el plan de nacimiento según grupos de estudio

El 65,9% (n=274) de las mujeres consultaron Internet para obtener información sobre el embarazo y el plan de nacimiento, siendo más frecuente en el GE 71,3% (n=159) respecto al 59,6% (n=115), del GC; p=0,013 (tabla 32).

Tabla 32. Utilización de Internet para consultar los aspectos relacionados sobre el embarazo y el plan de nacimiento según grupos de estudio

	Total	Grupo Control	Grupo experimental	
	N=416	n=193	n=223	
Consulta Internet	n (%)	n (%)	n (%)	p valor
No	142 (34,1)	78 (40,4)	64 (28,7)	0,013 ^a
Si	274 (65,9)	115 (59,6)	159 (71,3)	

n=número; ^a= test Fisher

5.3.1.1.1. Intervención de asesoramiento y entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y motivos de no entrega según grupos estudio

En la tabla 33 se muestran los resultados de la entrega del plan de nacimiento en el hospital y los motivos de no entrega, según haber recibido o no la intervención de asesoramiento basado en la TDC según grupos.

El 65,9% (n=274) de las mujeres entregaron el plan de nacimiento en el hospital. Se observó que las mujeres que recibieron el asesoramiento basado en la TDC entregaron el plan de nacimiento en menor porcentaje 57,8% (n=129) respecto al 75,1% (n=145) de las mujeres que recibieron asesoramiento habitual; p< 0,001.

De las 142 (34,1%) mujeres que no entregaron el plan de nacimiento, 48 (33,8%) eran del GC y 94 (66,2%), del GE. El principal motivo de no entrega en los dos grupos fue porque los profesionales no lo solicitaron a las mujeres, 74,7% (n=106), siendo superior en las mujeres del GE 77,6% (n=73) respecto al 68,8% (n=33) del GC; p=0,039. En el GC, 4 (8,3%) mujeres consideraron que no era necesario entregarlo respecto a ninguna mujer del GE. El porcentaje de no entregar el PN porque se olvidó y otras causas fue similar entre los dos grupos.

Tabla 33. Intervención de asesoramiento y entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y motivos de no entrega según grupos de estudio

	Total	Grupo Control	Grupo experimental	
	N=416	n=193	n=223	
Entrega del PN	n (%)	n (%)	n (%)	p valor
No	142 (34,1)	48 (24,9)	94 (42,2)	<0,001 ^a
Si	274 (65,9)	145 (75,1)	129 (57,8)	
Motivo de no entrega del PN	N=142	48 (33,8)	94 (66,2)	
No lo creí necesario	4 (2,8)	4 (8,3)	0 (0)	
Me olvidé	10 (7)	4 (8,3)	6 (6,4)	
Los profesionales no me lo pidieron	106 (74,7)	33 (68,8)	73 (77,6)	0,039 ^a
Otras causas	22 (15,5)	7 (14,6)	15 (6,7)	

PN=plan de nacimiento; n=número; ^a= test Fisher

5.3.1.1.2. Factores relacionados con la entrega del plan de nacimiento según el asesoramiento recibido

Se realizó un modelo de regresión logística multinomial ajustado a las variables sociodemográficas en función de pertenecer al grupo control o al experimental. Se observó que pertenecer al grupo experimental se relacionó con una menor probabilidad para presentar el plan de nacimiento en el hospital (aOR=0,45; IC 95%: 0,29-0,70); p<0,001 (tabla 34).

Tabla 34. Resultados de la regresión logística multinomial de los factores relacionados con la entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y las características sociodemográficas y grupos de intervención

Entrega del plan de nacimiento	aOR (IC 95%)	p valor
Grupo control	Ref.	<0,001
Grupo experimental	0,45 (0,29-0,70)	
Edad Media (DE)	0,98 (0,94-1,02)	0,286
Procedencia		
Autóctona	Ref.	
Extranjera	0,85 (0,53-1,36)	0,495
Educación		
Primarios o inferior	Ref.	
Secundarios	0,82 (0,46-1,46)	0,351
Universitarios	1,16 (0,62-2,19)	

aOR=odds ratio ajustada; IC=intervalo de confianza al 95%; Ref.=referencia

5.3.1.2. Intervención de asesoramiento y haber recibido información suficiente sobre el parto durante la gestación según grupos de estudio

En la tabla 35 se observa que el 95% (n=395) de las mujeres consideraron haber recibido información suficiente sobre el parto durante el embarazo, siendo el porcentaje similar en ambos grupos, del 95,1% (n=212) en el GE y del 94,8% (n=183) en el GC.

Tabla 35. Intervención de asesoramiento y haber recibido información suficiente sobre el parto durante la gestación según grupos de estudio

	Total	Grupo control	Grupo experimental	
	N=416	n=193	n=223	
Información suficiente	n (%)	n (%)	n (%)	p valor
No	21 (5)	10 (5,2)	11 (4,9)	1 ^a
Si	395 (95)	183 (94,8)	212 (95,1)	

n=número; ^a= test Fisher

5.3.1.3. Intervención de asesoramiento y grado de utilidad de la elaboración del plan de nacimiento en la toma de decisiones sobre los aspectos relacionados del parto según grupos de estudio

Sobre el grado de utilidad de la elaboración del PN para la toma de decisiones sobre los aspectos relacionados del parto, los resultados fueron similares en los dos grupos en todas las puntuaciones. El 36,8% (n=82) del GE lo consideraron “muy útil” respecto al 43% (n=83) del GC. Hubo 28 (6,7%) mujeres que consideraron “nada útil” elaborar el plan de nacimiento en la toma de decisiones, siendo los porcentajes similares en los dos grupos (tabla 36).

Tabla 36. Intervención de asesoramiento y grado de utilidad de la elaboración del plan de nacimiento en la toma de decisiones sobre los aspectos relacionados del parto según grupos de estudio

	Total	Grupo control	Grupo experimental	
	N=416	n=193	n=223	
Grado utilidad PN	n (%)	n (%)	n (%)	p valor
0 (nada útil)	28 (6,7)	14 (7,3)	14 (6,3)	
1	16 (3,8)	9 (4,7)	7 (3,1)	
2	29 (7)	13 (6,7)	16 (7,2)	
3	71 (17,1)	28 (14,5)	43 (19,3)	
4	107 (25,7)	46 (23,8)	61 (27,3)	
5 (muy útil)	165 (39,7)	83 (43)	82 (36,8)	
Media (DE)	3,70 (1,5)	3,7 (1,5)	3,7 (1,4)	
Mediana Q ₁ -Q ₃	4 (3 - 5)	4 (3 - 5)	4 (3 - 5)	0,421 ^a

PN=plan de nacimiento; DE=Desviación estándar; Q=cuartil; n=número; ^a= test U Mann-Whitney

5.3.1.4. Intervención de asesoramiento e intención de uso del plan de nacimiento en siguiente embarazo según grupos de estudio

El 91,3% (n=379) de las mujeres refirieron que volverían a utilizar del plan de nacimiento en el siguiente embarazo y los resultados fueron similares entre el GE 92,8% (n=207) y el GC 89,6% (n=172). (Tabla 37).

Tabla 37. Intervención de asesoramiento e intención de uso del plan de nacimiento en siguiente embarazo según grupos de estudio

	Total	Grupo control	Grupo experimental	
	N=415	n=192*	n=223	
Uso del PN siguiente gestación	n (%)	n (%)	n (%)	p valor
No	36 (8,7)	20 (10,4)	16 (7,2)	0,294 ^a
Si	379 (91,3)	172 (89,6)	207 (92,8)	

PN=plan de nacimiento; n=número; ^a= test Fisher; *1 valor perdido

5.3.1.5. Intervención de asesoramiento y satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto según grupos de estudio

De las 416 (86,3%) mujeres que parieron en el hospital se evaluó la satisfacción con la experiencia del parto, con la escala MCSRS, en 285 (59,1%) mujeres. En el grupo control participaron 129 (45,3%) mujeres y en el grupo experimental 156 (54,7%).

La puntuación media de la satisfacción global de la experiencia con el parto fue de (m=151,9; DE=22,3; IC 95% 149,1 a 154,3) siendo similar entre las mujeres que recibieron el asesoramiento habitual y las que recibieron el asesoramiento basado en la TDC. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de satisfacción de la dilatación, siendo la puntuación menor en el GE (m=15,6; DE=3,8), respecto al GC (m=16,6; DE=3,6); [dm=1; IC 95% dm=0,1 a 1,8; p=0,020]. Para el resto de las subescalas, así como en la satisfacción en la participación en la toma de decisiones en la dilatación y en el expulsivo no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (tabla 38).

Tabla 38. Intervención de asesoramiento y satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto según grupos de estudio

		Grupo control	Grupo experimental			
	N=285	n=129	n=156			
Grado de satisfacción Escala MCSRS	Media (DE) (IC 95%)	Media (DE) (IC 95%)	Media (DE) (IC 95%)	dm	dm IC 95%	p valor ^a
Satisfacción global	151,9 (22,3) (149,1-154,3)	153,5 (21,8) (149,6-157,2)	150,2 (22,6) (146,6-153,8)	3,2	-1,9 a 8,4	0,224
Dilatación	16 (3,6) (15,6-16,4)	16,6 (3,6) (15,9-17,2)	15,6 (3,8) (15-16,1)	1	0,1 a 1,8	0,020
Expulsivo	16,9 (3,3) (16,5-17,2)	17 (3,2) (16,4-17,6)	16,7 (3,3) (16,2-17,2)	0,3	-0,5 a 1	0,477
Matrona	53 (9,1) (52-54,1)	53,6 (8,6) (52,1-55,1)	52,5 (9,4) (51-54)	1,1	-1 a 3,2	0,303
Obstetra	33,6 (7,1) (32,8-34,4)	33,7 (7) (32,5-35)	33,5 (7,2) (32,4-34,6)	0,2	-1,4 a 1,9	0,766
Recién nacido	14,2 (1,5) (14-14,4)	14,3 (1,4) (14,1-14,6)	14,1 (1,6) (13,9-14,4)	0,2	-0,1 a 0,5	0,252
Acompañante/confort	17,9 (2,3) (17,7-18,2)	18,1 (2,2) (17,7-18,5)	17,8 (2,3) (17,4-18,1)	0,4	-0,1 a 0,9	0,155
Participación en la toma de decisiones: dilatación	4,1 (1) (4-4,2)	4,2 (0,9) (4-4,4)	4,1 (1,1) (3,9-4,2)	0,1	-0,1 a 0,4	0,190
Participación en la toma de decisiones: expulsivo	4,2 (1) (4,1-4,3)	4,2 (1) (4,1-4,4)	4,2 (1) (4,1-4,4)	0	-0,2 a 0,2	0,996

MCSRS=Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale; n=número; DE=desviación estándar; dm=diferencia de media; IC 95%=intervalo de confianza al 95%; ^a=f de Anova

5.3.1.6. Intervención de asesoramiento y resultados obstétricos de las mujeres según grupo de estudio

En la tabla 39 se muestran los resultados obstétricos según recibieron la intervención de asesoramiento en la TDC o asesoramiento habitual y que parieron en el hospital de referencia.

El inicio y tipo de parto, así como la episiotomía, el contacto precoz piel con piel y las complicaciones perinatales y maternas fueron similares en los dos grupos de estudio. Solo se observaron diferencias estadísticamente significativas en el inicio de la lactancia materna en sala de partos siendo el porcentaje superior 83,9% (n=187) en el GE respecto al 66,3% (n=128) de las mujeres del GC; p<0,001.

Tabla 39. Intervención de asesoramiento y resultados obstétricos de las mujeres según grupos de estudio

	Total	Grupo control	Grupo experimental	
Inicio de parto	N=403	n=191	n=212	p valor ^a
	n (%)	n (%)	n (%)	
Espontáneo	273 (67,7)	125 (65,5)	148 (69,8)	0,393
Inducido	130 (32,3)	66 (34,5)	64 (30,2)	
Tipo de parto	N=416	n=193 (46,4)	n=223 (53,6)	
Eutócico	291 (70)	139 (72)	152 (68,2)	0,150
Instrumentado	48 (11,5)	16 (8,3)	32 (14,3)	
Cesárea	77 (18,5)	38 (19,7)	39 (17,5)	
Episiotomía				
No	308 (74)	141 (73)	167 (74,9)	0,736
Si	108 (26)	52 (27)	56 (25,1)	
Contacto precoz piel con piel				
No	43 (10,3)	25 (13)	18 (8,1)	0,109
Si	373 (89,7)	168 (87)	205 (91,9)	
Inicio LM en sala partos				
No	101 (24,3)	65 (33,7)	36 (16,1)	<0,001
Si	315 (75,7)	128 (66,3)	187 (83,9)	
Complicaciones perinatales				
No	382 (91,8)	177 (91,7)	205 (91,9)	1
Si	34 (8,2)	16 (8,3)	18 (8,1)	
Ingreso neonato				
No	386 (92,8)	179 (92,7)	207 (92,8)	1
Si	30 (7,2)	14 (7,3)	16 (7,2)	
Muerte perinatal				
No	416 (100)	193 (100)	223 (100)	NA
Si	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Complicaciones maternas				
No	383 (92,1)	176 (91,2)	207 (92,8)	0,587
Si	33 (7,9)	17 (8,8)	16 (7,2)	

n=número; ^a= test Fisher; NA=no aplicable; LM= Lactancia materna

5.3.1.7. Intervención de asesoramiento y métodos de alivio del dolor utilizados durante el parto por las mujeres según grupos de estudio

Los métodos de alivio del dolor utilizados por las mujeres de estudio durante el parto se especifican en la tabla 40. Se observó que el 93,8% (n=390) de las mujeres recibieron algún método farmacológico de alivio de dolor siendo similar en los dos grupos.

La utilización de la analgesia epidural fue menor entre las mujeres del GE, 84,7% (n=189) respecto al 91,7% (n=177) del GC; $p=0,034$. Sólo utilizaron analgesia inhalada 39 (9,4%) mujeres; sin embargo, el uso fue mayor en el GE 16,1% (n=36) respecto al 1,5% (n=3) al GC y el uso de la analgesia local, parenteral y anestesia general fueron similares en ambos grupos.

Combinaron los métodos farmacológicos y no farmacológicos 166 (39,9%) mujeres, y en el GE lo hicieron con mayor porcentaje 48,9% (n=109) que en el GC que fue del 29,5% (n=57); $p<0,001$. Además, las mujeres del GE utilizaron con mayor frecuencia que las del GC los siguientes métodos no farmacológicos: las técnicas de relajación 18,4% (n=41) respecto al 8,8% (n=17); $p=0,006$; las técnicas de respiración 36,8% (n=82) respecto al 16,1% (n=31); $p<0,001$; el masaje 25,6% (n=57) respecto al 10,9% (n=21); $p<0,001$ y el calor local 17,9% (n=40) respecto al 9,3% (n=18); $p=0,015$. El uso del agua y otros métodos no farmacológicos fue similar en los dos grupos.

Tabla 40. Intervención de asesoramiento y métodos de alivio del dolor utilizados durante el parto por las mujeres según grupos de estudio

		Total	Grupo control	Grupo experimental	p valor ^a
		N=416	n=193	n=223	
Farmacológicos	No	26 (6,2)	10 (5,2)	16 (7,2)	0,425
	Si	390 (93,8)	183 (94,8)	207 (92,8)	
Epidural	No	50 (12)	16 (8,3)	34 (15,3)	0,034
	Si	366 (88)	177 (91,7)	189 (84,7)	
General	No	411 (98,8)	191 (99)	220 (98,6)	1
	Si	5 (1,2)	2 (1)	3 (1,4)	
Local	No	401 (96,4)	187 (96,9)	214 (96)	0,793
	Si	15 (3,6)	6 (3,1)	9 (4)	
Parenteral	No	414 (99,5)	193 (100)	221 (99)	0,501
	Si	2 (0,5)	0 (0)	2 (1)	
Inhalada	No	377 (90,6)	190 (98,5)	187 (83,9)	<0,001
	Si	39 (9,4)	3 (1,5)	36 (16,1)	
No farmacológicos	No	227 (54,6)	126 (65,3)	101 (45,3)	<0,001
	Si	189 (45,4)	67 (34,7)	122 (54,7)	
Técnicas de relajación	No	358 (86,1)	176 (91,2)	182 (81,6)	0,006
	Si	58 (13,9)	17 (8,8)	41 (18,4)	
Técnicas de respiración	No	303 (72,8)	162 (83,9)	141 (63,2)	<0,001
	Si	113 (27,2)	31 (16,1)	82 (36,8)	
Masaje	No	338 (81,3)	172 (89,1)	166 (74,4)	<0,001
	Si	78 (18,7)	21 (10,9)	57 (25,6)	
Uso del agua	No	367 (88,2)	168 (87,1)	199 (89,2)	0,543
	Si	49 (11,8)	25 (12,9)	24 (10,8)	
Calor local	No	358 (86,1)	175 (90,7)	183 (82,1)	0,015
	Si	58 (13,9)	18 (9,3)	40 (17,9)	
Pelota	No	327 (78,6)	160 (82,9)	167 (74,9)	0,055
	Si	89 (21,4)	33 (17,1)	56 (25,1)	
Otros métodos no farmac*	No	412 (99)	191 (99)	221 (99,1)	1
	Si	4 (1)	2 (1)	2 (0,9)	
Farmacológicos + No farmac	No	250 (60,1)	136 (70,5)	114 (51,1)	<0,001
	Si	166 (39,9)	57 (29,5)	109 (48,9)	

n=número; %=porcentaje; ^a= test Fisher; *Otros: TENS, acupuntura, aromaterapia, homeopatía, flores de Bach; farmac=farmacológico

5.3.1.8 Intervención de asesoramiento y preferencias sobre los aspectos relacionados con el parto según grupos de estudio

Se obtuvo una muestra de 415 (86,1%) mujeres que habían cumplimentado dos planes de nacimiento pre y post asesoramiento. En el GC 188 (45,3%) mujeres y en el GE 227 (54,7%) mujeres

5.3.1.8.1. Comparación de las preferencias comunes expresadas en los planes de nacimiento pre y post asesoramiento: comparación intragrupo

En primer lugar, se realizó un análisis del contenido de las preferencias de los planes de nacimiento de los diferentes centros para determinar aquellas que eran comunes en los 4 planes de nacimiento, obteniéndose un total de 24 preferencias comparables.

Se evaluó el porcentaje de mujeres que eligieron una preferencia antes y después de la intervención de asesoramiento habitual en el grupo control y después del asesoramiento basado en el TDC en el grupo experimental. Los resultados del GC y el GE se muestran en la tabla 41.

Grupo control

En el grupo control, de las 24 preferencias se observó diferencias estadísticamente significativas en 10 (41,7%) de ellas. Después del asesoramiento habitual hubo un aumento en las preferencias de posibilidad de graduación de la luz, 44,7% (n=84) respecto al 34% (n=64); $p=0,001$ y monitorización intermitente 44,7% (n=84) respecto al 29,3% (n=55); $p<0,001$.

Además, hubo un aumento de deseo de parto natural, 25% (n=47) respecto al 19,7% (n=37) $p=0,013$ y el masaje 55,3% (n=104) respecto al 41% (n=77); $p<0,001$. El resto de las preferencias relacionadas con el alivio del dolor no presentaron cambios estadísticamente significativos.

Después del asesoramiento, aumentó la preferencia de realizar pujos dirigidos 45,7% (n=86) respecto al 34,6% (n=65); $p=0,002$ y realizar pujos espontáneos 28,7% (n=54) respecto al 17% (n=32); $p<0,001$.

Sobre el recién nacido aumentó la preferencia de realizar un clampaje tardío del cordón umbilical 44,1% (n=83) respecto la preferencia inicial del 31,9% (n=60); $p=0,001$ así como iniciar la lactancia materna en sala de partos 70,7% (n=133) respecto al 54,3% (n=102);

$p < 0,001$ y consultar a la madre antes de dar otros alimentos al bebé 61,7% ($n=116$) respecto al 54,3% ($n=102$); $p=0,016$.

Grupo experimental

En el grupo experimental, 17 (70,8%) de las 24 preferencias mostraron cambios estadísticamente significativos.

En el apartado de acompañamiento y confort después del asesoramiento aumentaron las preferencias de disponer de un espacio único, 81,1% ($n=184$) respecto al 70% ($n=159$); $p < 0,001$; escuchar música 57,3% ($n=130$), respecto al 50,2% ($n=114$); $p=0,029$ y libertad de movimientos durante el parto 78% ($n=177$) respecto a la preferencia inicial del 65,6% ($n=149$); $p < 0,001$. Después del asesoramiento hubo mayor preferencia por beber líquidos durante el parto 84,6% ($n=192$) respecto al 70% ($n=159$); $p < 0,001$ y realizar una monitorización intermitente 48% ($n=109$) respecto al 27,3% ($n=62$); $p < 0,001$.

El deseo de parto natural aumentó, 36,6% ($n=83$) respecto al 29,1% ($n=66$); $p=0,005$.

La preferencia de analgesia epidural fue similar tras recibir el asesoramiento, en cambio, aumentaron después del asesoramiento las preferencias de alivio del dolor no farmacológicos tales como las técnicas de relajación 60,8% ($n=138$) respecto 53,3% ($n=121$); $p=0,046$, técnicas de respiración 65,2% ($n=148$) respecto 54,6% ($n=124$); $p=0,003$, el masaje 74,9% ($n=170$) respecto 49,8% ($n=113$); $p < 0,001$, la pelota 81,9% ($n=186$) respecto al 71,8% ($n=163$); $p < 0,001$ y otros métodos no farmacológicos 9,3% ($n=21$) respecto 4,8% ($n=11$); $p=0,013$.

Después del asesoramiento, en el apartado del expulsivo aumentó la preferencia de realizar pujos espontáneos, 49,3% ($n=112$) respecto al 23,3% ($n=53$); $p < 0,001$ y poder elegir la postura en el parto, 69,6% ($n=158$) respecto a la preferencia inicial 50,2% ($n=114$); $p < 0,001$.

La preferencia de realizar contacto precoz piel con piel aumentó después del asesoramiento 96% ($n=218$) respecto al 89% ($n=202$); $p=0,001$, y también realizar el clampaje tardío del cordón umbilical 67,4% ($n=154$) respecto 37% ($n=84$); $p < 0,001$. La preferencia de iniciar la lactancia materna en sala de partos aumentó 74% ($n=168$) respecto al 52% ($n=118$); $p < 0,001$; así como ser consultada antes de dar otros alimentos al bebé, 67% ($n=152$) respecto al 56,8% ($n=129$); $p=0,005$, después de recibir el asesoramiento.

Tabla 41. Comparación de las preferencias comunes expresadas en los planes de nacimiento pre y post asesoramiento: comparación intragrupos

Preferencias	Grupo control n=188			Grupo experimental n=227		
	PN1: Pre asesoramiento	PN2: Post asesoramiento		PN1: Pre asesoramiento	PN2: Post asesoramiento	
Acompañamiento /Confort	n (%)	n (%)	p valor ^a	n (%)	n (%)	p valor ^a
Acompañante durante el parto	186 (98,9)	187 (99,5)	1	220 (96,9)	225 (99,1)	0,063
Espacio único	95 (50,5)	97 (51,6)	0,832	159 (70)	184 (81,1)	<0,001
Posibilidad de graduación de la luz	64 (34)	84 (44,7)	0,001	133 (58,6)	143 (63)	0,174
Escuchar música	74 (39,4)	82 (43,6)	0,134	114 (50,2)	130 (57,3)	0,029
Libertad movimientos	128 (68,1)	137 (72,9)	0,093	149 (65,6)	177 (78)	<0,001
Procedimientos						
Beber líquidos durante el parto	167 (88,8)	176 (93,6)	0,049	159 (70)	192 (84,6)	<0,001
Monitorización continua	83 (44,1)	71 (37,8)	0,081	142 (62,6)	134 (59)	0,312
Monitorización intermitente	55 (29,3)	84 (44,7)	<0,001	62 (27,3)	109 (48)	<0,001
Alivio del dolor						
Analgesia epidural	91 (48,4)	82 (43,6)	0,122	131 (57,7)	125 (55,1)	0,451
Deseo parto natural	37 (19,7)	47 (25)	0,013	66 (29,1)	83 (36,6)	0,005
Técnicas de relajación	92 (48,9)	99 (52,7)	0,296	121 (53,3)	138 (60,8)	0,046
Técnicas de respiración	85 (45,2)	95 (50,5)	0,076	124 (54,6)	148 (65,2)	0,003
Masaje	77 (41)	104 (55,3)	<0,001	113 (49,8)	170 (74,9)	<0,001
Uso de la pelota	96 (51,1)	107 (56,9)	0,080	163 (71,8)	186 (81,9)	<0,001
Otros métodos no farmacológicos	8 (4,3)	8 (4,3)	1	11 (4,8)	21 (9,3)	0,013
Expulsivo						
Pujos dirigidos	65 (34,6)	86 (45,7)	0,002	137 (60,4)	127 (55,9)	0,314
Pujos espontáneos	32 (17)	54 (28,7)	<0,001	53 (23,3)	112 (49,3)	<0,001
Utilización del espejo durante el expulsivo	48 (25,5)	58 (30,9)	0,064	67 (29,5)	77 (33,9)	0,099
Elegir postura en el parto	69 (36,7)	78 (41,5)	0,108	114 (50,2)	158 (69,6)	<0,001
Recién nacido						
Contacto precoz piel con piel	170 (90,4)	176 (93,6)	0,210	202 (89)	218 (96)	0,001
Clampaje tardío del cordón umbilical	60 (31,9)	83 (44,1)	0,001	84 (37)	154 (67,4)	<0,001
Lactancia						
Inicio LM en sala de partos	102 (54,3)	133 (70,7)	<0,001	118 (52)	168 (74)	<0,001
Deseo de lactancia artificial	20 (10,6)	18 (9,6)	0,727	14 (6,2)	13 (5,7)	1
Consultar antes de dar otros alimentos al bebé	102 (54,3)	116 (61,7)	0,016	129 (56,8)	152 (67)	0,005

n=número; LM=Lactancia materna; ^a= test McNemar

5.3.1.8.2. Comparación entre grupos de las preferencias comunes del plan de nacimiento después de la intervención de asesoramiento

Cuando se analizó si la intervención de asesoramiento influyó en que las mujeres optaran por una determinada preferencia según el tipo de asesoramiento recibido se observó que se produjeron cambios con diferencias estadísticamente significativas en 14 preferencias. Los resultados se presentan en la tabla 42.

Se observó que las mujeres del GE respecto a las del GC, prefirieron con mayor frecuencia disponer de un espacio único 81,1% (n=184) respecto al 51,6% (n=97); $p<0,001$; la posibilidad de graduación de la luz 63% (n=143) respecto al 44,7% (n=84); $p<0,001$; escuchar música 57,3% (n=130) respecto al 43,6% (n=82); $p=0,006$.

En referencia a los procedimientos del parto, las mujeres del GE después del asesoramiento también optaron en un mayor porcentaje por la preferencia de la monitorización continua 59% (n=134) respecto al 37,8% (n=71) del GC; $p<0,001$. Por el contrario, la preferencia de beber líquidos durante el parto fue mayor en las mujeres del GC 93,6% (n=176) respecto al 84,6% (n=192) del GE; $p=0,005$.

El deseo de parto natural fue superior entre las mujeres del GE 36,6% (n=83) respecto al 25% (n=47) del GC; $p=0,014$.

En cuanto a las preferencias de métodos de alivio del dolor, la preferencia de la analgesia epidural fue superior en el GE 55,1% (n=125) respecto al 43,6% (n=82) del GC; $p=0,023$; Asimismo en el GE fueron superiores las preferencias de técnicas de respiración 65,2% (n=148) respecto al 50,5% (n=95); $p=0,003$; el masaje 74,9% (n=170) respecto al 55,3% (n=104); $p<0,001$ del GC. y uso de la pelota 81,9% (n=186) respecto al 56,9% (n=107); $p<0,001$.

Sobre las preferencias del periodo expulsivo en el GE hubo un aumento sobre realizar pujos espontáneos 49,3% (n=112) respecto al 28,7% (n=54) del GC; $p<0,001$ y elegir la postura en el parto 69,6% (n=158) respecto al 41,5% (n=78) del GC; $p<0,001$.

Sobre el recién nacido, las mujeres del GE escogieron en mayor porcentaje la opción de realizar un clampaje tardío del cordón umbilical, 67,8% (n=154) respecto al 44,1% (n=83); $p=0,001$ GC.

Tabla 42. Comparación entre grupos de las preferencias comunes del plan de nacimiento después de la intervención de asesoramiento

Preferencias Post asesoramiento	Grupo control n=188	Grupo experimental n=227	
	n (%)	n (%)	p valor ^a
Acompañamiento/Confort			
Acompañante durante parto	187 (99,5)	225 (99,1)	1
Espacio único	97 (51,6)	184 (81,1)	<0,001
Posibilidad de graduación de la luz	84 (44,7)	143 (63)	<0,001
Escuchar música	82 (43,6)	130 (57,3)	0,006
Libertad de movimientos	137 (72,9)	177 (78)	0,251
Procedimientos			
Beber líquidos durante el parto	176 (93,6)	192 (84,6)	0,005
Monitorización continua	71 (37,8)	134 (59)	<0,001
Monitorización intermitente	84 (44,7)	109 (48)	0,553
Alivio del dolor			
Deseo de parto natural	47 (25)	83 (36,6)	0,014
Analgesia epidural	82 (43,6)	125 (55,1)	0,023
Técnicas de relajación	99 (52,7)	138 (60,8)	0,111
Técnicas de respiración	95 (50,5)	148 (65,2)	0,003
Masaje	104 (55,3)	170 (74,9)	<0,001
Uso de la pelota	107 (56,9)	186 (81,9)	<0,001
Otros métodos no farmacológicos	8 (4,3)	21 (9,3)	0,054
Expulsivo			
Pujos dirigidos	86 (45,7)	127 (55,9)	0,048
Pujos espontáneos	54 (28,7)	112 (49,3)	<0,001
Utilización espejo durante el expulsivo	58 (30,9)	77 (33,9)	0,529
Elegir postura en el parto	78 (41,5)	158 (69,6)	<0,001
Recién nacido			
Contacto precoz piel con piel	176 (93,6)	218 (96)	0,272
Clampaje tardío del cordón umbilical	83 (44,1)	154 (67,8)	0,001
Lactancia			
Inicio LM en sala de partos	133 (70,7)	168 (74)	0,508
Deseo de lactancia artificial	18 (9,6)	13 (5,7)	0,189
Consultar antes de dar otros alimentos al bebé	116 (61,7)	152 (67)	0,303

PN=plan de nacimiento; n=número; LM=lactancia materna; ^a= test Fisher

5.3.1.8.3. Número de cambios producidos en las preferencias comunes del PN después de asesoramiento según grupos de estudio

La tabla 43 muestra la suma de todos de los cambios de preferencias que se produjeron en el GC y GE después de recibir la intervención de asesoramiento.

Se produjeron entre los dos grupos un total de 1.864 (18,7%) cambios sobre los 9.960 posibles cambios que pudieron ocurrir. En el grupo control ocurrieron 658 (14,6%) cambios y 1.206 (22,1%) en el grupo experimental observándose diferencias estadísticamente significativas entre grupos; $p < 0,001$.

Tabla 43. Número total de cambios producidos en las preferencias comunes en el plan de nacimiento después del asesoramiento según grupos de estudio

	Total	Grupo control	Grupo Experimental	
	N=9.960	n=4.512	n=5.448	
Cambios	n (%)	n (%)	n (%)	p valor
No	8.096 (81,3)	3.854 (85,4)	4.242 (77,9)	<0,001 ^a
Si	1.864 (18,7)	658 (14,6)	1.206 (22,1)	

n=número; ^a= test Fisher

A continuación, en la tabla 44 se especifican el número de cambios producidos en cada una de las preferencias.

Se produjo un número mayor de cambios en todas las preferencias en el GE respecto al GC siendo estadísticamente significativas en 13 de ellas, excepto en la preferencia de deseo de lactancia artificial que fue menor 1,3% (n=3) respecto al 4,8% (n=9); $p = 0,042$ del GC.

En el GE se produjeron 47 (20,7%) cambios respecto a 22 (11,7%) del GC en la preferencia del espacio único; $p = 0,017$, en escuchar música 48 (21,1%) cambios respecto a 22 (11,7%) del GC; $p = 0,012$ y en libertad de movimientos 54 (23,8%) respecto a 23 (12,2%); $p = 0,003$.

En la preferencia de beber líquidos en GE se produjeron 55 (24,2%) cambios respecto a 17 (9%) del GC; $p < 0,001$. También sobre la realización de monitorización intermitente el número de cambios fue superior en el GE 79 (34,8%) respecto a 41 (21,8%) del GC; $p = 0,005$.

Asimismo, el número de cambios producidos sobre la preferencia de deseo de parto natural fue superior en el GE 33 (14,5%) respecto 14 (7,4%); $p = 0,029$ del GC.

Sobre los métodos de alivio del dolor el número de cambios producidos sobre la preferencia de utilizar analgesia epidural fue similar en ambos grupos. Por el contrario, en

el GE los cambios producidos en las preferencias sobre métodos no farmacológicos fueron superiores respecto al GC: técnicas de relajación 65 (28,6%) respecto 33 (17,6%); $p=0,010$; técnicas de respiración 62 (27,3%) cambios respecto 26 (13,8%); $p=0,001$ y el masaje 75 (33%) respecto a 35 (18,6%); $p=0,001$.

Se produjeron 80 (35,2%) cambios sobre la preferencia de realizar pujos dirigidos en el GE respecto a 43 (22,9%) en el GC; $p=0,007$ y sobre la preferencia de realizar los pujos espontáneos también fue superior en el GE, 77 (33,9%) respecto a 32 (17%); $p<0,001$. En la preferencia de poder elegir la postura en el parto también en GE se produjeron un mayor número de cambios, 66 (29,1%) respecto a 26 (13,8%); $p<0,001$.

En el apartado del recién nacido, se produjo un mayor número cambios en el GE 85 (37,4%) respecto al GC 45 (23,9%); $p=0,004$, en la preferencia del clampaje tardío de cordón umbilical.

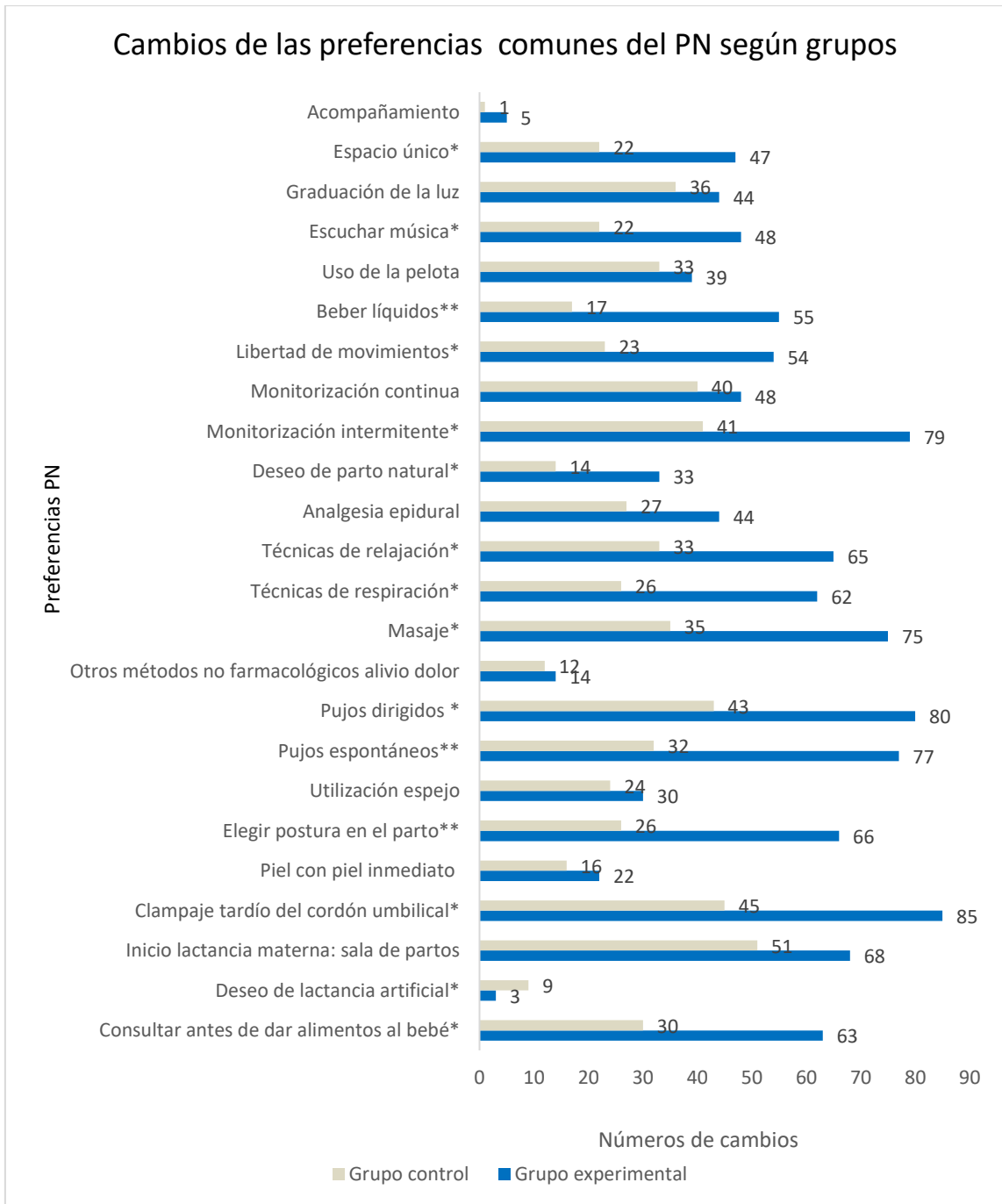
En relación con las preferencias a la lactancia, en el GE se produjeron más cambios sobre el deseo de ser consultada antes de dar otros alimentos al bebé que en el GC, 63 (27,8%) respecto a 30 (16%); $p=0,004$.

En la figura 24 se presenta el número de cambios según grupos de estudio.

Tabla 44. Número de cambios producidos en las preferencias comunes en el plan de nacimiento después del asesoramiento según grupos de estudio

		Grupo control	Grupo experimental	
	Total	Número de cambios	Número de cambios	
	N=1.864	n= 658	n=1.206	
Acompañamiento/confort	n (%)	n (%)	n (%)	p valor ^a
Acompañante durante parto	6 (0,3)	1 (0,5)	5 (2,2)	0,228
Espacio único	69 (3,7)	22 (11,7)	47 (20,7)	0,017
Posibilidad de graduación de la luz	80 (4,3)	36 (19,1)	44 (19,4)	1
Escuchar música	70 (3,8)	22 (11,7)	48 (21,1)	0,012
Libertad de movimientos	77 (4,2)	23 (12,2)	54 (23,8)	0,003
Procedimientos				
Beber líquidos durante el parto	72 (3,9)	17 (9)	55 (24,2)	<0,001
Monitorización continua	88 (4,7)	40 (21,3)	48 (21,1)	1
Monitorización intermitente	120 (6,4)	41 (21,8)	79 (34,8)	0,005
Alivio del dolor				
Deseo de parto natural	47 (2,5)	14 (7,4)	33 (14,5)	0,029
Analgesia epidural	71 (3,8)	27 (14,4)	44 (19,4)	0,192
Técnicas de relajación	98 (5,3)	33 (17,6)	65 (28,6)	0,010
Técnicas de respiración	88 (4,7)	26 (13,8)	62 (27,3)	0,001
Masaje	110 (5,9)	35 (18,6)	75 (33)	0,001
Uso de la pelota	72 (3,9)	33 (17,6)	39 (17,2)	1
Otros métodos no farmacológicos	26 (1,4)	12 (6,4)	14 (6,2)	1
Expulsivo				
Pujos dirigidos	123 (6,6)	43 (22,9)	80 (35,2)	0,007
Pujos espontáneos	109 (5,8)	32 (17)	77 (33,9)	<0,001
Utilización espejo durante el expulsivo	54 (2,9)	24 (12,8)	30 (13,2)	1
Elegir postura en el parto	92 (4,9)	26 (13,8)	66 (29,1)	<0,001
Recién nacido				
Contacto precoz piel con piel	38(2)	16 (8,5)	22 (9,7)	0,734
Clampaje tardío del cordón umbilical	130 (7)	45 (23,9)	85 (37,4)	0,004
Lactancia				
Inicio LM en sala de partos	119 (6,4)	51 (27,1)	68 (30)	0,586
Deseo de lactancia artificial	12 (0,6)	9 (4,8)	3 (1,3)	0,042
Consultar antes de dar otros alimentos al bebé	93 (5)	30 (16)	63 (27,8)	0,004

PN=plan de nacimiento; n=número; LM=lactancia materna ^a= test Fisher



PN=plan de nacimiento; Fisher: *p<0,05; ** p<0,001

Figura 24. Cambios de las preferencias comunes del plan de nacimiento según grupos de estudio

5.3.2. Relación entre las características sociodemográficas y clínicas y la entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia

Se estudió si la edad, la procedencia, el nivel de estudios, tener un parto previo, el nivel de riesgo obstétrico, haber entregado el plan de nacimiento en una gestación anterior, asistir a clases de educación maternal y consultar Internet sobre aspectos relacionados con el parto y plan de nacimiento se relacionaron con una mayor o menor entrega del plan de nacimiento en el hospital. Ninguna de las características anteriormente citadas tuvo relación con la entrega del plan de nacimiento. Tabla 45.

Tabla 45. Relación entre las características sociodemográficas y clínicas y la entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia

		Entrega del plan de nacimiento				
		No	Si			
	N=416	n=142	n=274	p valor		
Edad: años	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	dm IC 95%	
	31,9 (5,5)	32,3 (5,4)	31,7 (5,5)	0,312 ^a	0,57 (-1,54 a 1,69)	
Procedencia	Total	n (%)	n (%)		OR IC 95%	
Autóctona	304 (73,1)	99 (69,7)	205 (74,8)	0,295 ^b	1,29 (0,82 a 2,02)	
Extranjera	112 (26,9)	43 (30,3)	69 (25,2)		Ref.	
Nivel de estudios						
Primarios o inferior	79 (19)	24 (16,9)	55 (20,1)	0,577 ^b	Ref.	
Secundarios	177 (42,5)	65 (45,8)	112 (40,9)		0,75 (0,43 a 1,33)	
Universitarios	160 (38,5)	53 (37,3)	107 (39)		0,88 (0,49 a 1,58)	
Partos previos						
No	236 (56,7)	76 (53,5)	160 (58,4)	0,350 ^b	Ref.	
Si	180 (43,3)	66 (46,5)	114 (41,6)		0,82 (0,55 a 1,23)	
Riesgo obstétrico						
Bajo-medio	297 (71,4)	95 (66,9)	202 (73,7)	0,170 ^b	Ref.	
Alto- muy alto	119 (28,6)	47 (33,1)	72 (26,3)		0,72 (0,46 a 1,12)	
Entregó PN en gestación previa	N=180	n=66	n=114			
No	100 (55,6)	39 (59,1)	61 (53,5)	0,534 ^b	Ref.	
Si	80 (44,4)	27 (40,9)	53 (46,5)		1,26 (0,68 a 2,32)	
Educación maternal	N=416	n=142	n=274			
No	186 (44,7)	70 (49,3)	116 (42,3)	0,179 ^b	Ref.	
Si	230 (55,3)	72 (50,7)	158 (57,7)		1,32 (0,88 a 1,99)	
Consulta Internet						
No	142 (34,1)	47 (33,1)	95 (34,7)	0,827 ^b	Ref.	
Si	274 (65,9)	95 (66,9)	179 (65,3)		0,93 (0,61 a 1,43)	

n=número; DE= Desviación estándar; ^a=f de Anova; ^b= test Fisher; OR: odds ratio; IC 95%=intervalo de confianza al 95%; Ref=referencia; PN=plan nacimiento

5.3.3. Relación entre las características sociodemográficas y clínicas y la información suficiente recibida sobre el parto durante la gestación

La tabla 46 muestra que las características sociodemográficas y clínicas de las mujeres no influyeron en la información suficiente recibida.

Tabla 46. Relación entre las características sociodemográficas y clínicas y la información suficiente recibida sobre el parto durante la gestación

		Información suficiente recibida			
		No	Si		
	N=416	n=21	n=395		
Edad: años	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	p valor	dm IC 95%
	31,9 (5,5)	30,8 (4,9)	31,9 (5,5)	0,359 ^a	-1,1 (-3,5 a 1,1)
Procedencia	Total	n (%)	n (%)		OR IC 95%
Autóctona	304 (73,1)	15 (71,4)	289 (73,2)	0,806 ^b	0,91 (0,34 a 2,42)
Extranjera	112 (26,9)	6 (28,6)	106 (26,8)		Ref
Nivel de estudios					
Primarios o inferior	79 (19)	5 (23,8)	74 (18,7)	0,758 ^b	Ref
Secundarios	177 (42,5)	9 (42,9)	168 (42,5)		1,26 (0,4 a3,9)
Universitarios	160 (38,5)	7 (33,3)	153 (38,8)		1,47 (0,45 a4,8)
Partos previos					
No	236 (56,7)	15 (71,4)	221 (55,9)	0,182 ^b	Ref
Si	180 (43,3)	6 (28,6)	174 (44,1)		1,9 (0,75 a 5,17)
Riesgo obstétrico					
Bajo-medio	297 (71,4)	18 (85,7)	279 (70,6)	0,213 ^b	Ref
Alto- muy alto	119 (28,6)	3 (14,3)	116 (29,4)		2,5 (0,72 a 8,63)
Entregó PN en gestación previa	N=180	n=6	n=174		
No	100 (55,6)	2 (33,3)	98 (56,3)	0,409 ^b	Ref
Si	80 (44,4)	4 (66,7)	76 (43,7)		0,39 (0,69 a 2,17)
Educación maternal	N=416	n=21	n=395		
No	186 (44,7)	10 (47,6)	176 (44,6)	0,824 ^b	Ref
Si	230 (55,3)	11 (52,4)	219 (55,4)		1,13 (0,47 a 2,75)
Consulta Internet					
No	142 (34,1)	6 (28,6)	136 (34,4)	0,645 ^b	Ref
Si	274 (65,9)	15 (71,4)	259 (65,6)		0,76 (0,29 a 2,01)

n=número; DE=Desviación estándar; ^a test t Student; ^b test Fisher; OR: odds ratio; dm=diferencia de media; IC 95%=intervalo de confianza al 95% Ref=referencia

5.3.4. Relación entre las características sociodemográficas y clínicas con la satisfacción de la experiencia del parto

En el análisis realizado no se encontró ninguna característica estuviera relacionada con la satisfacción de la experiencia con el parto (tabla 47).

Tabla 47. Relación entre las características demográficas y clínicas y la satisfacción con la experiencia del parto

	Total	Satisfacción con la experiencia del parto			
		Media (DE)	dm	dm IC 95%	p valor
	N=285				
Edad: años	31,4 (5,7)	151,9 (22,3)		149,1 a 154,3	0,126 ^a
Procedencia	n (%)				
Autóctona	199 (69,8)	150,6 (22,4)	-3,7	-9,3 a 1,9	0,196 ^b
Extranjera	86 (30,2)	154,3 (21,9)			
Nivel de estudios					
Primarios o inferior	61 (21,4)	150,3 (26)	Ref	Ref	0,806 ^c
Secundarios	124 (43,5)	152,5 (19,5)	-2,2	-10,5 a 5,9	
Universitarios	100 (35,1)	151,5 (23,1)	-1,2	-9,7 a 7,3	
Partos previos					
No	160 (56,1)	150,2 (22)	-3,4	-8,6 a 1,9	0,207 ^b
Si	125 (43,9)	153,6 (22,5)			
Entregó PN en gestación previa	N=125	Media (DE)	dm	IC 95%	p valor
No	75 (60)	155,9 (18,1)	5,9	-2,6 a 14	0,149 ^b
Si	50 (40)	150 (27,5)			
Educación maternal	N=285	Media (DE)	dm	IC 95%	p valor
No	131 (46)	153,5 (21,1)	3,3	-1,88 a 8,5	0,209 ^b
Si	154 (54)	150,2 (23,1)			
Consulta Internet	N=285	Media (DE)	dm	IC 95%	p valor
No	97 (34)	154,2 (18,7)	3,7	-1,7 a 9,2	0,177 ^b
Si	188 (66)	150,4 (23,8)			

n=número; DE=Desviación estándar; ^a=correlación de Pearson Test; ^b= test t Student; ^c=f de Anova; dm=diferencia de media; IC 95%=intervalo de confianza al 95%

5.3.5. Relación entre la entrega del plan de nacimiento y los resultados obstétricos, los métodos de alivio del dolor utilizados durante el parto y la satisfacción con la experiencia del parto

Se observó que las mujeres que presentaron el plan de nacimiento en el hospital tuvieron un parto eutócico con mayor frecuencia 73,7% (n=202) respecto a las que no lo entregaron 62,7% (n=89); $p=0,031$. Además, estas mujeres combinaron con mayor frecuencia los métodos de alivio del dolor no farmacológicos y farmacológicos 44,2% (n=121) respecto al 31,7% (n=45); $p=0,048$. En cambio, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre entregar el plan de nacimiento en el hospital y el uso de la analgesia epidural.

En referencia al recién nacido, las mujeres que entregaron el plan de nacimiento iniciaron con mayor frecuencia el contacto precoz piel con piel 92% (n=252) respecto al 85,2% (n=121) de las que no lo entregaron; $p=0,041$. El inicio de la lactancia materna en sala de partos y las complicaciones perinatales fueron similares entre las mujeres que entregaron el plan de nacimiento y las que no. Asimismo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las complicaciones maternas y el grado de satisfacción global con la experiencia en el parto (tabla 48).

Tabla 48. Relación entre la entrega del plan de nacimiento en el hospital y los resultados obstétricos, los métodos de alivio del dolor utilizados durante el parto y la satisfacción con la experiencia del parto

	Entrega del plan de nacimiento				p valor	OR IC 95 %
	Total	No	Si			
Tipo de parto	N=416	n=142	n=274			
	n (%)	n (%)	n (%)			
Eutócico	291 (70)	89 (62,7)	202 (73,7)	0,031 ^a	Ref.	
Instrumentado	48 (11,5)	17 (12)	31 (11,3)		0,8 (0,42 a 1,53)	
Cesárea	77 (18,5)	36 (25,3)	41 (15)		0,5 (0,3 a 0,84)	
Métodos de alivio del dolor						
No farmacológicos	26 (6,3)	10 (7)	16 (5,8)	0,048 ^a	Ref	
Farmacológicos	224 (53,8)	87 (61,3)	137 (50)		1,01 (0,44-2,3)	
Ambos	166 (39,9)	45 (31,7)	121 (44,2)		0,59 (0,25-1,4)	
Epidural						
No	50 (12)	18 (12,7)	32 (11,7)		Ref.	
Si	366 (88)	124 (87,3)	242 (88,3)	0,753 ^a	1,1 (0,59 a 2,03)	
Contacto precoz piel con piel						
No	43 (10,3)	21 (14,8)	22 (8)	0,041 ^a	Ref.	
Si	373 (89,7)	121 (85,2)	252 (92)		1,99 (1,05 a 3,76)	
Inicio LM sala partos						
No	101 (24,3)	35 (24,7)	66 (24,1)	0,904 ^a	Ref.	
Si	315 (75,7)	107 (75,3)	208 (75,9)		1,03 (0,64 a 1,65)	
Complicaciones perinatales						
No	382 (91,8)	134 (94,4)	248 (90,5)	0,192 ^a	Ref.	
Si	34 (8,2)	8 (5,6)	26 (9,5)		1.75 (0,77 a 4)	
Complicaciones maternas						
No	383 (92,1)	130 (91,5)	253 (92,3)	0,849 ^a	Ref.	
Si	33 (7,9)	12 (8,5)	21 (7,7)		0,9 (0,43 a 1,9)	
Grado de satisfacción Escala MCSRS: total	N=285	n=89	n=196			
Puntuación	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)		dm (IC 95 %)	
	151,9 (21,3)	149,4 (23)	152,7 (21,9)	0,242 ^b	-3,3 (-8,9 a 2,5)	

n=número; ^a=test Fisher; ^b= test t Student; DE= Desviación estándar; OR: odds ratio; IC 95%=intervalo de confianza al 95%; Ref=referencia; LM= Lactancia materna; dm= diferencia de media

5.3.6. Resultados de la regresión logística multinomial de la entrega del plan de nacimiento en el hospital y los grupos de estudio

Finalmente, la regresión logística multinomial ajustada (stepwise) por las variables clínicas y las de confusión mostró que el grupo experimental tenía una menor probabilidad de presentar el plan de nacimiento en comparación con el grupo control (ORa=0,37; IC 95%: 0,24 a 0,58); $p < 0,001$. Además, las mujeres que presentaron el plan de nacimiento tenían el doble de probabilidades de combinar métodos farmacológicos y no farmacológicos (ORa=2,06; IC 95%; 1,30-4,30); $p = 0,008$ e iniciar contacto precoz piel con piel (ORa=2,08; IC 95%: 1,07 a 4,04); $p = 0,031$ con respecto a las que no presentaron el plan de nacimiento (tabla 49).

Tabla 49. Resultados de la regresión logística multinomial de la entrega del plan de nacimiento en el hospital y los resultados obstétricos y grupos de intervención

Grupo	aOR (IC 95%)	p valor
Grupo control	Ref.	<0,001
Grupo experimental	0,37 (0,24-0,58)	
Métodos de alivio del dolor		
Farmacológicos	Ref.	0,008
No farmacológicos	1,13 (0,47-2,69)	
Farmacológicos + No farmacológicos	2,06 (1,30-4,30)	
Contacto precoz piel con piel		
No	Ref.	0,031
Si	2,08 (1,07-4,04)	

aOR=odds ratio ajustada; IC=intervalo de confianza al 95%; Ref.=referencia

Análisis por centros de estudio

Características basales de las mujeres reclutadas según centros de estudio. Fase II

En la tabla 50 se especifican las características basales de las mujeres de cada uno de los centros de estudio. La edad media fue 31,9 (DE=5,5) años con un valor de la mediana 33 ($Q_1=28 - Q_3=36$) y en el ASSIR 5 fue mayor, 34,5 (DE=4,8) años, respecto al resto de los ASSIR; $p<0,001$. El 71,8% (n=346) de las mujeres eran autóctonas. En este centro ASSIR 5 hubo un mayor porcentaje de mujeres extranjeras 38,4% (n=48) respecto al ASSIR 4 con un porcentaje menor 18,6% (n=22); $p=0,004$. Asimismo, el nivel de estudios universitarios de las mujeres fue más frecuente en el ASSIR 5 71,2% (n=89) respecto al 24,3% (n=33) del ASSIR 2 $p<0,001$. No observaron diferencias estadísticamente significativas entre centros en las variables: trabajo remunerado, convivir en pareja, partos previos y haber entregado el plan de nacimiento en gestación previa.

Tabla 50. Características basales de las mujeres reclutadas según centros estudio. Fase II

		Grupo control		Grupo experimental		
	Total	ASSIR 1	ASSIR 4	ASSIR 2	ASSIR 5	
	N=482	n=103	n=118	n=136	n=125	p valor
Edad: años	Media (DE) Mediana (Q1-Q3)	Media (DE) Mediana (Q1-Q3)	Media (DE) Mediana (Q1-Q3)	Media (DE) Mediana (Q1-Q3)	Media (DE) Mediana (Q1-Q3)	
	31,9 (5,5) 33 (28-36)	31,3 (5,1) 32 (27-35)	31,1 (5,3) 32 (27-35)	30,7 (5,8) 21 (26,2-35)	34,5 (4,8) 35 (31-38)	<0,001 ^a
Procedencia	Total	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Autóctona	346 (71,8)	79 (76,7)	96 (81,4)	94 (69,1)	77 (61,6)	0,004 ^b
Extranjera	136 (28,2)	24 (23,3)	22 (18,6)	42 (30,9)	48 (38,4)	
Nivel de estudios						
Primarios o inferior	89 (18,5)	25 (24,3)	27 (22,9)	31 (22,8)	6 (4,8)	<0,001 ^b
Secundarios	204 (42,3)	50 (48,5)	52 (44,1)	72 (52,9)	30 (24)	
Universitarios	189 (39,2)	28 (27,2)	39 (33)	33 (24,3)	89 (71,2)	
Trabajo remunerado						
No	109 (22,6)	20 (19,4)	29 (24,6)	37 (27,2)	23 (18,4)	0,294 ^b
Si	373 (77,4)	83 (80,6)	89 (75,4)	99 (72,8)	102 (81,6)	
Convive con pareja						
No	25 (5,2)	1 (1)	10 (8,5)	8 (5,9)	6 (4,8)	0,066 ^b
Si	457 (94,8)	102 (99)	108 (91,5)	128 (94,1)	119 (95,2)	
Número de partos	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	
	0,54 (0,7)	0,70 (0,8)	0,52(0,7)	0,57 (0,6)	0,4 (0,5)	0,012 ^a
Partos previos	Total	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	Total
No	267 (55,4)	48 (46,6)	68 (57,6)	72 (52,9)	79 (63,2)	0,077 ^b
Si	215 (44,6)	55 (53,4)	50 (42,4)	64 (47,1)	46 (36,8)	
Entregó PN en gestación previa	N=212*	n=53	n=50	n=64	n=45	0,133 ^b
No	117 (55,2)	24 (45,3)	33 (66)	38 (59,4)	22 (48,9)	
Si	95 (44,8)	29 (54,7)	17 (34)	26 (40,6)	23 (51,1)	

n=número; DE=Desviación estándar; Q=cuartil ^a=f de Anova; ^b=test Fisher; PN=plan de nacimiento; *3 valores perdidos

5.3.7. Efectividad de la intervención de asesoramiento sobre el plan de nacimiento

En la tabla 51 se especifica la distribución de las 416 (86,3%) mujeres con parto en el hospital de referencia según centros. De las 193 (46,4%) mujeres del GC, 87 (45,1%) parieron en el Hospital 1 y 106 (54,9%) del Hospital 4. De las 223 (53,6%) mujeres del GE, 118 (52,9%) parieron en el Hospital 2 y 105 (47,1%) en el Hospital 5.

Tabla 51. Distribución de las mujeres con parto en el hospital de referencia según centros de estudio

Grupo control		Grupo Experimental		Total
ASSIR/ Hospital	n (%)	ASSIR/ Hospital	n (%)	
ASSIR/ Hospital 1	87 (45,1)	ASSIR/ Hospital 2	118 (52,9)	
ASSIR/ Hospital 4	106 (54,9)	ASSIR/ Hospital 5	105 (47,1)	
Total	193 (46,4)	Total	223 (53,6)	416

n=número

Características sociodemográficas y clínicas de las mujeres con parto en el hospital de referencia según centros de estudio. Fase II

En la tabla 52 se muestran las características sociodemográficas y clínicas según centros. La edad media fue de 31,9 (DE=5,5) años, con un valor de la mediana 32,5 ($Q_1=28$ - $Q_3=36$). En el ASSIR5 la media de edad de 34,5 (DE=4,8) años fue más elevada que la media del ASSIR 2 con 30,6 (DE 5,9) años; $p<0,001$. En cuanto a la procedencia el 73,1% ($n=304$) eran autóctonas, y se observó un mayor porcentaje de mujeres extranjeras en el ASSIR 5, 38,1% ($n=40$), respecto al 17% ($n=18$) de ASSIR 4; $p=0,007$. El porcentaje de mujeres con nivel de estudios universitarios fue superior en el ASSIR 5, 70,4% ($n=74$) respecto al ASSIR 2 que fue del 24,6% ($n=29$) $p<0,001$. En el resto de las características no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los centros.

Tabla 52. Características sociodemográficas y clínicas de las mujeres con parto en el hospital de referencia según centros de estudio. Fase II

	Total N=416	Grupo control		Grupo experimental		p valor
		ASSIR 1 n=87	ASSIR 4 n=106	ASSIR 2 n=118	ASSIR 5 n=105	
	Media (DE) Mediana Q ₁ -Q ₃	Media (DE) Mediana Q ₁ -Q ₃	Media (DE) Mediana Q ₁ -Q ₃	Media (DE) Mediana Q ₁ -Q ₃	Media (DE) Mediana Q ₁ -Q ₃	
Edad: años	31,9 (5,5) 32,5 (28-36)	31,7 (4,9) 33 (28-35)	30,9 (5,2) 31 (27-34,2)	30,6 (5,9) 31 (26-34,2)	34,5 (4,8) 35 (32-38)	<0,001 ^a
Procedencia	Total	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Autóctona	304 (73,1)	66 (75,9)	88 (83)	85 (72)	65 (61,9)	0,007 ^b
Extranjera	112 (26,9)	21 (24,1)	18 (17)	33 (28)	40 (38,1)	
Nivel de estudios						
Primarios o inferior	79 (19)	22 (25,3)	25 (23,6)	27 (22,9)	5 (4,8)	<0,001 ^b
Secundarios	177 (42,5)	43 (49,4)	46 (43,4)	62 (52,5)	26 (24,8)	
Universitarios	160 (38,5)	22 (25,3)	35 (33)	29 (24,6)	74 (70,4)	
Trabajo remunerado						
No	99 (23,8)	17 (19,5)	27 (25,5)	35 (29,7)	20 (19)	0,214 ^b
Si	317 (76,2)	70 (80,5)	79 (74,5)	83 (70,3)	85 (81)	
Convive con pareja						
No	22 (5,3)	1 (1,2)	9 (8,5)	7 (5,9)	5 (4,8)	0,126 ^b
Si	394 (94,7)	86 (98,8)	97 (91,5)	111 (94,1)	100 (95,2)	
Entrega PN en gestación previa	N=180	n=47	n=43	n=54	n=36	
No	100 (55,6)	23 (48,9)	28 (65,1)	32 (59,3)	17 (47,2)	0,289 ^b
Si	80 (44,4)	24 (51,1)	15 (34,9)	22 (40,7)	19 (52,8)	

n=número; DE=Desviación estándar; Q=cuartil; ^a=f de Anova; ^b= test Fisher; PN=plan de nacimiento

Características obstétricas de las mujeres con parto en el hospital de referencia según centros de estudio

En la tabla 53 se especifican las características obstétricas de las mujeres según centros. Se observó que en las mujeres que parieron en el Hospital 5 presentaban un porcentaje de partos previos menor 34,3% (n=36) mientras que las mujeres que parieron en el Hospital 1 presentaron un mayor porcentaje 54% (n=47); p=0,043. El nivel de riesgo obstétrico más frecuente fue bajo-medio y fue similar entre los centros con un rango comprendido entre el 67,8% al 76,4%.

Tabla 53. Características obstétricas de las mujeres con parto en el hospital de referencia según centros de estudio

	Total	Grupo control		Grupo experimental		p valor
		Hospital 1	Hospital 4	Hospital 2	Hospital 5	
	N=416	n=87	n=106	n=118	n=105	
Número de partos	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	
	0,53 (0,7)	0,72 (0,9)	0,50 (0,7)	0,56 (0,7)	0,38 (0,6)	0,008 ^a
Partos previos	Total	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
No	236 (56,7)	40 (46)	63 (59,4)	64 (54,2)	69 (65,7)	0,043 ^b
Si	180 (43,3)	47 (54)	43 (40,6)	54 (45,8)	36 (34,3)	
Nivel de riesgo obstétrico						
Bajo-medio	297 (71,4)	59 (67,8)	81 (76,4)	84 (71,2)	73 (69,5)	0,56 ^b
Alto-muy alto	119 (28,6)	28 (32,2)	25 (23,6)	34 (28,8)	32 (30,5)	

n=número; DE=Desviación estándar; ^a=f de anova; ^b= test Fisher; PN=plan de nacimiento

Asistencia a clases de educación maternal según centros de estudio

En la tabla 54 se describe la asistencia a clases de educación maternal de las mujeres en los distintos ASSIR. En el ASSIR5 el porcentaje de mujeres que acudió a clases de educación maternal 73,3% (n=77) fue mayor que en el resto de ASSIR; en cambio el ASSIR1 presentó un menor porcentaje 37,9% (n=33) y se observaron diferencias estadísticamente significativas entre centros $p < 0,001$.

Tabla 54. Asistencia a clases de educación maternal según centros de estudio

	Total	Grupo control		Grupo experimental		p valor
		ASSIR 1	ASSIR 4	ASSIR 2	ASSIR 5	
	N=416	n=87	n=106	n=118	n=105	
Educación maternal	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
No	186 (44,7)	54 (62,1)	48 (45,3)	56 (47,5)	28 (26,7)	<0,001 ^a
Si	230 (55,3)	33 (37,9)	58 (54,7)	62 (52,5)	77 (73,3)	

n=número; ^a= test Fisher

Utilización de Internet para consultar los aspectos relacionados sobre el embarazo y el plan de nacimiento según centros de estudio

En referencia si las mujeres utilizaron Internet durante la gestación para consultar sobre aspectos relacionados sobre el embarazo y el plan de nacimiento se observó que las mujeres del ASSIR5 lo utilizaron con mayor frecuencia 77,1% (n=81) mientras las mujeres del ASSIR1 fueron las que menos lo utilizaron 47,1% (n=41); siendo las diferencias estadísticamente significativas entre los centros; $p < 0,001$. Los resultados se muestran la tabla 55.

Tabla 55. Utilización de Internet para consultar los aspectos relacionados sobre el embarazo y el plan de nacimiento según centros de estudio

	Total	Grupo control		Grupo experimental		p valor
		ASSIR1	ASSIR 4	ASSIR 2	ASSIR 5	
Consulta Internet	N=416	n=87	n=106	n=118	n=105	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
No	142 (34,1)	46 (52,9)	32 (30,2)	40 (33,9)	24 (22,9)	< 0,001 ^a
Si	274 (65,9)	41 (47,1)	74 (69,8)	78 (66,1)	81 (77,1)	

n=número; ^a= test Fisher

5.3.7.1. Intervención de asesoramiento y entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y motivos de no entrega según hospitales

El 65,9% (n=274) de las mujeres entregaron el plan de nacimiento en el hospital de referencia el día del parto. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los hospitales. Las mujeres que parieron en el Hospital 4 lo entregaron en mayor porcentaje 79,3% (n=84) respecto al Hospital 2 que fue del 46,6% (n=55); $p < 0,001$.

El principal motivo de no entrega en todos los hospitales fue porque los profesionales no lo solicitaron a las mujeres, con un rango comprendido entre el 54,6% al 81%; $p = 0,038$. Solo 4 mujeres que parieron en el Hospital 4 consideraron no necesario entregarlo respecto ninguna mujer en el resto de los hospitales. El porcentaje de mujeres que expresaron que no lo entregaron porque se les olvidó fue similar en todos los centros y el motivo de otras causas fue del 15,5% (n=22) con un rango comprendido entre 11,5% al 22,6% (tabla 56).

Tabla 56. Intervención asesoramiento y entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y motivos de no entrega según hospitales

		Grupo control		Grupo experimental		
	Total	Hospital 1	Hospital 4	Hospital 2	Hospital 5	
	N=416	n=87	n=106	n=118	n=105	
Entrega del PN	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p valor
No	142 (34,1)	26 (29,9)	22 (20,7)	63 (53,4)	31 (29,5)	<0,001 ^a
Si	274 (65,9)	61 (70,1)	84 (79,3)	55 (46,6)	74 (70,5)	
Motivo de no entrega PN	N=142	n=26	n=22	n=63	n=31	
No lo creí necesario	4 (2,8)	0 (0)	4 (18,2)	0 (0)	0 (0)	
Me olvidé	10 (7)	2 (7,7)	2 (9,1)	4 (6,3)	2 (6,4)	
Los profesionales no me lo pidieron	106 (74,7)	21 (80,8)	12 (54,5)	51 (81)	22 (71)	0,038 ^a
Otras causas	22 (15,5)	3 (11,5)	4 (18,2)	8 (12,7)	7 (22,6)	

PN=plan de nacimiento; n=número; ^a= test Fisher

5.3.7.2. Intervención de asesoramiento y haber recibido información suficiente sobre el parto durante la gestación según centros de estudio

En la tabla 57 se muestran los resultados según centros. El 95% (n=395) de las mujeres consideraron que recibieron información suficiente sobre el parto durante el embarazo. Los porcentajes fueron muy elevados y similares en todos los centros, con un rango de valores entre el 93,1%; y el 97,1% no observándose diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 57. Intervención de asesoramiento y haber recibido información suficiente sobre el parto durante la gestación según centros de estudio

	Total	Grupo control		Grupo experimental		p valor
		ASSIR 1	ASSIR 4	ASSIR 2	ASSIR 5	
Información suficiente	N=416	n=87	n=106	n=118	n=105	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
No	21 (5)	6 (6,9)	4 (3,8)	8 (6,8)	3 (2,9)	0,430 ^a
Si	395 (95)	81 (93,1)	102 (96,2)	110 (93,2)	102 (97,1)	

n=número; ^a= test Fisher

5.3.7.3. Intervención de asesoramiento y el grado de utilidad de la elaboración del plan de nacimiento en la toma de decisiones sobre aspectos relacionados del parto según centros de estudio

En la tabla 58 se muestra la opinión de las mujeres respecto al grado de utilidad de la elaboración del plan de nacimiento en la toma de decisiones sobre aspectos relacionados del parto. El 39,7% (n=165) de las mujeres consideraron que elaborar el plan de nacimiento les fue muy útil para la toma de decisiones sobre el parto con un rango comprendido entre 35,6% al 50,6%. Por el contrario, el porcentaje de mujeres que lo consideraron nada útil fue del 6,7% (n=28); con un rango comprendido entre el 4,7% (n=5) del ASSIR 5 y 8,1% (n=7) del ASSIR 1, no observándose diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 58. Intervención de asesoramiento y el grado de utilidad de la elaboración del plan de nacimiento en la toma de decisiones sobre aspectos relacionados del parto según centros de estudio

	Total	Grupo control		Grupo experimental		p valor
		ASSIR 1	ASSIR 4	ASSIR 2	ASSIR 5	
Grado de utilidad PN	N=416	n=87	n=106	n=118	n=105	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
0 (nada útil)	28 (6,7)	7 (8,1)	7 (6,6)	9 (7,6)	5 (4,7)	
1	16 (3,8)	4 (4,6)	5 (4,7)	5 (4,3)	2 (1,9)	
2	29 (7)	9 (10,3)	4 (3,8)	9 (7,6)	7 (6,7)	
3	71 (17,1)	11 (12,6)	17 (16)	30 (25,4)	13 (12,4)	
4	107 (25,7)	12 (13,8)	34 (32,1)	23 (19,5)	38 (36,2)	
5 (muy útil)	165 (39,7)	44 (50,6)	39 (36,8)	42 (35,6)	40 (38,1)	
Media (DE) Mediana (Q ₁ - Q ₃)	3,7 (1,5) 4 (3-5)	3,7 (1,6) 5 (3-5)	3,7 (1,4) 4 (3-5)	3,52 (1,5) 4 (3-5)	3,9 (1,3) 4 (3-5)	0,293 ^a

n=número; PN=plan de nacimiento; ^a=Kruskall Wallis test

5.3.7.4. Intervención de asesoramiento e intención de uso del plan de nacimiento en siguiente embarazo según centros de estudio

La intención de uso del plan de nacimiento en el siguiente embarazo se muestra en la tabla 59. El ASSIR 1 fue el presentó un menor porcentaje 89,5% (n=77) mientras que el ASSIR 5 la intención de uso fue superior 94,3% (n=99); no observándose diferencias estadísticamente significativas entre centros.

Tabla 59. Intervención de asesoramiento e intención de uso del plan de nacimiento en siguiente embarazo según centros de estudio

	Total	Grupo control		Grupo experimental		p valor
		ASSIR 1	ASSIR 4	ASSIR 2	ASSIR 5	
	N=415	n=86 *	n=106	n=118	n=105	
Uso PN siguiente gestación	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
No	36 (8,7)	9 (10,5)	11 (10,4)	10 (8,5)	6 (5,7)	0,577 ^a
Si	379 (91,3)	77 (89,5)	95 (89,6)	108 (91,5)	99 (94,3)	

n=número; PN=plan de nacimiento; ^a= test Fisher; * 1 valor perdido

5.3.7.5. Intervención de asesoramiento y satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto según centros de estudio

De las 416 (86,3%) mujeres que parieron en el hospital se evaluó la satisfacción con la experiencia del parto, con la escala MCSRS, en 285 (59,1%) mujeres. En la tabla 60 se especifica la distribución de las participantes por grupos y centros. De las 129 (45,3%) mujeres del GC, 62 (48,1%) eran del Hospital 1 y 67 (51,9%) del Hospital 4. De las 156 (54,7%) mujeres del GE, 88 (56,4%) eran del Hospital 2 y 68 (43,6%) del Hospital 5.

Tabla 60. Distribución de la muestra y satisfacción con la experiencia del parto según centros de estudio

Grupo control n (%)		Grupo experimental n (%)		Total
Hospital 1	62 (48,1)	Hospital 2	88 (56,4)	
Hospital 4	67 (51,9)	Hospital 5	68 (43,6)	
Total	129 (45,3)	Total	156 (54,7)	285

n=número

En tabla 61 se especifica los resultados referentes a la satisfacción de la experiencia con el parto de las mujeres según centros. La puntuación media de la satisfacción global fue de ($m=151,9$; IC 95% 149,1 a 154,3) y se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,047$). Las mujeres que parieron en el Hospital 4 tuvieron una puntuación mayor ($m=157,7$; IC 95%: 153,5 a 161,9) mientras que las mujeres del Hospital 2 tuvieron una puntuación menor ($m=148,4$; IC 95%: 142,9 a 153,9). En referencia a la satisfacción de las diferentes subescalas, se observaron diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de dilatación, expulsivo y matrona. La puntuación media de la subescala de dilatación fue superior en el Hospital 4 ($m=16,9$; IC 95% 16 a 17,7) observándose diferencias estadísticamente significativas ($p=0,041$) respecto el Hospital 5 ($m=15,1$; IC 95%: 14,2 a 16). En la subescala de expulsivo la puntuación fue superior en las mujeres del Hospital 4 ($m=17,6$; IC 95%: 16,9 a 18,3) y el Hospital 2 obtuvo una menor puntuación media ($m=16,2$; IC 95%: 15,4 a 17); $p=0,021$. En la subescala de matrona la puntuación media fue ($m=53$; IC 95%: 52 a 54,1) y se observaron diferencias estadísticamente significativas; $p=0,029$. Las mujeres del Hospital 4 tuvieron una puntuación mayor ($m=55,3$; IC 95%: 53,8 a 56,8) y las mujeres del Hospital 2 tuvieron una puntuación menor ($m=51,4$, IC 95%: 49,1 a 53,6 $dm=3,91$). En el resto de las subescalas y en las preguntas sobre el grado de satisfacción

en la toma de decisiones en la dilatación y expulsivo no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 61. Intervención de asesoramiento y satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto según centros de estudio

	Total	Grupo control		Grupo experimental		p valor ^a
		Hospital 1	Hospital 4	Hospital 2	Hospital 5	
	N=285	n=62	n=67	n=88	n=68	
Grado de satisfacción Escala MCSRS	Media (DE) (IC 95%)	Media (DE) (IC 95%)	Media (DE) (IC 95%)	Media (DE) (IC 95%)	Media (DE) (IC 95%)	
Satisfacción total	151,9 (22,3) (149,1-154,3)	148,8 (25,2) (142,4-155,2)	157,7 (17,2) (153,5-161,9)	148,4 (26) (142,9-153,9)	152,5 (17,1) (148,4-156,7)	0,047
Dilatación	16 (3,6) (15,5-14,4)	16,2 (3,9) (15,2-17,2)	16,9 (3,3) (16-17,7)	15,9 (3,5) (15,2-16,6)	15,1 (3,7) (14,2-16)	0,041
Expulsivo	16,9 (3,3) (16,5-17,2)	16,4 (3,6) (15,5-17,3)	17,6 (2,8) (16,9-18,3)	16,2 (3,8) (15,4-17)	17,4 (2,3) (16,8-17,9)	0,021
Matrona	53 (9,1) (52-54,1)	51,8 (10,4) (49,2-54,5)	55,3 (6,1) (53,8-56,8)	51,4 (10,7) (49,1-53,6)	54 (7,3) (52,2-55,8)	0,029
Obstetra	33,6 (7,1) (32,8-34,4)	32,4 (7,9) (30,4-34,4)	35 (5,9) (33,5-36,4)	33,2 (7,7) (31,6-34,8)	33,9 (6,6) (32,3-35,5)	0,209
Recién nacido	14,2 (1,5) (1,5-14,1)	14,2 (1,6) (13,8-14,6)	14,5 (1) (14,2-14,7)	14 (1,9) (13,6-14,4)	14,3 (1,3) (14-14,6)	0,206
Acompañante Confort	17,9 (2,3) (17,7-18,2)	17,7 (2,4) (17,1-18,3)	18,5 (2) (18,1-19)	17,7 (2,5) (17,2-18,3)	17,8 (1,9) (17,3-18,3)	0,125
Participación toma de decisiones dilatación	4,1 (1) (4-4,2)	4 (1,1) (3,8-4,3)	4,4 (0,8) (4,2-4,6)	4 (1,1) (3,7-4,2)	4,1 (1) (3,9-4,4)	0,075
Participación toma de decisiones expulsivo	4,2 (1) (4,1-4,3)	4,1 (1,1) (3,8-4,3)	4,4 (0,8) (4,2-4,6)	4,1 (1,1) (3,8-4,3)	4,4 (0,8) (4,2-4,6)	0,057

MCSRS=Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale; n=número; DE=desviación estándar; IC 95%=intervalo de confianza al 95% ^a=f de Anova

5.3.7.6. Intervención de asesoramiento y resultados obstétricos según centros de estudio

Los resultados obstétricos según centros de estudio se muestran en la tabla 62. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre centros en el tipo de inicio del parto, tipo de parto, episiotomía, contacto precoz piel con piel y complicaciones perinatales. El 75,7% (n=315) de las mujeres iniciaron la lactancia materna en sala de

partos, siendo superior en el Hospital 2, 87,3% (n=103) respecto al 64,1% (n=68) de las mujeres que parieron en el Hospital 4; $p < 0,001$. Asimismo, se observaron diferencias estadísticamente significativas en las complicaciones maternas que fue del 13,2% (n=14) en el Hospital 4 respecto al 3,5% (n=3) del Hospital 1; $p = 0,021$.

Tabla 62. Intervención de asesoramiento y resultados obstétricos según centros de estudio

	Total	Grupo control		Grupo experimental		p valor ^a
		Hospital 1	Hospital 4	Hospital 2	Hospital 5	
Inicio de parto	N=403	n=85	n=106	n=11	n=101	
Esponáneo	273 (67,7)	57 (67,1)	68 (64,1)	75 (67,6)	73 (72,3)	0,657
Inducido	130 (32,3)	28 (32,9)	38 (35,9)	36 (32,4)	28 (27,7)	
Tipo de parto	N=416	n=87	n=106	n=118	n=105	
Eutócico	291 (70)	68 (78,2)	71 (67)	81 (68,6)	71 (67,6)	0,330
Instrumentado	48 (11,5)	5 (5,7)	11 (10,4)	16 (13,6)	16 (15,3)	
Cesárea	77 (18,5)	14 (16,1)	24 (22,6)	21 (17,8)	18 (17,1)	
Episiotomía						
No	308 (74)	66 (75,9)	75 (70,8)	80 (67,8)	87 (82,9)	0,060
Si	108 (26)	21 (24,1)	31 (29,2)	38 (32,2)	18 (17,1)	
Contacto precoz piel con piel						
No	43 (10,3)	13 (14,9)	12 (11,3)	10 (8,5)	8 (7,6)	0,347
Si	373 (89,7)	74 (85,1)	94 (88,7)	108 (91,5)	97 (92,4)	
Inicio LM en sala de partos						
No	101 (24,3)	27 (31)	38 (35,9)	15 (12,7)	21 (20)	<0,001
Si	315 (75,7)	60 (69)	68 (64,1)	103 (87,3)	84 (80)	
Complicaciones perinatales						
No	382 (91,8)	78 (89,7)	99 (93,4)	112 (94,9)	93 (88,6)	0,285
Si	34 (8,2)	9 (10,3)	7 (6,6)	6 (5,1)	12 (11,4)	
Ingreso neonato						
No	386 (92,8)	80 (91,9)	99 (93,4)	113 (95,8)	94 (89,5)	0,341
Si	30 (7,2)	7 (8,1)	7 (6,6)	5 (4,2)	11 (10,5)	
Muerte perinatal						
No	416 (100)	87 (100)	106 (100)	118 (100)	105 (100)	NA
Si	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Complicaciones maternas						
No	383 (92,1)	84 (96,5)	92 (86,8)	113 (95,8)	94 (89,5)	0,021
Si	33 (7,9)	3 (3,5)	14 (13,2)	5 (4,2)	11 (10,5)	

n=número; ^a= test Fisher; LM=Lactancia materna; NA=no aplicable

5.3.3.7. Intervención de asesoramiento y métodos de alivio del dolor utilizados durante el parto por las mujeres según centros de estudio

En la tabla 63 se muestran los métodos de alivio del dolor utilizados durante el parto por las mujeres según centros de estudio. El porcentaje de mujeres que utilizaron algún método farmacológico fue similar en todos los centros con un rango comprendido entre el 91,5% (n=108) al 96,6% (n=84).

El 88% (n=366) de las mujeres utilizaron la analgesia epidural, siendo las mujeres del Hospital 1 las que más la utilizaron 96,6% (n=84) respecto al 82,9% (n=87) de las mujeres del Hospital 5; $p=0,016$. El uso de la analgesia inhalada fue mayor en el Hospital 5 34,3% (n=36), mientras que en el Hospital 2 no la utilizó ninguna mujer; $p<0,001$.

También se observó entre estas mujeres del Hospital 5 un mayor uso de las técnicas de relajación 21,9% (n=23) respecto al Hospital 4 que fue del 8,5% (n=9); $p=0,022$, las técnicas de respiración 41% (n=43) respecto al Hospital 4 que fue del 14,2% (n=15); $p<0,001$, el masaje 32,4% (n=34) respecto al 10,4% (n=11) del Hospital 4; $p<0,001$, el calor local 31,4% (n=33) respecto al 4,6% (n=4) del Hospital 1; $p<0,001$, y la pelota 36,2% (n=38) respecto al 8,1% (n=7) del Hospital 1; $p<0,001$. Así mismo estas mujeres combinaron en mayor porcentaje métodos farmacológicos y no farmacológicos 64,8% (n=68) respecto al 28,7% (n=25) de las mujeres del Hospital 1.

El uso del agua fue superior en las mujeres que parieron en el Hospital 4, 18,9% (n=20), mientras las mujeres que parieron en el Hospital 1 su uso fue menor, 5,7% (n=5); $p=0,003$.

Tabla 63. Intervención de asesoramiento y métodos de alivio del dolor utilizados durante el parto por las mujeres según centros de estudio

		Grupo control			Grupo experimental		
		Total	Hospital 1	Hospital 4	Hospital 2	Hospital 5	
Farmacológicas		N=416	n=87	n=106	n=118	n=105	p valor ^a
	No	26 (6,3)	3 (3,4)	7 (6,6)	10 (8,5)	6 (5,7)	0,524
	Si	390 (93,7)	84 (96,6)	99 (93,4)	108 (91,5)	99 (94,3)	
Epidural	No	50 (12)	3 (3,4)	13 (12,3)	16 (13,6)	18 (17,1)	0,016
	Si	366 (88)	84 (96,6)	93 (87,7)	102 (86,4)	87 (82,9)	
General	No	411 (98,8)	87 (100)	104 (98,1)	118 (100)	102 (97,1)	0,118
	Si	5 (1,2)	0 (0)	2 (1,9)	0 (0)	3 (2,9)	
Parenteral	No	414 (99,5)	87 (100)	106 (100)	118 (100)	103 (98,1)	0,106
	Si	2 (0,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1,9)	
Inhalada	No	377 (90,6)	86 (98,8)	104 (98,1)	118 (100)	69 (65,7)	<0,001
	Si	39 (9,4)	1 (1,2)	2 (1,9)	0 (0)	36 (34,3)	
Local	No	401 (96,4)	86 (98,8)	101 (95,3)	111 (94,1)	103 (98,1)	0,222
	Si	15 (3,6)	1 (1,2)	5 (4,7)	7 (5,9)	2 (1,9)	
No farmacológicos	No	227 (54,6)	59 (67,8)	67 (63,2)	68 (57,6)	33 (31,4)	<0,001
	Si	189 (45,4)	28 (32,2)	39 (36,8)	50 (42,4)	72 (68,6)	
Técnicas de relajación	No	358 (86,1)	79 (90,8)	97 (91,5)	100 (84,7)	82 (78,1)	0,022
	Si	58 (13,9)	8 (9,2)	9 (8,5)	18 (15,3)	23 (21,9)	
Técnicas de respiración	No	303 (72,8)	71 (81,6)	91 (85,8)	79 (66,9)	62 (59)	<0,001
	Si	113 (27,2)	16 (18,4)	15 (14,2)	39 (33,1)	43 (41)	
Masaje	No	338 (81,2)	77 (88,5)	95 (89,6)	95 (80,5)	71 (67,6)	<0,001
	Si	78 (18,8)	10 (11,5)	11 (10,4)	23 (19,5)	34 (32,4)	
Uso del agua	No	367 (88,2)	82 (94,3)	86 (81,1)	111 (94,1)	88 (83,8)	0,003
	Si	49 (11,8)	5 (5,7)	20 (18,9)	7 (5,9)	17 (16,2)	
Calor local	No	358 (86,1)	83 (95,4)	92 (86,8)	111 (94,1)	72 (68,6)	<0,001
	Si	58 (13,9)	4 (4,6)	14 (13,2)	7 (5,9)	33 (31,4)	
Pelota	No	327 (78,6)	80 (91,9)	80 (75,5)	100 (84,7)	67 (63,8)	<0,001
	Si	89 (21,4)	7 (8,1)	26 (24,5)	18 (15,3)	38 (36,2)	
Otros no farmacológicos	No	412 (99)	86 (98,9)	105 (99,1)	117 (99,2)	101 (99)	1
	Si	4 (1)	1 (1,1)	1 (0,9)	1 (0,8)	1 (1)	
Farmacológica + No farmac	No	250 (60,1)	62 (71,3)	74 (69,8)	77 (65,3)	37 (35,2)	<0,001
	Si	166 (39,9)	25 (28,7)	32 (30,2)	41 (34,7)	68 (64,8)	

n=número; ^a= test Fisher; farmac=Farmacológicos Otros: TENS, acupuntura, aromaterapia, homeopatía, flores de Bach

5.3.3.8. Intervención de asesoramiento y preferencias sobre los aspectos relacionados con el parto según centros de estudio

En la tabla 64 se especifica la distribución de las mujeres según grupo control y grupo experimental y por ASSIR. Cumplimentaron los dos planes de nacimiento 415 (86,1%) mujeres. En el grupo control lo hicieron 188 (45,3%) mujeres, 86 (45,7%) en el ASSIR 1 y 102 (54,3%) en el ASSIR 4 y en el grupo experimental lo hicieron 227 (54,7%) mujeres, 116 (51,1%) en el ASSIR 2 y 111 (48,9%) en el ASSIR 5.

Tabla 64. Distribución de la muestra y preferencias sobre los aspectos relacionados con el parto según centros de estudio

Grupo control n (%)		Grupo experimental n (%)		Total
ASSIR 1	86 (45,7)	ASSIR 2	116 (51,1)	
ASSIR 4	102 (54,3)	ASSIR 5	111 (48,9)	
Total	188 (45,3)	Total	227 (54,7)	415

n=número

A continuación, se muestra las preferencias expresadas por las mujeres en los planes de nacimiento antes y después de la intervención de asesoramiento en cada uno de los ASSIR.

5.3.3.8.1. Preferencias expresadas en el plan de nacimiento pre y post asesoramiento habitual. ASSIR 1

En la tabla 65 se muestran las preferencias expresadas en los planes de nacimiento por las mujeres del ASSIR 1 antes y después de haber recibido la intervención de asesoramiento según práctica habitual. De las 40 preferencias que constaban en el plan de nacimiento se observó cambios estadísticamente significativos después de la intervención en 10 (25%) preferencias.

Sobre el acompañamiento y confort, la totalidad de las mujeres, expresaron poder estar acompañadas durante el parto. Otras preferencias más elegidas fueron disponer de un espacio único y libertad de movimientos, aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas tras recibir el asesoramiento.

En el apartado de procedimientos, las preferencias antes y después de la intervención fueron similares, excepto la preferencia de evitar la rotura de las aguas que aumentó tras recibir el asesoramiento siendo del 46,5% (n=40) respecto al 32,6% (n=28) inicial; p=0,023.

Después de recibir el asesoramiento hubo un aumento de deseo de parto natural 23,3% (n=20) respecto al 17,4% (n=15) inicial y la preferencia del uso de la analgesia epidural descendió del 52,3% (n=45) al 45,3% (n=39) aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Hubo un aumento en todas las preferencias de métodos no farmacológicos después del asesoramiento siendo estadísticamente significativas las técnicas de respiración del 41,9% (n=36) al 54,7% (n=47); $p=0,003$, en el masaje del 48,8% (n=42) al 66,3% (n=57); $p<0,001$ y en el uso del agua del 39,5% (n=34) al 50% (n=43); $p=0,049$.

En referencia a las preferencias relacionadas con el expulsivo se observó un aumento después de la intervención en tener “soporte de la pareja en el expulsivo” 93% (n=80) respecto al 79,1% (n=68) inicial; $p<0,001$, iniciar los pujos de forma espontánea 37,2% (n=31) respecto al 24,4% (n=21); $p=0,013$ y poder elegir la postura en el parto que fue del 61,6% (n=53) respecto al 51,2% (n=44); $p=0,022$ previo asesoramiento.

En el apartado de recién nacido la preferencia de clampaje tardío del cordón umbilical mostró cambios estadísticamente significativos después del asesoramiento siendo del 48,8% (n=42) respecto al 33,7% (n=29) inicial; $p=0,007$.

Después del asesoramiento, las mujeres prefirieron en mayor porcentaje iniciar la lactancia materna en sala de partos 74,4% (n=64) respecto al 53,5% (n=46) inicial; $p<0,001$, y realizar lactancia a demanda 62,8% (n=54) respecto al 48,8% (n=42) previo al asesoramiento; $p=0,004$.

Tabla 65. Preferencias expresadas en el plan de nacimiento pre- post asesoramiento habitual. ASSIR 1

Preferencias	PN 1	PN2	p valor ^a
	Pre- asesoramiento N=86	Post- asesoramiento N=86	
Acompañamiento y confort	n (%)	n (%)	
Acompañante durante el parto	86 (100)	86 (100)	1
Espacio único	69 (80,2)	71 (82,6)	0,824
Decoración confortable	31 (36)	33 (38,4)	0,804
Posibilidad de graduar la luz	34 (39,5)	38 (44,2)	0,481
Escuchar música	37 (43)	37 (43)	1
Libertad de movimientos	68 (79,1)	70 (81,4)	0,774
Estancia en el hospital breve	34 (39,5)	36 (41,9)	0,754
Procedimientos			
Administración de enema	24 (27,9)	21 (24,4)	0,453
Rasurado periné	24 (27,9)	27 (31,4)	0,508
No rotura de las aguas si no es necesario	28 (32,6)	40 (46,5)	0,023
Beber líquidos durante parto	72 (83,7)	77 (89,5)	0,267
Consultar antes de administración fármacos	80 (93)	81 (94,2)	1
Monitorización continua	47 (54,7)	42 (48,8)	0,302
Monitorización intermitente	35 (40,7)	42 (48,8)	0,118
Alivio del dolor			
Deseo parto natural	15 (17,4)	20 (23,3)	0,063
Analgesia epidural	45 (52,3)	39 (45,3)	0,146
Anestesia local en caso de sutura	14 (16,3)	20 (23,3)	0,109
Información sobre métodos alivio del dolor	29 (33,7)	39 (45,3)	0,064
Otros métodos farmacológicos	3 (3,5)	6 (7)	0,375
Técnicas de relajación	43 (50)	51 (59,3)	0,115
Técnicas de respiración	36 (41,9)	47 (54,7)	0,003
Masaje	42 (48,8)	57 (66,3)	<0,001
Uso del agua	34 (39,5)	43 (50)	0,049
Uso de la pelota	56 (65,1)	63 (73,3)	0,167
Expulsivo			
Soporte de la pareja en el expulsivo	68 (79,1)	80 (93)	<0,001
Pujos dirigidos	41 (47,7)	50 (58,1)	0,064
Pujos espontáneos	21 (24,4)	32 (37,2)	0,013
Utilización del espejo en el expulsivo	25 (29,1)	32 (37,2)	0,092
Elegir la postura en el parto	44 (51,2)	53 (61,6)	0,022

Preferencias	PN 1 Pre- asesoramiento N=86	PN2 Post- asesoramiento N=86	
Evitar la episiotomía rutinaria	53 (61,6)	53 (61,6)	1
Recién nacido			
Contacto precoz piel con piel	76 (88,4)	77 (89,5)	1
Protocolo piel con piel	71 (82,6)	77 (89,5)	0,109
Protocolo piel con piel pareja	71 (82,6)	74 (86)	0,581
Clampaje tardío del cordón umbilical	29 (33,7)	42 (48,8)	0,007
No separación del bebé si no es necesario	76 (88,4)	81 (94,2)	0,125
Lactancia			
Inicio lactancia materna en sala de partos	46 (53,5)	64 (74,4)	<0,001
Deseo de lactancia materna	71 (82,6)	76 (88,4)	0,125
Lactancia a demanda	42 (48,8)	54 (62,8)	0,004
Deseo de lactancia artificial	6 (7,1)	5 (5,8)	1
Consultar antes de dar alimentos al bebé	48 (55,8)	51 (59,3)	0,581

PN=plan de nacimiento; n=número; ^a= test McNemar

5.3.3.8.2. Preferencias expresadas en el plan de nacimiento pre y post asesoramiento habitual. ASSIR 4

El plan de nacimiento del ASSIR 4 estaba compuesto por 55 preferencias. Después de recibir el asesoramiento habitual se observó que hubo cambios con significación estadística en 21 (38,2%) preferencias.

En apartado de acompañamiento y confort después del asesoramiento, las mujeres prefirieron en mayor porcentaje la posibilidad de graduar la luz 45,1% (n=46) respecto 29,4% (n=30); p<0,001, poder disminuir la estimulación lumínica en sala de partos 34,3% (n=35) respecto 22,5% (n=23); p=0,004, tener un ambiente en sala de partos tranquilo e íntimo 51% (n=52) en comparación al 37,3% (n=38); p=0,003 y la posibilidad de escuchar música 44,1% (n=45) respecto 36,3% (n=37); p=0,021.

Después del asesoramiento se observó una disminución en la preferencia de la administración de enema 66,7% (n=68) respecto al 77,5% (n=79) inicial; p=0,007 y del rasurado del periné del 62,7% (n=64) respecto al 74,5% (n=76); p=0,008. Asimismo, las mujeres después de asesoramiento eligieron en mayor porcentaje evitar la “rotura de las

aguas" 41,2% (n=42) respecto al 30,4% (n=31); $p=0,013$ y expresaron que las exploraciones vaginales fuesen las imprescindibles 49% (n=50) respecto al 39,2% (n=40) inicial; $p=0,031$.

En referencia a la monitorización fetal se observó que hubo un aumento en la preferencia de monitorización fetal intermitente que fue del 41,2% (n=42) después del asesoramiento respecto al 19,6% (n=20); $p<0,001$.

El deseo de parto natural y el uso de la analgesia epidural fue similar antes y después del asesoramiento. En cambio, después del asesoramiento el porcentaje de mujeres que preferían iniciar un parto sin anestesia y decidir posteriormente el tipo de analgesia fue mayor 47,1% (n=48) respecto al 35,3% (n=36) de la preferencia inicial; $p=0,012$. Entre los métodos no farmacológicos para el alivio el asesoramiento aumentó la preferencia de utilizar el masaje 46,1% (n=47) respecto al 34,3% (n=35); $p=0,008$ y el uso del agua 46,1% (n=47) respecto al 33,3% (n=34); $p=0,002$.

En el apartado de preferencias sobre el expulsivo, después del asesoramiento, hubo un aumento de las preferencias en los pujos dirigidos 35,3% (n=36) respecto al 23,5% (n=24); $p=0,023$ y pujos espontáneos 21,6% (n=22) respecto al 10,8% (n=11); $p=0,007$. También el porcentaje de mujeres que expresaron evitar la episiotomía fue mayor después del asesoramiento que fue del 49% (n=50) respecto al 33,3% (n=34); $p=0,002$, así como evitar maniobras en el fondo uterino (Kristeller), 44,1% (n=45) respecto al 29,4% (n=30); $p=0,001$. Sobre las preferencias del recién nacido, hubo más mujeres que prefirieron realizar una donación de sangre de cordón con clampaje al minuto de vida 35,3% (n=36) respecto al 24,5% (n=25); $p=0,043$, por la no separación del bebé si fuese necesario 93,1% (n=95) respecto al 77,5% (n=79); $p<0,001$ y que las valoraciones médicas del bebé se realizaran delante de la madre 69,6% (n=71) respecto al 57,8% (n=59); $p=0,012$.

Después del asesoramiento aumentó el porcentaje de mujeres que prefirieron iniciar la lactancia materna en sala de partos 67,6% (n=69) respecto al 54,9% (n=56) inicial; $p=0,024$ y que se les consultase antes de dar otros alimentos al bebé 63,7% (n=65) en comparación al 52,9% (n=54); $p=0,013$ (tabla 66).

Tabla 66. Preferencias expresadas en el plan de nacimiento pre y post asesoramiento habitual. ASSIR 4

Preferencias	PN 1	PN2	p valor ^a
	Pre- asesoramiento N=102	Post- asesoramiento N=102	
Acompañamiento y confort	n (%)	n (%)	
Acompañante durante el parto	100 (98)	101 (99)	1
Espacio único (parto natural)	26 (25,5)	26 (25,5)	1
Espacio físico separado (convencional)	71 (69,6)	72 (70,6)	1
Otras preferencias sobre el espacio físico	6 (5,9)	5 (4,9)	1
Posibilidad de graduar la luz	30 (29,4)	46 (45,1)	<0,001
Disminuir la estimulación lumínica en sala de partos	23 (22,5)	35 (34,3)	0,004
Ambiente sala de partos tranquilo, íntimo	38 (37,3)	52 (51)	0,003
Escuchar música	37 (36,3)	45 (44,1)	0,021
Libertad de movimientos	60 (58,8)	67 (65,7)	0,065
Llevar material de confort	19 (18,6)	22 (21,6)	0,581
Estancia del hospital breve	25 (24,5)	32 (31,4)	0,092
No preferencias en hospitalización	10 (9,8)	7 (6,9)	0,549
Procedimientos			
Administración de enema	79 (77,5)	68 (66,7)	0,007
Rasurado del periné	76 (74,5)	64 (62,7)	0,008
No rotura de las aguas	31 (30,4)	42 (41,2)	0,013
Beber líquidos durante parto	95 (93,1)	99 (97,1)	0,125
No beber líquidos (hidratación con sueroterapia)	2 (2)	3 (2,9)	1
Colutorios o pasta dental	6 (5,9)	8 (7,8)	0,687
Bastoncitos de glicerina	5 (4,9)	5 (4,9)	1
Exploraciones vaginales imprescindibles	40 (39,2)	50 (49)	0,031
No preferencias en la dilatación	40 (39,2)	37 (36,3)	0,607
Monitorización continua	36 (35,3)	29 (28,4)	0,230
Monitorización intermitente	20 (19,6)	42 (41,2)	<0,001
No preferencias en la monitorización	33 (32,4)	30 (29,4)	0,581
Alivio del dolor			
Deseo parto natural	22 (21,6)	27 (26,5)	0,180
Analgesia epidural	46 (45,1)	43 (42,2)	0,607
Inicio el parto sin anestesia y decidir posteriormente	36 (35,3)	48 (47,1)	0,012
Técnicas de relajación	49 (48)	48 (47,1)	1

Preferencias	PN 1 Pre- asesoramiento N=102	PN2 Post- asesoramiento N=102	
Técnicas de respiración	49 (48)	48 (47,1)	1
Masaje	35 (34,3)	47 (46,1)	0,008
Uso del agua	34 (33,3)	47 (46,1)	0,002
Uso de la pelota	40 (39,2)	44 (43,1)	0,424
Otros métodos no farmacológicos	4 (3,9)	7 (6,9)	0,453
Expulsivo			
Soporte de la pareja en el expulsivo	88 (86,3)	94 (92,2)	0,180
Pujos dirigidos	24 (23,5)	36 (35,3)	0,023
Pujos espontáneos	11 (10,8)	22 (21,6)	0,007
Utilización del espejo en el expulsivo	23 (22,5)	26 (25,5)	0,549
Elegir la postura en el parto	25 (24,5)	25 (24,5)	1
Postura parto incorporada hasta 45º(epidural)	28 (27,5)	39 (38,2)	0,052
Postura litotomía	3 (2,9)	0 (0)	N. A
Evitar episiotomía y proteger activamente el periné	34 (33,3)	50 (49)	0,002
No maniobras sobre el fondo uterino	30 (29,4)	45 (44,1)	0,001
No preferencias sobre el expulsivo	11 (10,8)	14 (13,7)	0,549
Recién nacido			
Contacto precoz piel con piel	93 (91,2)	99 (97,1)	0,070
Clampaje tardío del cordón umbilical	31 (30,4)	41 (40,2)	0,064
Donación del cordón umbilical: clampaje al minuto de vida	25 (24,5)	36 (35,3)	0,043
No preferencias sobre el clampaje del cordón umbilical	16 (15,7)	9 (8,8)	0,065
No separación del bebé si no es necesario	79 (77,5)	95 (93,1)	<0,001
Valoración del bebé delante de la madre	59 (57,8)	71 (69,6)	0,012
Cuidados y contacto con el bebé después de vestir	3 (2,9)	5 (4,9)	0,687
Estar presente en los cuidados del bebé	68 (66,7)	74 (72,5)	0,238
Lactancia			
Inicio lactancia materna en sala de partos	56 (54,9)	69 (67,6)	0,024
Deseo de lactancia artificial	14 (13,7)	13 (12,7)	1
No preferencias alimentación	2 (2)	0 (0)	N. A
Consultar antes de dar otros alimentos al bebé	54 (52,9)	65 (63,7)	0,013

PN=plan de nacimiento; n=número; º=test McNemar

5.3.3.8.3. Preferencias expresadas en el plan de nacimiento pre y post asesoramiento basado en la toma de decisiones compartida. ASSIR 2

En la tabla 67 se muestran las preferencias expresadas en los planes de nacimiento antes y después de haber recibido la intervención de asesoramiento basado en la TDC. De las 40 preferencias que constan el plan de nacimiento, después de la intervención 21 (52,5%) preferencias presentaron diferencias estadísticamente significativas.

En el apartado de acompañamiento y confort después de asesoramiento un mayor número de mujeres eligieron disponer de un espacio único para parir 76,7% (n=89) respecto al 66,4% (n=77), $p=0,036$; poder tener libertad de movimientos 79,3% (n=92) respecto al 62,1% (n=72), $p=0,001$ y usar otras medidas de confort, 29,3% (n=34) respecto al 12,9% (n=15) inicial; $p<0,001$.

Después del asesoramiento, un menor número de mujeres eligieron el rasurado del periné 9,5% (n=11) en comparación al 26,7% (n=31) inicial; $p<0,001$. El asesoramiento basado en TDC aumentó la preferencia entre las mujeres de evitar la "rotura de las aguas" 72,4% (n=84) respecto al 45,7% (n=53), poder beber líquidos durante el parto 87,1% (n=101) respecto al 66,4% (n=77); $p<0,001$ y realizar la monitorización fetal intermitente 49,1% (n=57) respecto al 29,3% (n=34) inicial; $p<0,001$.

En cuanto a los métodos de alivio del dolor, el deseo de parto natural y los métodos farmacológicos fueron similares antes y después de la intervención. En cambio, las mujeres, después de la intervención prefirieron en mayor porcentaje utilizar las técnicas de respiración 62,9% (n=73) respecto al 50% (n=58); $p=0,017$, el masaje 75,9% (n=88) respecto al 44,8% (n=52); $p<0,001$ y el uso de la pelota 76,7% (n=89) respecto al 59,5% (n=69); $p<0,001$.

El asesoramiento basado en la TDC aumentó, entre las mujeres, la preferencia de tener soporte de la pareja en el expulsivo 87,9% (n=102) respecto al 75% (n=87) inicial; $p=0,001$ así como la realización de pujos espontáneos 45,7% (n=53) respecto al 19,8% (n=23); $p<0,001$, y utilizar el espejo en el expulsivo 40,5% (n=47) respecto al 31,9% (n=37); $p=0,041$. Un mayor porcentaje de mujeres expresaron poder elegir la postura en el parto 71,6% (n=83) respecto al 54,3% (n=63); $p=0,001$ y evitar la episiotomía rutinaria 72,4% (n=84) respecto al 53,4% (n=62); $p<0,001$ después de recibir el asesoramiento.

Las mujeres después del asesoramiento prefirieron en mayor porcentaje iniciar contacto precoz piel con piel 97,4% (n=113) respecto al 87,9% (n=102); $p=0,001$ y realizar clampaje tardío del cordón umbilical 68,1% (n=79) respecto 33,6% (n=39); $p<0,001$.

Tras recibir el asesoramiento, un mayor número de mujeres prefirieron iniciar la lactancia materna en sala de partos 75,9% (n=88) en comparación al 46,6% (n=54); $p<0,001$, realizar lactancia a demanda 65,5% (n=76) respecto 45,7% (n=53); $p<0,001$ y ser consultada antes de dar otros alimentos al bebé, 62,9% (n=73) respecto al 47,4% (n=55); $p=0,004$.

Tabla 67. Preferencias expresadas en el plan de nacimiento pre y post asesoramiento basado en la toma de decisiones compartida. ASSIR 2

Preferencias	PN 1	PN2	p valor ^a
	Pre- asesoramiento N=116	Post- asesoramiento N=116	
Acompañamiento y confort	n (%)	n (%)	
Acompañante durante el parto	109 (94)	114 (98,3)	0,063
Espacio único	77 (66,4)	89 (76,7)	0,036
Posibilidad de graduar la luz	57 (49,1)	60 (51,7)	0,701
Escuchar música	51 (44)	61 (52,6)	0,076
Libertad de movimientos	72 (62,1)	92 (79,3)	0,001
Otras medidas de confort	15 (12,9)	34 (29,3)	<0,001
Estancia hospital breve	60 (51,7)	65 (56)	0,382
Procedimientos			
Administración de enema	29 (25)	21 (18,1)	0,200
Rasurado del periné	31 (26,7)	11 (9,5)	<0,001
No rotura de las aguas	53 (45,7)	84 (72,4)	<0,001
Beber líquidos durante parto	77 (66,4)	101 (87,1)	<0,001
Consultar antes de administración fármacos	50 (43,1)	53 (45,7)	0,720
Otras preferencias en la dilatación	2 (1,7)	9 (7,8)	0,065
Monitorización continua	67 (57,8)	58 (50)	0,108
Monitorización intermitente	34 (29,3)	57 (49,1)	<0,001
Alivio del dolor			
Deseo parto natural	30 (25,9)	37 (31,9)	0,118
Analgesia epidural	59 (50,9)	62 (53,4)	0,678
Anestesia local en caso de sutura	24 (20,7)	31 (26,7)	0,210
Información sobre métodos alivio del dolor	49 (42,2)	46 (39,7)	0,749
Otros métodos farmacológicos alivio del dolor	4 (3,4)	13 (11,2)	0,004
Técnicas de relajación	53 (45,7)	60 (51,7)	0,324
Técnicas de respiración	58 (50)	73 (62,9)	0,017
Masaje	52 (44,8)	88 (75,9)	<0,001
Uso de la pelota	69 (59,5)	89 (76,7)	<0,001
Otros métodos no farmacológicos	8 (6,9)	16 (13,8)	0,118
Alivio dolor con métodos alternativos	26 (22,4)	29 (25)	0,678

Preferencias	PN 1 Pre- asesoramiento N=116	PN2 Post- asesoramiento N=116	
Expulsivo			
Soporte de la pareja en el expulsivo	87 (75)	102 (87,9)	0,001
Pujos dirigidos	57 (49,1)	64 (55,2)	0,349
Pujos espontáneos	23 (19,8)	53 (45,7)	<0,001
Utilización del espejo en expulsivo	37 (31,9)	47 (40,5)	0,041
Elegir la postura en el parto	63 (54,3)	83 (71,6)	0,001
Evitar episiotomía rutinaria	62 (53,4)	84 (72,4)	<0,001
Recién nacido			
Contacto precoz piel con piel	102 (87,9)	113 (97,4)	0,001
Clampaje tardío del cordón umbilical	39 (33,6)	79 (68,1)	<0,001
No separación del bebé si no es necesario	105 (90,5)	109 (94)	0,344
Lactancia			
Inicio lactancia materna en sala de partos	54 (46,6)	88 (75,9)	<0,001
Deseo lactancia materna	98 (84,5)	102 (87,9)	0,388
Lactancia a demanda	53 (45,7)	76 (65,5)	<0,001
Deseo de lactancia artificial	9 (7,8)	10 (8,6)	1
Consultar antes de dar otros alimentos al bebé	55 (47,4)	73 (62,9)	0,004

PN=plan de nacimiento; n=número; ^a=test McNemar

5.3.3.8.4. Preferencias expresadas en el plan de nacimiento pre y post asesoramiento basado en la toma de decisiones compartida. ASSIR 5

El plan de nacimiento del ASSIR 5 constaba de 40 preferencias. Tras recibir las mujeres el asesoramiento basado en la TDC se observó cambios estadísticamente significativos en 16 (40%) preferencias. En la tabla 68 se muestran las preferencias expresadas antes y después de la intervención.

El asesoramiento basado en la TDC aumentó entre las mujeres las preferencias de disponer de un espacio único 85,6% (n=95) respecto al 73,9% (n=82); $p=0,004$ y tener un ambiente tranquilo e íntimo en sala de partos 83,8% (n=93) respecto al 69,4% (n=77); $p<0,001$.

La preferencia de realizar una monitorización fetal intermitente, tras el asesoramiento, aumentó 46,8% (n=52) respecto al 25,2% (n=28) previa; $p<0,001$.

El deseo de tener un parto natural después del asesoramiento aumentó 41,4% (n=46) en comparación al 32,4% (n=36) a la preferencia inicial.

En cuanto a los métodos de alivio del dolor, la preferencia de utilizar la analgesia epidural fue similar después del asesoramiento, en cambio, hubo un aumento en la preferencia de la analgesia inhalada 46,8% (n=52) respecto al 14,4% (n=16); $p<0,001$. Tras el asesoramiento, aumento el porcentaje de mujeres que prefirieron el uso del agua 76,6% (n=85) respecto al 66,7% (n=74); $p=0,013$, el calor local 66,7% (n=74) respecto 39,6% (n=44); $p<0,001$ y el masaje 73,9% (n=82) en comparación a la preferencia inicial que fue del 55% (n=61); $p=0,001$.

Cuando las mujeres recibieron el asesoramiento escogieron en menor porcentaje realizar pujos dirigidos 56,8% (n=63) respecto al 72,1% (n=80); $p=0,009$ en cambio aumentaron realizar pujos espontáneos 53,2% (n=59) respecto al 27% (n=30); $p<0,001$ y elegir la postura en el parto 67,6% (n=75) en comparación al 45,9% (n=51); $p<0,001$.

Después del asesoramiento, aumentó la preferencia de realizar un clampaje tardío del cordón umbilical 67,6% (n=75) respecto 40,5% (n=45); $p<0,001$ y disminuyó la preferencia de realizar la donación de sangre de cordón umbilical al 29,7% (n=33) respecto a la preferencia inicial del 42,3% (n=47); $p=0,024$.

Las mujeres tras el asesoramiento prefirieron en mayor porcentaje, poder estar sola con la pareja y el bebé 73,9% (n=82) respecto al 59,5% (n=66); p=0,002, participar en las decisiones sobre los cuidados del recién nacido 94,6% (n=105) en comparación al 87,4% (n=97); p=0,039 e iniciar la lactancia materna en sala de partos 72,1% (n=80) respecto al 57,7% (n=64); p=0,002.

Tabla 68. Preferencias expresadas en el plan de nacimiento pre y post asesoramiento basado en la toma de decisiones compartida. ASSIR 5

Preferencias	PN 1 Pre- asesoramiento N=111	PN2 Post -asesoramiento N=111	
Acompañamiento y confort	n (%)	n (%)	p valor ^a
Acompañante durante el parto	111 (100)	111 (100)	NA
Espacio único	82 (73,9)	95 (85,6)	0,004
Posibilidad de graduación de la luz	76 (68,5)	83 (74,8)	0,143
Ambiente sala de partos tranquilo, íntimo	77 (69,4)	93 (83,8)	<0,001
Escuchar música	63 (56,8)	69 (62,2)	0,286
Libertad de movimientos	77 (69,4)	85 (76,6)	0,096
Otros materiales de soporte	5 (4,5)	9 (8,1)	0,344
Procedimientos			
Beber líquidos durante parto	82 (73,9)	91 (82)	0,078
Consultar antes de administración fármacos	103 (92,8)	101 (91)	0,727
Monitorización continua	75 (67,6)	76 (68,5)	1
Monitorización intermitente	28 (25,2)	52 (46,8)	<0,001
Alivio del dolor			
Deseo parto natural	36 (32,4)	46 (41,4)	0,031
Analgesia epidural	72 (64,9)	63 (56,8)	0,078
Analgesia inhalada	16 (14,4)	52 (46,8)	<0,001
Otros métodos farmacológicos	2 (1,8)	5 (4,5)	0,727
TENS	12 (10,8)	13 (11,7)	1
Técnicas de relajación	68 (61,3)	78 (70,3)	0,087
Técnicas de respiración	66 (59,5)	75 (67,6)	0,122
Uso del agua	74 (66,7)	85 (76,6)	0,013
Calor local	44 (39,6)	74 (66,7)	<0,001
Masaje	61 (55)	82 (73,9)	0,001
Uso de la pelota	94 (84,7)	97 (87,4)	0,581
Otros métodos no farmacológicos	3 (2,7)	5 (4,5)	0,625
Expulsivo			
Pujos dirigidos	80 (72,1)	63 (56,8)	0,009
Pujos espontáneos	30 (27)	59 (53,2)	<0,001

Preferencias	PN 1 Pre- asesoramiento N=111	PN2 Post -asesoramiento N=111	
Utilización de espejo: expulsivo	30 (27)	30 (27)	1
Elegir la postura en el parto	51 (45,9)	75 (67,6)	<0,001
Recién nacido			
Contacto precoz piel con piel	100 (90,1)	105 (94,6)	0,227
Clampaje tardío del cordón umbilical	45 (40,5)	75 (67,6)	<0,001
Cortar el cordón umbilical la pareja	43 (38,7)	43 (38,7)	1
Donación de sangre de cordón umbilical	47 (42,3)	33 (29,7)	0,024
No separación del bebé si no es necesario	75 (67,6)	85 (76,6)	0,076
Estar sola después del parto con bebé-pareja	66 (59,5)	82 (73,9)	0,002
Cuidados y contacto con el bebé después de vestir	11 (9,9)	8 (7,2)	0,549
Valoración del bebé delante de madre	89 (80,2)	89 (80,2)	1
Participar decisiones sobre cuidados bebé	97 (87,4)	105 (94,6)	0,039
Lactancia			
Inicio lactancia materna: sala de partos	64 (57,7)	80 (72,1)	0,002
Deseo de lactancia materna	101 (91)	100 (90,1)	1
Deseo de lactancia artificial	5 (4,5)	3 (2,7)	0,500
Consultar antes de dar alimentos al bebé	74 (66,7)	79 (71,2)	0,442

PN=plan de nacimiento; n=número; TENS=terapia electroestimulación neurosensorial; ^a=test McNemar

6. DISCUSIÓN

Discusión

Este apartado está dedicado a la discusión de los resultados según los objetivos planteados en la investigación y a la comparación de los resultados obtenidos con otros estudios.

La revisión de la literatura nos ha permitido objetivar que el plan de nacimiento es un tema poco abordado, especialmente sobre la prevalencia de la actividad educativa que realizan las matronas a las mujeres durante la gestación y sobre la efectividad de las intervenciones de asesoramiento que se realizan.

La finalidad de esta investigación ha sido aportar más conocimientos que nos permitan comprender, con mayor profundidad, la situación actual del uso del plan de nacimiento en nuestro ámbito; así como indagar la efectividad de una intervención específica de asesoramiento.

En primer lugar, hemos conocido la prevalencia de la actividad educativa sobre el PN que reciben las mujeres por parte de las matronas. En segundo lugar, hemos averiguado el porcentaje de entrega del PN en el hospital que realizan las mujeres y finalmente hemos evaluado la efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento durante la gestación.

A continuación, se presenta la discusión sobre la metodología utilizada en cada una de las fases. Después se plantea la discusión específica de los resultados de la investigación descriptiva (primera fase) seguida de la investigación experimental (segunda fase).

6.1. SOBRE LA METODOLOGÍA DE ESTUDIO

Para la fase I se optó por un diseño observacional descriptivo de asociación cruzada y multicéntrico que nos permitió en un breve espacio de tiempo y con un bajo coste describir la situación actual de la actividad educativa respecto al PN. Nos ha aportado un retrato transversal de la actividad educativa que realizan las matronas a las mujeres durante la gestación y el grado de entrega del plan de nacimiento en los hospitales por parte de las mujeres, así como identificar los factores relacionados. Su diseño multicéntrico permite la extrapolación de los resultados a otros centros y también ha permitido identificar y planificar estrategias de mejora en la calidad asistencial (229, 243).

En la fase II se ha evaluado la efectividad de una intervención de asesoramiento basado en

la toma de decisiones compartida sobre el plan de nacimiento. Por lo que se optó por un ensayo clínico, multicéntrico aleatorizado por clústeres y paralelo. El principal motivo por el que se eligió este diseño fue para evitar la contaminación entre las matronas; además de la posible contaminación entre las mujeres gestantes participantes de los diferentes centros (229, 244). La elegibilidad de los ASSIR se realizó en base a que los planes de nacimiento fueran lo máximo comparables; ya que también se evaluaba la efectividad de esta intervención sobre las preferencias de las mujeres expresadas en este documento. Se enmascaró la aleatorización de los centros (ASSIR) al grupo control o al experimental mediante el programa informático EPIDAT 4.0 (234), en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. En el cálculo del tamaño muestral se tuvo en cuenta el efecto de los conglomerados.

La muestra final obtenida fue superior a la calculada inicialmente; ya que en el transcurso del estudio se decidió ampliarla para obtener un tamaño muestral suficiente y similar en cada uno de los grupos y evitar así, el posible efecto de dilución y compensar el porcentaje pérdidas (244).

En el diseño de la intervención se diferenciaron tres actividades: la elaboración del dossier de soporte basado en la evidencia científica, la elaboración del díptico informativo y la formación de las matronas del grupo experimental en el asesoramiento basado en la TDC. La elaboración del dossier sobre la evidencia científica sobre los temas del parto y recién nacido fue realizada por el equipo investigador. El objetivo fue proporcionar un material de soporte para las matronas del grupo experimental y así disminuir la variabilidad entre las profesionales.

Además, el equipo investigador elaboró el contenido del díptico que posteriormente fue evaluado por un comité mediante la metodología de juicio de expertos (235). Se identificaron matronas expertas pertenecientes a los ámbitos de atención primaria (ASSIR), hospital, investigación y gestión. Se consideró que la variedad de los perfiles profesionales incrementaba la calidad de las aportaciones y los aspectos de mejora del díptico (235).

La sesión formativa de las matronas de los ASSIR del grupo experimental se realizó en cada uno de los centros y sólo fue llevada a cabo por la investigadora principal para disminuir la variabilidad de dicha formación.

La elección de la escala para evaluar la satisfacción con la experiencia del parto se realizó teniendo en cuenta las diferentes escalas validadas al castellano disponibles en ese momento (92-97). Se optó por la “Escala de satisfacción con la experiencia del parto Mackey” (79, 92), ya que permite evaluar la satisfacción de las mujeres en entornos hospitalarios donde los equipos están formados por matronas y obstetras y además dicha escala evalúa la satisfacción con el grado de la toma de decisiones en la dilatación y en el expulsivo. Para el análisis se decidió utilizar la versión validada por Mas- Pons y col (92) ya que permite una mayor comparabilidad con otros estudios.

6.2. DISCUSIÓN DE LA FASE I.I

A continuación, se presenta la discusión correspondiente al objetivo “Determinar la prevalencia de la actividad educativa del plan de nacimiento, que realizan las matronas en el control prenatal de las mujeres gestantes e identificar los factores relacionados a la realización de esta actividad educativa”.

El perfil sociodemográfico de las mujeres de nuestro estudio, en líneas generales, correspondió con las características sociodemográficas de Cataluña y España en el año 2016. La edad media de las mujeres fue de 31,1 años, siendo levemente inferior a la edad media de España que fue de 32 años (245). Aproximadamente la mitad de las mujeres eran de procedencia extranjera observándose diferencias entre los ASSIR. Estos datos fueron superiores a los datos reportados por el Instituto de Estadística de Cataluña (246) en este periodo de tiempo y también corroboraron que el municipio correspondiente al ASSIR 3 presentó un mayor porcentaje de población extranjera respecto al resto de centros (246). El porcentaje de mujeres sin partos previos (26,3%) fue inferior al resto de España (51,5%), (150) esto fue debido a que esta variable se vio afectada al alto porcentaje de exclusiones de las historias que presentaron un infraregistro. El riesgo obstétrico bajo (27,3%) fue inferior a otro estudio realizado en Cataluña (52,8%) (247) esto se pudo corresponder a la metodología de la recogida de datos y a que en nuestro estudio se incluyeron más centros.

6.2.1. Prevalencia de la actividad educativa sobre el PN y momento en que se efectúa

En nuestra investigación, la prevalencia de la realización de la actividad educativa sobre el plan de nacimiento en los ASSIR fue elevada, ya que se realizó en un 86,9% de las mujeres.

No obstante, esta prevalencia fue menor respecto a la que se obtuvo en un estudio realizado en Cataluña, con una muestra de 204 puérperas, que mostró una prevalencia del 98,8% (207). No hemos podido comparar estos resultados con más estudios de España o Europa debido a que no hemos encontrado en la revisión bibliográfica realizada estudios descriptivos que determinen si las mujeres reciben de forma individualizada un asesoramiento del plan de nacimiento (199, 209) y aquellos estudios que lo hacen son estudios experimentales cuyo asesoramiento está enmarcado dentro del diseño de la intervención.

Tanto el Protocolo y seguimiento del embarazo (187) como Welch y Miller (248) recomiendan que la información debe ofrecerse en cada trimestre y en concreto cuando se debe realizar el asesoramiento del plan de nacimiento observándose en nuestra investigación que esta actividad no se realiza según estas recomendaciones.

La media de semanas de gestación en que se realizó la actividad educativa fue de 24,7 SG siendo inferior a las recomendaciones establecidas por el Ministerio de Sanidad (173) y el cumplimiento del estándar de calidad de ICS sobre informar a las mujeres gestantes a partir de las 24SG sobre el PN sólo se cumplió en un 64,4% de las mujeres embarazadas (249). Durante el primer trimestre el riesgo de aborto y los resultados del diagnóstico prenatal son unos de los aspectos más relevantes para las mujeres embarazadas (250), por lo que recibir la actividad educativa antes de dicho periodo de tiempo no se ajusta a las necesidades de las mujeres gestantes.

Cabe destacar que cerca de una cuarta parte de las mujeres recibieron la actividad educativa antes de las 12 SG y consideramos que informar a las mujeres en un periodo tan precoz no es pertinente. En la primera visita de control prenatal, la mujer gestante recibe mucha información sobre los cambios corporales y psicológicos que se producen durante el embarazo, los hábitos saludables para un buen desarrollo de este y las pruebas diagnósticas que se llevan a cabo, y se resuelven las dudas de las mujeres. Además, hay que tener en cuenta que en este periodo hay riesgo que la gestación finalice en un aborto (251,252).

Por otra parte, el 9% de las mujeres recibió la actividad educativa a partir de las 37SG. Esta etapa tan tardía de la gestación no permite una elaboración paulatina del PN durante las

diferentes visitas de control de embarazo en el ASSIR (175) ya que habitualmente a partir de estas semanas las mujeres se derivan al hospital donde tendrá lugar el parto (155, 187).

Respecto a la prevalencia de realización de la actividad educativa por centros, existe una gran variabilidad en los resultados tanto por la realización como por la adecuación del momento. Se observó que el ASSIR 1 fue el que realizó con menor frecuencia la actividad educativa (77,8%), pero en contrapartida, las mujeres gestantes de este centro la recibieron con mayor frecuencia (93,9%) en el periodo adecuado. En cambio, centros con alta prevalencia de la actividad educativa presentaron menores porcentajes de realización en el periodo indicado, como el ASSIR 4 y 5.

6.2.2. Factores relacionados con la realización de la actividad educativa, por las matronas, del plan de nacimiento

El análisis multivariante mostró que tener un menor número de partos fue un factor independiente para recibir la actividad educativa. Por el contrario, tener un nivel de riesgo obstétrico “muy alto” aumentó las probabilidades de no recibir la actividad educativa sobre el plan de nacimiento.

De hecho, las mujeres de “muy alto riesgo” tienen un menor número de visitas con las matronas puesto que comparten el control prenatal con los obstetras. Además, los profesionales ante un embarazo de estas características perciben mayor presión y responsabilidad y se centran en el estado de salud materna y del feto y en la intervención médica. Todos estos aspectos podrían actuar como barreras no favorecedoras en la comunicación entre la mujer y el profesional (253) y corresponden con las percepciones de algunas mujeres sobre el escaso rol participativo en la toma de decisiones (254, 255).

6.3. DISCUSIÓN DE LA FASE I. II

Seguidamente, abordamos la discusión concerniente al objetivo “Identificar la prevalencia de la entrega del del plan de nacimiento de las mujeres en cinco hospitales de Cataluña”.

En relación con las características sociodemográficas, la edad media de las mujeres fue de 31,9 años siendo similar a la edad media de Cataluña que fue del 32,11 (256). Dos terceras partes de las mujeres eran de nacionalidad española coincidiendo con el porcentaje del resto de Cataluña, que fue del 72,1% (257). Además, el 72% de las mujeres tenía un trabajo remunerado, hecho que concuerda con los datos reportados por el Instituto Nacional de

Estadística de España (258). El porcentaje de mujeres con estudios universitarios fue menor (32,9%) respecto al de España (48,7%) (259). Esto puede estar relacionado con aquellos ASSIR que presentaron un mayor porcentaje de mujeres extranjeras, entre los cuales destaca el ASSIR 3, que se caracterizó por tener un alto porcentaje de población inmigrada no procedentes de Europa (260).

Más de la mitad las mujeres (54,7%) no tenían partos previos un porcentaje ligeramente superior al de España (51,5%) (150) y el 72,7% presentaban un nivel de riesgo obstétrico bajo-medio siendo estos resultados diferentes a otros estudios (247,261).

6.3.1. Entrega del plan de nacimiento en el hospital y motivos de no entrega. Fase I. II

La prevalencia de entrega del plan de nacimiento por parte de las mujeres en los hospitales de referencia fue del 51,2%, siendo este resultado inferior al 69,6% reportado en otro estudio realizado en Cataluña en el año 2015 (207). Una explicación de esta diferencia puede ser que nuestro estudio se realizó en cinco ASSIR diferentes, mientras que el estudio de Boadas y col (207) se realizó en uno solo. En cambio, fue superior a los estudios llevados a cabo a en los EE. UU (202) y Países Bajos (204).

Las madres informaron que no presentaron el plan de nacimiento porque “las matronas no me lo pidieron” o “me olvidé”. Dos tercios de las mujeres que no lo entregaron en el hospital manifestaron que no fue solicitado por ningún profesional sanitario. Es probable que la falta de un comportamiento proactivo de las matronas se deba a la percepción de que estas mujeres tendrán peores resultados obstétricos, como se describe en los estudios de Afshar y col, (202) y Carlton y col, (262). Esto también puede suceder porque algunas matronas perciben que los planes de nacimiento pueden hacer que las madres sean inflexibles y no estén dispuestas a cambiar su plan, dándoles una falsa sensación de control o creando expectativas poco realistas del parto, lo que las llevaría a la decepción si no se cumple el plan de nacimiento (195). Asimismo, algunas matronas han expresado que el uso del plan de nacimiento ejerce sobre ellas un sentimiento de juicio y presión por parte de las madres (200). Cabe señalar que cuando los profesionales no solicitan el plan de nacimiento pueden causar una sensación de decepción en las mujeres en el momento del parto, ya que estas mujeres pueden sentir que las preferencias expresadas en su plan de

nacimiento no fueron consideradas y no tuvieron oportunidad de discutir sobre sus opciones (263).

En cambio, solo el 5,3% de las madres consideró que "no era necesario" entregar un plan de nacimiento. Varios estudios han analizado las opiniones de las madres y su opinión sobre este. Según la literatura, algunas madres confían en la experiencia de los profesionales cuando, en el transcurso del parto, puedan surgir situaciones imprevistas (196,263).

6.3.2. Relación entre las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres y entrega del plan de nacimiento en el hospital. Fase I. II

El perfil sociodemográfico y obstétrico fue similar entre las mujeres que entregaron el plan de nacimiento en el hospital y las que no. En referencia a la edad y la procedencia de las mujeres nuestros resultados son similares a otros estudios (69,203,204). En cambio, sobre el nivel de estudios y la paridad nuestros resultados difieren a estudios que muestran que las mujeres con un nivel de estudios elevado y sin partos previos utilizan mayoritariamente los planes de nacimiento (69,203,204).

6.3.3. Resultados obstétricos y métodos de alivio del dolor de las mujeres según los hospitales de referencia. Fase I. II

Más del 95% de las mujeres tuvieron partos a término (≥ 37 SG) y dos terceras partes tuvieron partos eutócicos siendo estos datos similares al resto de Cataluña que fueron del 94% y del 66,4% respectivamente (161, 264). El porcentaje de partos instrumentados fue superior (17,6%) y el porcentaje de partos por cesárea no superó el 20% cumpliendo las recomendaciones del OMS (152) respecto la cesárea, excepto en el Hospital 3 que fue superior. Estos datos difieren con los datos de Cataluña que muestran un menor porcentaje de partos instrumentados (9,2%) y un 24,2% de partos por cesárea (161).

Sobre la incidencia de episiotomías los resultados fueron similares a otro estudio realizado en Cataluña que fue en torno al 30% (265) y se observó una gran variabilidad entre centros aspecto ya observado en otros estudios (266, 267).

En nuestro estudio el 90,3% de las mujeres realizaron contacto precoz piel con piel con su recién nacido siendo superior al estudio de Suárez-Cortés y col (205) que fue del 60,4%, pero inferior a con otros estudios de países desarrollados (268). En referencia al inicio de lactancia materna en sala de partos, entre el 71,2% y 83,8% de las mujeres iniciaron la

lactancia siendo superior a otros países (269) y similar a otro estudio realizado en Cataluña que mostró que el 85,4% de las madres iniciaron la lactancia materna en la primera hora de vida (270).

En cuanto a los métodos de alivio del dolor utilizados por las mujeres se observó que el método mayoritariamente utilizado fue la analgesia epidural siendo igual o superior al 90% en todos los centros excepto en uno, que fue del 78,4%. Este resultado es superior a la prevalencia reportada en otros países (35, 69,) y a los ofrecidos por García-Lausín y col, (265) en Cataluña, aunque debe tenerse en cuenta que en ese estudio tener más de 40 años y la cesárea urgente fueron criterios de exclusión, lo que explica este porcentaje menor de su estudio.

La analgesia parenteral no se utilizó en ningún centro siendo este resultado discordante con otros estudios de otros países que si muestran su uso (199, 271). Esto puede ser debido a la alta prevalencia de la analgesia epidural en nuestro ámbito y a su uso antes de la fase activa de la primera etapa del parto (227, 272). La analgesia inhalada u “óxido nitroso” se instauró en dos centros durante el desarrollo del estudio, esto explica este bajo porcentaje (0,5%) en nuestro estudio y no permite hacer comparaciones con otros estudios.

Sobre los métodos de alivio del dolor no farmacológicos 4 de cada 10 mujeres utilizaron algún método no farmacológico, siendo los resultados similares a los publicados por National Health Service de Inglaterra (35) y superiores en un estudio en Irlanda (273). Se observó una gran variabilidad en el uso de métodos no farmacológicos según el hospital de referencia donde parieron las mujeres, oscilando entre el 22% al 66,7%. Esto pone de manifiesto la variabilidad de la implantación de la “Estrategia de asistencia al parto normal” del Ministerio de Sanidad y Consumo que recomienda que las mujeres puedan elegir más de un método para el alivio del dolor (149).

Los métodos no farmacológicos que presentaron un mayor uso fueron las técnicas de respiración seguido de las técnicas de relajación y el masaje; y el uso de estos métodos fue mayor en otros países (274, 275). Este mayor uso respecto a otros métodos no farmacológicos puede ser debido a que las matronas tienen un mayor conocimiento y experiencia en este tipo de técnicas (276) ofreciéndolas a las mujeres con mayor frecuencia. También las mujeres reciben información y entrenamiento en los grupos de

preparación al nacimiento sobre estas técnicas; ya que son las que más se abordan en el material didáctico de Educación maternal de preparación al nacimiento (224).

El uso del agua, como método de alivio del dolor, no superó el 20% en ningún centro. Estos porcentajes son inferiores a otros países que muestran que su uso es alrededor del 30% (274,275) pero similares a los publicados en Inglaterra (35) y a un estudio llevado a cabo en Suecia (69). Este bajo uso puede ser debido a la falta de formación específica de las matronas (277) así como profesionales acreditados para el manejo de partos en el agua (278) y posiblemente a la falta de confianza por parte de las matronas (279).

La utilización de las terapias alternativas (acupuntura, aromaterapia, flores de Bach, homeopatía) fue mínima ya que no alcanzó al 2% en su conjunto. Tal como se ha comentado anteriormente la formación de las matronas en estas terapias alternativas es baja (277) y si son conocidas son poco utilizadas por las matronas (276). La falta de políticas regulatorias de estas terapias puede actuar como barreras en los profesionales para utilizarlas y en su defecto por las mujeres (276). Los hospitales de nuestro entorno no las ofrecen dentro de su cartera de servicios aspecto importante para que las mujeres puedan acceder a estas opciones (280).

Cabe destacar que un tercio de las mujeres optaron por combinar métodos no farmacológicos y farmacológicos para el alivio del dolor. Estos resultados estarían en consonancia con estudios que reflejan que para las mujeres es prioritario poder combinar ambas opciones (35,68, 273,281).

6.3.4. Entrega del plan de nacimiento en el hospital y resultados obstétricos y métodos de alivio del dolor. Fase I. II

Cuando se analizó si entregar el PN en el hospital influía en los resultados obstétricos de las mujeres se observó que no estuvo relacionado con tener un parto vaginal o la necesidad de una episiotomía, tal y como se observó en los estudios de Hadar y col, (209) y Afshar y col, (203). El porcentaje de mujeres que iniciaron el contacto precoz piel con piel en nuestro estudio fue elevado en ambos grupos, del 88,4% en las mujeres que no entregaron el PN y del 92,1% de las mujeres que lo entregaron, y difiere del encontrado en un estudio realizado en España, que fue del 60,4% entre mujeres con plan de nacimiento (205). Sin embargo, la entrega del plan de nacimiento se relacionó con un inicio más elevado de la

lactancia materna en la sala de partos, pero este hallazgo no concuerda con los resultados de otro estudio, el cual encontró un porcentaje similar en el inicio de la lactancia materna entre las mujeres que utilizaron o no el plan de nacimiento (205). Nuestro hallazgo podría deberse a que la opción de amamantar es uno de los temas más discutidos en los planes de nacimiento (190) y porque el inicio de la lactancia materna en la sala de partos es una de las solicitudes más frecuentes de las mujeres en los planes de nacimiento (67, 218).

El uso de la analgesia epidural fue elevado y presentó unos porcentajes similares entre las que mujeres que entregaron el plan de nacimiento y las que no; siendo estos resultados similares al estudio de Hidalgo y col (211). Sin embargo, en el estudio de Hadar y col (209) el uso de analgesia epidural fue mayor en mujeres con PN, y en el estudio Afshar y col la utilización fue menor entre las mujeres con plan de nacimiento (203). Este uso tan elevado es porque es el método farmacológico más frecuentemente proporcionado en los hospitales y esta alta prevalencia es consistente con la obtenida en otros dos estudios (205, 209). También este elevado puede deberse a que la analgesia epidural se considera el método de referencia para el alivio del dolor (281), y es el método preferido más expresado por mujeres en los planes de nacimiento en algunos estudios (67,69). Además, algunos factores pueden influir en la elección de una mujer de la analgesia epidural, como su umbral del dolor, su capacidad para afrontar el dolor, el momento de la epidural y la duración del trabajo de parto (282).

El uso de medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas para aliviar el dolor fue similar entre las mujeres que presentaron el PN (40,3%) y las que no (31,5%). Según el estudio de Larkin y col, (273) las madres consideraron prioritario la disponibilidad de medidas de alivio del dolor y la posibilidad de combinar métodos farmacológicos y no farmacológico. Además, afirmaron que la mayoría de las mujeres no querían ser tipificadas entre la dicotomía de nacimientos “totalmente naturales” o “totalmente tecnológicos”, sino que querían “lo mejor de ambos mundos”.

La mitad de las mujeres que entregaron el PN utilizaron diferentes métodos de alivio del dolor no farmacológicos, como técnicas de relajación, técnicas de respiración, uso de agua y uso de calor local, siendo superior respecto a las mujeres que no lo entregaron y estos resultados coinciden con el estudio de Westergren y col (69) Estas mujeres lo hicieron

probablemente como un primer paso para aliviar dolor durante el trabajo de parto, incluso la mayoría de estas utilizaron posteriormente la analgesia epidural tal como muestra el estudio de Gallo y col (283) sobre el uso de diferentes técnicas no farmacológicas para reducir o retrasar el uso de analgesia farmacológica.

El bajo uso de estos métodos estaría relacionado a que requiere un cuidado continuo por parte de la matrona (274), y en España la proporción de matronas en los hospitales es baja (284), lo que hace que la atención intraparto continua e individualizada sea difícil tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud (227). Tal y como hemos comentado anteriormente, la escasa formación de las matronas en estos métodos y en terapias alternativas también podría actuar como una barrera para su uso (277).

A pesar de ello, las mujeres que entregaron el plan de nacimiento utilizaron estos métodos en una mayor proporción. Este hallazgo puede ser debido al efecto que tiene la entrega de un plan de nacimiento sobre los profesionales, en el sentido de que están más atentos a las preferencias de las mujeres (195).

6.3.5. Factores relacionados con la entrega del plan de nacimiento en el hospital. Fase I. II

En el análisis multivariado de regresión logística no se encontró ningún factor relacionado con la entrega del plan de nacimiento en el hospital.

6.4. DISCUSIÓN DE LA FASE II

A continuación, se presenta la discusión de los resultados del ensayo clínico que planteaba las siguientes hipótesis:

Un asesoramiento en el plan de nacimiento de las mujeres gestantes, basado en la “toma de decisiones compartida” respecto al asesoramiento habitual aumentaría:

- la entrega de los planes de nacimiento en el hospital de referencia
- las mujeres que han recibido información suficiente en la gestación sobre el parto y,
- el grado de satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y,
- modificarían las preferencias sobre los cuidados relacionados con el parto.

El perfil sociodemográfico de las mujeres que participaron en esta fase de estudio fue similar a los resultados de la fase descriptiva; ya que los ASSIR incluidos en esta fase fueron los mismos, excepto el ASSIR 3 que no participó.

En el grupo experimental la edad media de las mujeres fue superior a las del grupo control, también había un mayor porcentaje de mujeres de procedencia extranjera y un mayor número de mujeres con un nivel de estudios universitarios. Esto fue debido a las características de las mujeres del ASSIR 5 que son similares a las características del distrito de referencia de este centro y que se caracteriza por tener una mayor prevalencia de población extranjera procedente de Europa y con estudios universitarios (285).

En cuanto a las características obstétricas, el 56,7% de las mujeres no habían tenido ningún parto, similar al resto de España (51,5%) (150) pero superior a un estudio de Cataluña (43,7%) (286). En cambio, el nivel de riesgo obstétrico bajo-medio fue inferior a los resultados del estudio de Gol y col. (247) en Cataluña; aunque las diferencias pueden deberse a que nuestro estudio es multicéntrico.

El porcentaje de mujeres del grupo experimental que asistieron a cursos de educación maternal (62,3%) y que utilizaron Internet (71,3%) para consultar sobre aspectos relacionados con el parto fue más elevado respecto a las mujeres del grupo control. Las diferencias entre los dos grupos podrían estar en consonancia con estudios que muestran que mujeres con más edad y estudios universitarios es un factor predictor para asistir a las clases de educación maternal (287, 288) y el uso de Internet (289). Aunque en nuestro estudio el uso de Internet fue inferior a otros estudios que muestran una utilización mayor del 90% (37, 290).

6.4.1. Sobre la efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento basado en la TDC. Fase II

En este ensayo controlado por clústeres, la intervención de asesoramiento basado en la TDC junto con la entrega de un díptico durante el control prenatal no se ha podido corroborar la primera hipótesis sobre la entrega del plan de nacimiento en el hospital y la satisfacción en el parto, pero si ha mostrado ser efectiva en el cambio de las preferencias de las mujeres de sobre el parto.

En la revisión bibliográfica efectuada se han encontrado pocos estudios que evalúen la efectividad de intervenciones de asesoramiento sobre el plan de nacimiento; lo que dificulta la comparabilidad con otros estudios de características similares.

6.4.2. Sobre la efectividad de la intervención con la entrega del plan del plan de nacimiento en el hospital y con la satisfacción con la experiencia del parto

La prevalencia global de entrega del plan de nacimiento aumentó respecto a los resultados de la fase descriptiva que pasó del 51,2 % al 65,9%. Este resultado es superior a otros estudios que muestran una prevalencia del 34,7% en Holanda (204) y del 48,8% en Estados Unidos (202), pero inferior a un estudio descriptivo llevado a cabo en Cataluña en el año 2015, la cual fue del 69,6% (207).

Un tercio de las mujeres no presentaron el plan de nacimiento en el hospital, con un mayor porcentaje entre las mujeres del grupo experimental, particularmente el Hospital 2 donde más de la mitad de las mujeres no lo entregaron.

Además, las mujeres expresaron que el principal motivo por el cual no lo entregaron fue porque los profesionales no se lo solicitaron. El asesoramiento basado en la TDC no fue suficiente para mejorar la entrega del plan de nacimiento en el hospital. Como señala Elwyn (108) además de las técnicas y herramientas de apoyo en la TDC, se deben adoptar estrategias en los diferentes niveles organizacionales como el desarrollo de políticas de salud para lograr la colaboración y la deliberación rutinaria entre profesionales y pacientes que puedan mejorar los resultados de salud.

Otros factores que pueden estar relacionados en la implementación del plan de nacimiento es el posible desequilibrio de poder entre las mujeres y los profesionales (172), la percepción negativa de algunos profesionales (200) y determinadas políticas y protocolos hospitalarios (291) los cuales pueden tener un impacto en el empoderamiento de las mujeres (292).

El grado global de satisfacción con la experiencia con el parto fue elevada (151,9 de un máximo de 175 puntos) y similar en los dos grupos y consistente con los estudios de Goodman y col (79) y Farahat y col (215). Hay aspectos que predicen la satisfacción con el parto, tales como el control personal, la percepción de elección, la autoeficacia y el cumplimiento de las expectativas (79, 198, 217,293). Algunos estudios sugieren que la TDC

y el uso de elementos de apoyo para su implementación se relaciona con una mayor satisfacción con la toma de decisiones (294) en cambio otros estudios no encuentran relación (137, 295). Se debe tener en cuenta que los profesionales que asistieron al parto (hospital) de las mujeres de nuestro estudio fueron diferentes a los que realizaron el asesoramiento (ASSIR) y esto podría explicar los resultados obtenidos. También el nivel de estudios puede influir en los resultados obtenidos con la satisfacción, aunque los estudios muestran conclusiones diferentes al respecto (79, 296). En el grupo experimental el nivel de estudios fue superior y tuvieron puntuaciones menores de satisfacción al igual que en otro estudio realizado en España (296).

6.4.3. Sobre la efectividad de la intervención con los resultados obstétricos y los métodos de alivio del dolor

La intervención de asesoramiento en la TDC no influyó en el tipo de parto, episiotomía, contacto piel con piel y complicaciones maternas y neonatales. En cambio, sí que influyó en los métodos de alivio del dolor y en el inicio de lactancia materna en sala de partos.

Entre las mujeres del grupo experimental el uso de la epidural fue menor y la analgesia inhalada fue mayor. Además, el uso de los métodos no farmacológicos (excepto el uso del agua y la pelota) fueron superiores entre las mujeres de este grupo y también combinaron los métodos no farmacológicos y farmacológicos con mayor frecuencia. Posiblemente al recibir este tipo de asesoramiento las mujeres tuvieron mayor conocimiento sobre las alternativas de métodos de alivio del dolor y los beneficios de inicio precoz de la lactancia materna y decidieron estas opciones. Estos resultados concuerdan con la afirmación de que la TDC y los elementos de ayuda en la TDC influyen en las actitudes, los conocimientos (297,298) y el comportamiento (299) pero difiere con Torigoe y Shorten (298) y Shay y col (118) quienes sugieren que estos no influyen en el comportamiento de las personas.

6.4.4. Sobre la efectividad de la intervención con las preferencias expresadas en el plan de nacimiento

En nuestro estudio, la intervención de asesoramiento basada en la toma de decisiones fue efectiva en los cambios de las preferencias de las mujeres del grupo experimental ya que lo hicieron con mayor frecuencia que las del grupo control. Estos resultados estarían en concordancia con estudios que muestran que actividades de asesoramiento grupales o

individuales pueden influir en las preferencias (67), en los conocimientos (300) y en las actitudes hacia el parto de las mujeres (301) pero discordante con el estudio de Hyakutake y col, (302) en el que no hubo cambios sobre las preferencias de tipo de parto tras recibir el asesoramiento.

Las preferencias expresadas más frecuentes antes y después de asesoramiento en los dos grupos fueron el acompañamiento y realizar contacto precoz piel con piel. Estos resultados son similares al estudio de Soriano y col (67) y estarían en consonancia con un estudio realizado en Inglaterra, en que uno de los atributos más importantes expresados por las mujeres en la elección del lugar del parto es la posibilidad de estar acompañada por su pareja durante el mismo (49).

En las mujeres del grupo experimental hubo un aumento significativo en todas las preferencias relacionadas con un cuidado respetuoso del parto tales como disponer de un espacio único, uso de la pelota, graduación de la luz y posibilidad de escuchar música tal como recomienda la OMS para tener una experiencia positiva del parto (227).

La preferencia de la analgesia epidural fue elevada y se produjo un leve descenso en los dos grupos después del asesoramiento, aunque no fue estadísticamente significativo. Este resultado es similar a los estudios que evalúan intervenciones grupales (67,303) pero difiere con el estudio de Sitras y col, (304) que si mostró una disminución de la intención de uso de la epidural.

La preferencia de deseo de parto natural y los métodos no farmacológicos aumentaron entre las mujeres de grupos experimental tras recibir el asesoramiento, pero no disminuyó la preferencia de la analgesia epidural. El uso extendido de la epidural (158,305) y la atención medicalizada del parto en Cataluña y España (306,307) junto el miedo al parto (304) y el deseo de las mujeres a tener disponibles diversas alternativas al dolor (273) podrían explicar estos resultados. Posiblemente al recibir este asesoramiento aumentaron sus conocimientos sobre las opciones disponibles para el alivio del dolor y las mujeres prefirieron retrasar el uso de la epidural y combinar los métodos no farmacológicos y farmacológicos (283). Asimismo, el aumento de la preferencia de la monitorización fetal continua en este grupo estaría relacionada con la preferencia de utilizar la analgesia epidural y la necesidad de realizar un control cardiaco fetal continuo para detectar efectos

adversos sobre el feto provocados por esta. Esto sugiere que estas mujeres parecen tener unas expectativas más realistas sobre las implicaciones que puede tener el uso de la analgesia epidural y de los procedimientos que de ella se puedan derivar.

Así mismo entre el grupo experimental aumentaron las preferencias avaladas por las recomendaciones y evidencia científica como los pujos espontáneos y elegir la postura del parto independientemente del uso de la epidural y realizar un clampaje tardío del cordón umbilical (227,308). Estos resultados concuerdan con un estudio que muestra que actividades estandarizadas individualizadas junto con material escrito pueden producir cambios en las intenciones y actitudes respecto a la práctica habitual (309).

6.4.5. Sobre la efectividad de la intervención con la información recibida, el grado de utilidad del plan de nacimiento en la toma de decisiones y la intención de uso del plan de nacimiento en siguiente gestación

El porcentaje de mujeres que expresó que recibió suficiente información sobre el parto durante el embarazo fue elevado (alrededor del 95% en los dos grupos) siendo superior al estudio realizado en el año 2016 por el Departamento de Salud de Cataluña, que fue del 67% (34), que difiere con un estudio llevado a cabo en Eslovaquia, en el cual el 68,1% de las mujeres expresaron que no recibieron suficiente información (86). Este alto porcentaje puede ser explicado porque todas las mujeres de nuestra investigación recibieron un asesoramiento individualizado basado en la toma de decisiones o según práctica habitual y estaría en consonancia con el estudio de Camacho-Morell y Esparcia, (27) que expresa que las matronas son profesionales clave en el asesoramiento de las mujeres. Además, en los dos grupos se les entregó el PN y este se considera un elemento favorecedor de la comunicación y la transmisión de la información.

El grado de utilidad del PN para la toma de decisiones sobre el parto fue similar en los dos grupos. La intención de las mujeres de utilizar el plan nacimiento en el siguiente embarazo fue elevada y similar en los dos grupos, este resultado es consistente con el estudio de Pennell y col, (199). No debemos olvidar el carácter multifactorial del proceso de la toma de decisiones como por ejemplo las experiencias previas (48,57) sobre el parto o que algunas mujeres piensan que el PN no encaja con la imprevisibilidad del parto (196) y esto pudo influir en la efectividad de la intervención.

6.4.6. Factores relacionados. Entrega del plan de nacimiento y resultados obstétricos y la satisfacción con la experiencia del parto. Fase II

Las mujeres que presentaron el PN combinaron con mayor frecuencia métodos no farmacológicos, aunque la mayoría utilizaron la analgesia epidural. Este resultado difiere del estudio de Afshar y col, (203), en el que el uso de analgesia epidural fue menor entre las mujeres con plan de nacimiento, pero es similar a otro estudio realizado en España (211). Asimismo, presentar el PN también se asoció con una mayor probabilidad de utilizar métodos combinados no farmacológicos y farmacológicos para el dolor e iniciar el contacto temprano piel con piel. Estos resultados difieren de otro estudio (305) pero son consistentes con el estudio de Suarez y col (205) en el que las mujeres con PN realizaron piel con piel con mayor frecuencia.

La satisfacción del parto fue similar entre las mujeres que presentaron el PN y las que no. Este hallazgo es similar al estudio de Jolles y col (204) pero difiere del estudio Afshar y col, (203) en que las mujeres que utilizaron el plan de parto expresaron una satisfacción significativamente menor.

7. FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Fortalezas y limitaciones del estudio

A continuación, se expresan las fortalezas y limitaciones según las fases de estudio.

Fase I.I Objetivo: “Determinar la prevalencia de la actividad educativa sobre el plan de nacimiento, que realizan las matronas en el control prenatal de las mujeres gestantes e identificar los factores relacionados a la realización de esta actividad educativa”.

Según la bibliografía consultada, es el primer estudio realizado con un diseño multicéntrico realizado en España que aborda esta cuestión. Su fortaleza principal es el tamaño muestral estudiado; lo que nos ha permitido obtener resultados relevantes sobre una de las competencias que realizan las matronas en referencia al plan de nacimiento.

Por otro lado, se han detectado algunas limitaciones. La muestra analizada fue sensiblemente inferior al número de los procesos de embarazos atendidos en los ASSIR estudiados. La causa fue el infraregistro de las matronas en la historia clínica, ya que ésta fue la fuente de la información. Este estudio ha evaluado la actividad educativa de las matronas a partir del registro que efectuaron en la historia clínica, pero no ha permitido evaluar de forma detallada las deficiencias o las ventajas atribuibles a los resultados (310).

Fase I. II. Objetivo “Identificar la prevalencia de entrega del plan de nacimiento de las mujeres gestantes en cinco hospitales de Cataluña”.

Tal y como se ha especificado anteriormente, el carácter multicéntrico del estudio ha permitido obtener una imagen relevante sobre la situación de la entrega del PN en el hospital por parte de las mujeres en Cataluña, así como los motivos por los cuales este no es entregado.

Otra fortaleza del estudio, hasta donde sabemos, es que es el primer estudio que describe la relación entre la entrega del PN y el uso de los métodos de alivio del dolor no farmacológicos entre las mujeres que entregan el plan de nacimiento.

Entre las limitaciones se encuentran, en primer lugar, el posible sesgo de memoria en las mujeres al recopilar la información dentro de las primeras seis semanas después del nacimiento (311). En segundo lugar, la exclusión de mujeres con dificultades para comprender el idioma hace que no sepamos si el uso de los planes de nacimiento y los

motivos de entrega en estas mujeres es similar al resto de mujeres. Finalmente, otra posible limitación es que la información obtenida fue recogida por las matronas de los ASSIR, ya que no se ha desarrollado un sistema de registro hospitalario unificado sobre el uso del plan de nacimiento.

Fase II. Objetivos “Evaluar la efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento, basado en la “toma de decisiones compartida” en mujeres gestantes, en relación con la entrega del plan de nacimiento en el hospital, recibir información suficiente en la gestación sobre el parto y el grado de satisfacción con la experiencia del parto y las preferencias sobre los cuidados concernientes al parto respecto al asesoramiento habitual.

De la bibliografía consultada se desprende que este estudio es pionero en plantear una estrategia de asesoramiento para profesionales y mujeres embarazadas que permite abordar y discutir los planes de nacimiento basado en la TDC.

Entre los atributos que definen el modelo de atención de matrona según la ICM se encuentra la participación de las mujeres en la toma de decisiones y el enfoque de colaboración entre a la matrona y la mujer en dicho proceso (12). Los PN se plantearon con el objetivo de estimular la participación de las mujeres sobre temas relacionados con el parto y este estudio ha pretendido dar respuestas sobre la efectividad de una intervención desde la perspectiva de la TDC.

Pensamos que la originalidad del estudio es una de sus fortalezas ya que ha aportado información notable hasta ahora desconocida sobre la efectividad de actividades de asesoramiento y abre numerosos campos de estudio. Además, ha permitido conocer las preferencias de las mujeres respecto al parto.

El diseño, con la aleatorización de los centros, es otra de sus fortalezas dado que ha garantizado que no se produjera la contaminación de la información entre las matronas y las mujeres. Además, merced a los resultados preliminares de la fase I. II se pudo calcular el tamaño de la muestra en referencia a la entrega del plan de nacimiento de nuestro ámbito; lo que ha evitado tener que recurrir a datos de otros países con características sanitarias organizativas diferentes.

Entre las limitaciones, cabe mencionar algunas diferencias de las características sociodemográficas entre las mujeres del grupo control y experimental. Esto ha podido influir en la validez del estudio por sesgo de selección al ser los grupos parcialmente comparables (229). Sin embargo, en el análisis multivariante no se encontró ninguna relación. Otra limitación es el alto porcentaje de pérdidas en el análisis de la satisfacción del parto debido a que la escala MCSRS (92) se validó para mujeres con parto vaginal.

La formación de las matronas del grupo experimental se diseñó cuidadosamente, pero pudo producirse variabilidad entre las profesionales. Tal como se ha comentado previamente, la intervención de asesoramiento de PN a las matronas solo se realizó entre las de atención primaria y no en las matronas de los hospitales, lo que ha disminuido el impacto en los resultados de la entrega del PN en el hospital. En referencia a la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto, en este trabajo no se ha evaluado el cumplimiento de las preferencias indicadas en el PN, aspecto que la bibliografía reporta como un elemento que puede influir en la satisfacción de las mujeres (79,92,293).

8. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA E INVESTIGACIÓN

8.1. Implicaciones para la práctica clínica

Los resultados de esta investigación han mostrado la variabilidad que existe, entre los centros, en la realización de la actividad educativa de las matronas a las mujeres gestantes sobre el plan de nacimiento, ha cuantificado el porcentaje de mujeres que entregan el plan de nacimiento en el hospital y los motivos principales por los que estos no son entregados.

De los resultados obtenidos de la fase descriptiva se deberían establecer aspectos de mejora para disminuir la variabilidad entre centros para recibir la actividad educativa del PN en el control prenatal, así como en la entrega del plan de nacimiento en el hospital, el cual garantice que las mujeres, independientemente de las características obstétricas, reciban equitativamente información sobre los aspectos relacionados del parto y alivio del dolor. Por ello, deben mejorarse los registros en las historias clínicas de atención primaria y hospitalaria que permita hacer evaluaciones periódicas y permita desarrollar indicadores globales sobre el plan de nacimiento. Los registros informáticos deberían reflejar el proceso de la elaboración del plan de nacimiento como, por ejemplo: la entrega del PN del profesional a la mujer, la discusión del PN, el registro de aspectos cualitativos concernientes durante la discusión del PN con la mujer y la elaboración final de este.

Por otro lado, se debe realizar formación a las matronas para disminuir las barreras comunicativas en aquellas mujeres que presentan un riesgo obstétrico muy alto, así como adaptar los planes de nacimiento para mejorar la participación de estas mujeres en la toma de decisiones según las características obstétricas y personales específicas.

Además, es necesario, establecer circuitos que mejoren la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Tanto en atención primaria como en el hospital debe garantizarse la utilización de los PN. Asimismo, las matronas del hospital deberían solicitarlo a las mujeres de forma rutinaria, para que, de esta manera, poder discutir su contenido con la mujer. También, los hospitales deberían ofrecer los métodos no farmacológicos además de los farmacológicos ya que en este estudio se objetiva que las mujeres desean utilizar métodos no farmacológicos y combinarlos con la analgesia epidural.

Este estudio también ha permitido conocer las preferencias que las mujeres expresan en los PN y ha abordado la efectividad de una intervención de asesoramiento sobre el PN. Por

todo ello, este estudio puede aportar mejoras en la práctica clínica con el objetivo de favorecer la participación de las mujeres en la toma de decisiones.

Respecto a la efectividad de la intervención abordada en este trabajo se desprende, al igual que en otros estudios (108), la necesidad de un abordaje desde diferentes ámbitos y niveles y adoptar acciones multidisciplinarias, las cuales deben promulgarse desde el Departamento de Salud junto con las direcciones asistenciales de los diferentes proveedores. De esta manera las recomendaciones que proponemos son: actividades formativas dirigidas a los profesionales para aumentar su sensibilidad en los aspectos relacionados con la participación de las mujeres en la toma de decisiones, además de realizar formación conjunta a las matronas de atención primaria y del hospital para ofrecer una asistencia clínica basada en la toma de decisiones compartida y mejorar el *continuum* asistencial en este aspecto.

La intervención de asesoramiento basado en la TDC junto con el díptico informativo basado en las recomendaciones sobre aspectos relacionados con el parto cambió las preferencias del plan de nacimiento de las mujeres, especialmente las relacionadas con los métodos de alivio del dolor y el recién nacido, por lo que se deberían incorporar por parte de las matronas actividades individualizadas de asesoramiento de forma rutinaria en el control prenatal, sumado a las actividades grupales.

8.2. Implicaciones para la investigación

De los resultados obtenidos de la fase descriptiva se ha observado la necesidad de comprender mejor el uso del plan de nacimiento en nuestro ámbito desde la perspectiva de las mujeres y de los profesionales. Sería conveniente realizar investigaciones con metodología cualitativa que permita profundizar sobre la opinión y aceptabilidad de los PN por parte de las mujeres y profesionales.

Además, se deberían diseñar estudios con un mayor tamaño muestral que pudiesen aportar más evidencia sobre la influencia que tiene el PN en la satisfacción y en los aspectos clínicos de las mujeres y sus recién nacidos. Los aspectos sobre la influencia de los PN en el conflicto decisional, el miedo, ansiedad y la congruencia con la elección deberían ser abordados en investigaciones futuras.

La variabilidad observada entre las mujeres que reciben la actividad educativa del PN durante el control prenatal y la entrega del PN en los hospitales abre líneas de investigación que favorezcan identificar los elementos que influyen en esta inequidad. Por ello se propone realizar estudios de diseño mixto en los que grupos de mujeres y profesionales expresen su opinión sobre los resultados obtenidos.

Del mismo modo puede plantearse investigaciones dirigidas a evaluar los servicios asistenciales prestados y el impacto de las estrategias relacionadas con la continuidad asistencial en el plan de nacimiento.

Sería también conveniente estudiar el uso de los PN en mujeres con barrera idiomática o con características específicas.

La fase experimental, ha permitido aportar más conocimiento, sobre la efectividad de una intervención de asesoramiento en el PN. Sin embargo, es necesario realizar más estudios que aborden los siguientes aspectos:

- Investigar nuevas intervenciones de asesoramiento abordadas de forma transversal entre atención primaria y hospital en términos de satisfacción de las mujeres, aceptabilidad por parte de las mujeres y los profesionales y de coste-efectividad.
- Evaluar la implementación de las herramientas de toma de decisiones compartida sobre el plan de nacimiento y también con la incorporación de herramientas digitales.
- Investigar sobre qué aspectos favorecen o limitan el asesoramiento basado en la TDC como por ejemplo el impacto que tiene en la duración de las consultas.
- Evaluar las capacidades de las matronas en el asesoramiento del PN basado en la TDC.
- Evaluar la implicación de las mujeres en la toma de decisiones durante el asesoramiento del PN, así como su satisfacción durante el proceso de la TDC.

9. CONCLUSIONES

Las conclusiones se especifican según los objetivos planteados.

Para el objetivo “Determinar la prevalencia de la actividad educativa sobre el plan de nacimiento, que realizan las matronas en el control prenatal de las mujeres gestantes e identificar los factores relacionados a la realización de esta actividad educativa”

1. La prevalencia de realización de la actividad educativa, por parte de las matronas, sobre el plan de nacimiento es elevada, ya que más de tres cuartas partes de las mujeres la recibieron.
2. Cerca de dos tercios de las mujeres recibieron la actividad educativa a partir de las 24 semanas de gestación y los resultados muestran una gran variabilidad según centros.
3. Los centros que muestran una mayor prevalencia de la actividad educativa sobre el plan de nacimiento efectúan con menor frecuencia la actividad educativa sobre el plan de nacimiento en el periodo indicado (>24 SG).
4. Los factores que están asociados a recibir la actividad educativa sobre el plan de nacimiento fueron tener un menor número de partos y haber realizado el control prenatal en un centro determinado. En cambio, presentar un nivel de riesgo obstétrico “muy alto” se asoció a no recibir la actividad educativa.
5. Los factores que están asociados a la no realización de la actividad educativa sobre el plan de nacimiento en el periodo indicado (>24 SG) fueron tener un nivel de riesgo obstétrico “muy alto” y haber realizado el control prenatal en un centro determinado.

Para el objetivo “Identificar la prevalencia del plan de nacimiento de las mujeres gestantes en cinco hospitales de Cataluña”.

6. La mitad de las mujeres que rellenaron el plan de nacimiento lo entregaron en el hospital y el motivo principal por el cual las mujeres no lo entregaron fue porque los profesionales no se lo solicitaron.
7. No se observó ninguna relación entre las características sociodemográficas y obstétricas con la entrega del plan de nacimiento.
8. Las mujeres que entregaron el plan de nacimiento iniciaron con mayor frecuencia la lactancia materna en sala de partos.

9. El método para el alivio del dolor más utilizado fue la analgesia epidural y las mujeres que presentaron el plan de nacimiento utilizaron más los métodos de alivio del dolor no farmacológicos que las mujeres que no lo entregaron.

Para los siguientes objetivos del ensayo clínico:

“Evaluar la efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento, basado en la “toma de decisiones compartida” en mujeres gestantes, en relación con la entrega del plan de nacimiento en el hospital, recibir información suficiente en la gestación sobre el parto la y el grado de satisfacción con la experiencia del parto respecto al asesoramiento habitual”

“Evaluar la efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento, basado en la “toma de decisiones compartida” en mujeres gestantes, en relación con las preferencias sobre los cuidados concernientes al parto, respecto asesoramiento habitual”

10. La intervención de asesoramiento basada en la toma de decisiones compartida no fue efectiva para aumentar la entrega del plan de nacimiento en el hospital.
11. El grado de satisfacción con la experiencia del parto fue elevada y similar en ambos grupos.
12. La información recibida sobre el parto, el grado de utilidad de la elaboración del plan de nacimiento para la toma de decisiones y la intención de uso del plan de nacimiento en siguientes gestaciones fueron elevadas y similares en ambos grupos.
13. Las mujeres que recibieron el asesoramiento basado en la toma de decisiones compartida presentaron un mayor inicio de lactancia materna en sala de partos.
14. El asesoramiento basado en la toma en la toma decisiones compartida influyó en una menor utilización de la analgesia epidural y un mayor uso de los métodos no farmacológicos; así como en la combinación de métodos farmacológicos y no farmacológicos para el alivio del dolor.
15. La probabilidad de no entregar el plan de nacimiento fue mayor en las mujeres del grupo experimental.

16. Las mujeres que entregaron el plan de nacimiento tuvieron el doble de probabilidades de combinar métodos farmacológicos y no farmacológicos y realizar el contacto precoz piel con piel.
17. La intervención de asesoramiento basada en la toma de decisiones contribuyó en el cambio de las preferencias sobre los aspectos relacionados con el parto que constan en los planes de nacimiento.

10. BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

1. Pope R, Graham L, Patel S. Woman-centred care. *Int J Nurs Stud.* 2001;38(2):227-38.
2. The Health Foundation. Person-centred care made simple. What everyone should know about person-centred care. London: The Health Foundation;2016.
3. Jade B. Her Choice, Her Voice: An exploration of Women Centred Health Care. [Tesis en Internet]. Windsor: University of Windsor;2012. [acceso: 20 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://scholar.uwindsor.ca/etd/>
4. House of Commons Health Committee. Second Report on Maternity Services (Winterton Report). London: HMSO; 1992.
5. Department of Health. Changing Childbirth: Part I: Report of the Expert Maternity Group. (Cumberledge Report). London: HMSO; 1993.
6. Health Committee of British House of Commons. Choice in Maternity Services. Ninth Report of Session 2002-3. [Internet]. London: Health Committee of British House of Commons; 2003. [acceso: 20 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.parliament.uk/>
7. Crepinsek M, Bell R, Graham I, Coutts R. Towards a conceptualisation of woman centred care - A global review of professional standards. *Women Birth.* 2021: S1871-5192(21)00034-2.
8. Maputle MS, Donavon H. Woman-centred care in childbirth: A concept analysis (Part 1). *Curationis.* 2013;36(1):E1-8.
9. Fontein-Kuipers Y, de Groot R, van Staa A. Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *Eur J Midwifery.* 2018;2:5.
10. Davison C. Woman-centred care. *British Journal of Midwifery.* 2021; 29 (5):246.
11. Morgan L. Conceptualizing Woman-Centred Care in Midwifery. *CJMRP.* 2015; 14 (1):8-15.
12. International Confederation of Midwives. Filosofía y Modelos de cuidados de Matrona. [Internet]. Praga: International Confederation of Midwives;2014. [acceso: 20 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.internationalmidwives.org/>
13. Petit-Steeghs V, Lips SR, Schuitmaker-Warnaar TJ, Broerse JEW. Client-centred maternity care from women's perspectives: Need for responsiveness. *Midwifery.* 2019;74:76-83.
14. Lundgren I, Berg M, Nilsson C, Olafsdottir OA. Health professionals' perceptions of a midwifery model of woman-centred care implemented on a hospital labour ward. *Women Birth.* 2020 ;33(1):60-9.
15. Fix GM, VanDeusen Lukas C, Bolton RE, Hill JN, Mueller N, LaVela SL et al. Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care. *Health Expect.* 2018;21(1):300-7.

16. Department of Health. Creating a better future together. National Maternity Strategy 2016-2026. [Internet]. Dublin (Ireland): Department of Health;2016. [acceso: 20 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.gov.ie/en/ /0ac5a8-national-maternity-strategy-creating-a-better-future-together-2016-2/>.
17. Royal College of Midwives. Standards for midwifery services in the UK. [Internet]. London: Royal College of Midwives; 2016. [acceso: 20 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.rcm.org.uk/>
18. Johnson M, Stewart H, Langdon R, Kelly P, Yong L. Women-centred care and caseload models of midwifery. *Collegian*. 2003;10(1):30-4.
19. Eri TS, Berg M, Dahl B, Gottfreðsdóttir H, Sommerseth E, Prinds C. Models for midwifery care: A mapping review. *Eur J Midwifery*. 2020;4:30.
20. Nursing and Midwifery Council. Standards of proficiency for midwives. [Internet]. London: Nursing and Midwifery Council;2019. [acceso: 21 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.nmc.org.uk/standards/standards-for-midwives/>
21. Bekker H, Thornton JG, Airey CM, Connelly JB, Hewison J, Robinson MB et al. Informed decision making: an annotated bibliography and systematic review. *Health Technol Assess*. 1999;3(1):1-156.
22. Regan M, McElroy KG, Moore K. Choice? Factors that influence women's decision making for childbirth. *J Perinat Educ*. 2013;22(3):171-80.
23. Chen SW, Hutchinson AM, Nagle C, Bucknall TK. Women's decision-making processes and the influences on their mode of birth following a previous caesarean section in Taiwan: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):31.
24. O'Brien D, Butler MM, Casey M. A participatory action research study exploring women's understandings of the concept of informed choice during pregnancy and childbirth in Ireland. *Midwifery*. 2017;46:1-7.
25. Biurrun A. La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol.[Tesis en Internet]. Barcelona: Universidad de Barcelona;2017. [acceso: 20 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/457137>.
26. Fenwick J, Hauck Y, Downie J, Butt J. The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery*. 2005;21(1):23-35.
27. Camacho-Morell F, Esparcia J. Influence and use of information sources about childbearing among Spanish pregnant women. *Women Birth*. 2020;33(4):367-76.

28. Hay SJ, McLachlan HL, Newton M, Forster DA, Shafiei T. Sources of information during pregnancy and the early parenting period: Exploring the views of women and their partners. *Midwifery*. 2022; 105:103236.
29. Ahmadian L, Khajouei R, Kamali S, Mirzaee M. Use of the Internet by pregnant women to seek information about pregnancy and childbirth. *Inform Health Soc Care*. 2020;45(4):385-95.
30. Rahmawati W, van der Pligt P, Willcox JC, Worsley AF. Sources of nutrition information for Indonesian women during pregnancy: how is information sought and provided? *Public Health Nutr*. 2021;24(12):3859-69.
31. Grimes HA, Forster DA, Newton MS. Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. *Midwifery*. 2014;30(1):e26-33.
32. Guerra-Reyes L, Christie VM, Prabhakar A, Siek KA. Mind the Gap: Assessing the disconnect between postpartum health information desired and health information received. *Womens Health Issues*. 2017;27(2):167-173.
33. López-Toribio M, Bravo P, Lluçà A. Exploring women's experiences of participation in shared decision-making during childbirth: a qualitative study at a reference hospital in Spain. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):631.
34. Servei Català de la Salut. Plan de encuestas de percepció, experiència y satisfacció de los usuarios del Servicio Catalán de la Salud (PLAENSA). Resultados globales 2019. Atención al embarazo, el parto y el puerperio. [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya;2019.
35. Care Quality Commission. 2019 Survey of women's experiences of maternity care: Statistical release. [Internet]. United Kingdom: National Health Services;2019. [acceso 20 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.cqc.org.uk/publications/surveys/maternity-services-survey-2019>
36. Lagan BM, Sinclair M, Kernohan WG. Internet use in pregnancy informs women's decision making: a web-based survey. *Birth*. 2010;37(2):106-15.
37. Huberty J, Dinkel D, Beets MW, Coleman J. Describing the use of the Internet for health, physical activity, and nutrition information in pregnant women. *Matern Child Health J*. 2013;17(8):1363-72.
38. Kavlak O, Atan SÜ, Güleç D, Oztürk R, Atay N. Pregnant women's use of the Internet in relation to their pregnancy in Izmir, Turkey. *Inform Health Soc Care*. 2012;37(4):253-63.
39. Lagan BM, Sinclair M, Kernohan WG. What is the impact of the Internet on decision-making in pregnancy? A global study. *Birth*. 2011;38(4):336-45.
40. Lupton D. The use and value of digital media for information about pregnancy and early motherhood: a focus group study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):171.

41. Departament de Salut. Embaràs, part i postpart. [Internet]. Barcelona. [acceso: 21 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/e/embaras-part-i-postpart/>
42. Institut Català de la Salut. Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva. ASSIR Barcelona. [Internet]. Barcelona. [acceso: 23 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://assirbarcelonaics.wordpress.com/>
43. Institut Català de la Salut. Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva. ASSIR Metropolitana Nord. [Internet]. Barcelona. [acceso: 23 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://assirmn.wordpress.com/>
44. Fundació Sanitaria Mollet. Tenir un fill. [Internet]. Mollet del Vallés. [acceso: 23 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.fsm.cat/web/continguts/includes/tenirunfill.html>
45. Fundació Medicina Fetal Barcelona (iNatal). [Internet]. Barcelona. [acceso: 23 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://inatal.org/>
46. Edmonds JK, Cwiertniewicz T, Stoll K. Childbirth Education prior to pregnancy? Survey findings of childbirth preferences and attitudes among young women. *J Perinat Educ.* 2015;24(2):93-101.
47. Stoll KH, Hauck YL, Hall WA. Home or hospital? Midwife or physician? Preferences for maternity care provider and place of birth among Western Australian students. *Women Birth.* 2016;29(1):e33-8.
48. Coates D, Thirukumar P, Spear V, Brown G, Henry A. What are women's mode of birth preferences and why? A systematic scoping review. *Women Birth.* 2020;33(4):323-33.
49. Fletcher BR, Rowe R, Hollowell J, Scanlon M, Hinton L, Rivero-Arias O. Exploring women's preferences for birth settings in England: A discrete choice experiment. *PLoS One.* 2019;14(4):e0215098.
50. Bringedal H, Aune I. Able to choose? Women's thoughts and experiences regarding informed choices during birth. *Midwifery.* 2019;77:123-129.
51. Torloni MR, Betrán AP, Montilla P, Scolaro E, Seuc A, Mazzoni A et al. Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:78.
52. Karlström A, Nystedt A, Johansson M, Hildingsson I. Behind the myth--few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery.* 2011; 27(5): 620-7.
53. Romero ST, Coulson CC, Galvin SL. Cesarean delivery on maternal request: a western North Carolina perspective. *Matern Child Health J.* 2012;16(3):725-34.

54. Loke AY, Davies L, Mak YW. Is it the decision of women to choose a cesarean section as the mode of birth? A review of literature on the views of stakeholders. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):286.
55. Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*. 2010;26(4):394-400.
56. Mazzone A, Althabe F, Gutierrez L, Gibbons L, Liu NH, Bonotti AM et al. Women's preferences and mode of delivery in public and private hospitals: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16:34.
57. Li WY, Liabsuetrakul T, Stray-Pedersen B. Change of childbirth preference after delivery among nulliparous Chinese women and their partners. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014;40(1):184-91.
58. Sparks TN, Yeaton-Massey A, Granados JM, Handler SJ, Meyer MR, Caughey AB. Preference toward future mode of delivery: how do antepartum preferences and prior delivery experience contribute? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2015;28(14):1673-8.
59. Jenabi E, Khazaei S, Bashirian S, Aghababaei S, Matinnia N. Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020;33(22):3867-72.
60. Hollowell J, Li Y, Malouf R, Buchanan J. Women's birth place preferences in the United Kingdom: a systematic review and narrative synthesis of the quantitative literature. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):213
61. National Health Services. Increasing the number of births at home and in midwifery led units: A best practice toolkit. London: National Health Services. Strategic Clinical Networks; 2019.
62. Hinton L, Dumelow C, Rowe R, Hollowell J. Birthplace choices: what are the information needs of women when choosing where to give birth in England? A qualitative study using online and face to face focus groups. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):12.
63. Naylor Smith J, Taylor B, Shaw K, Hewison A, Kenyon S. 'I didn't think you were allowed that, they didn't mention that.' A qualitative study exploring women's perceptions of home birth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):105.
64. Walsh D, Spiby H, McCourt C, Coleby D, Grigg C, Bishop S et al. Scanlon M. Factors influencing utilisation of 'free-standing' and 'alongside' midwifery units for low-risk births in England: a mixed-methods study. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2020.
65. McNutt A, Thornton T, Sizer P, Curley A, Clarke P. Opinions of UK perinatal health care professionals on home birth. *Midwifery*. 2014;30(7):839-46.
66. Miller AC, Shriver TE. Women's childbirth preferences and practices in the United States. *Soc Sci Med*. 2012;75(4):709-16.

67. Soriano-Vidal FJ, Vila-Candel R, Soriano-Martín PJ, Tejedor-Tornero A, Castro-Sánchez E. The effect of prenatal education classes on the birth expectations of Spanish women. *Midwifery*. 2018;60: 41-7.
68. Madden KL, Turnbull D, Cyna AM, Adelson P, Wilkinson C. Pain relief for childbirth: the preferences of pregnant women, midwives and obstetricians. *Women Birth*. 2013;26(1):33-40.
69. Westergren A, Edin K, Lindkvist M, Christianson M. Exploring the medicalisation of childbirth through women's preferences for and use of pain relief. *Women Birth*. 2021;34(2):e118-e12.
70. Van den Bussche E, Crombez G, Eccleston C, Sullivan MJ. Why women prefer epidural analgesia during childbirth: the role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing. *Eur J Pain*. 2007 ;11(3):275-82.
71. Organización Mundial de la Salud. Servicios sanitarios de calidad. [Internet]. [acceso: 23 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
72. Hulton L, Matthews Z, Stones W. A framework for the evaluation of quality care in maternity services. Southampton: University of Southampton; 2000.
73. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Amenta P. Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. *Perspect Public Health*. 2015;135(5):243-50.
74. Eriksen LR. Patient satisfaction with nursing care: concept clarification. *J Nurs Meas*. 1995;3(1):59-76.
75. Hills R, Kitchen S. Development of a model of patient satisfaction with physiotherapy. *Physiother Theory Pract*. 2007;23(5):255-71.
76. Bell AF, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*. 2016;39:112-23.
77. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med*. 2016;46(6):1121-34.
78. Cook N, Ayers S, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord*. 2018;225:18-31.
79. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*. 2004;46(2):212-9.
80. Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:81.
81. Universidad de Castilla la Mancha. Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario. 1ª ed. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha; 2021.

82. Molina Fernández I. Expectativas y satisfacción de las mujeres ante el parto. Diseño y eficacia de una intervención educativa como elemento de mejora. [Tesis en Internet]. Tarragona: Universidad Rovira i Virgili; 2014. [acceso: 20 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/306265>.
83. Cook K, Loomis C. The impact of choice and control on women's childbirth experiences. *J Perinat Educ*. 2012;21(3):158-68.
84. Lazzerini M, Mariani I, Semenzato C, Valente EP. Association between maternal satisfaction and other indicators of quality of care at childbirth: a cross-sectional study based on the WHO standards. *BMJ Open*. 2020;10(9):e037063.
85. Catala P, Peñacoba C, Carmona J, Marin D. Do maternal personality variables influence childbirth satisfaction? A longitudinal study in low-risk pregnancies. *Women Health*. 2020;60(2):197-211.
86. Mazúchová L, Kelčíková S, Štofaničková L, Kopincová J, Malinovská N, Grendár M. Satisfaction of Slovak women with psychosocial aspects of care during childbirth. *Midwifery*. 2020; 86:102711.
87. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N, Sarafraz N. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reprod Health*. 2018;15(1):73.
88. Rudman A, El-Khoury B, Waldenström U. Women's satisfaction with intrapartum care - a pattern approach. *J Adv Nurs*. 2007;59(5):474-87.
89. Molina-García L, Hidalgo-Ruiz M, Gálvez-Toro A, Aguilar-Puerta SC, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. The age at which a woman becomes a mother and her satisfaction with the process of pregnancy, childbirth, and the puerperium. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(2):82.
90. Atienzar-Martínez B, Roldán-Chicano MT, Rodríguez-Tello J, González Pérez A, Sevilla Hernández MG. Bienestar de la mujer durante el proceso de parto: comparación de dos herramientas de evaluación. *Matronas Prof*. 2019/2020: 20 (4)/21(1): 4-12.
91. Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2007;7:26.
92. Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carregui-Vilar S, Ibanez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escriba-Aguir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale *Gac Sanit*. 2012;26(3):236-42.
93. Caballero P, Delgado-García BE, Orts-Cortes I, Moncho J, Pereyra-Zamora P, Nolasco A. Validation of the Spanish version of Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:78.

94. Soriano-Vidal FJ, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, Congost-Maestre N, Dencker A, Richart-Martínez M. The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):372.
95. Rodríguez Coll P, Casañas R, Collado Palomares A, Maldonado Aubian G, Salgado Poveda MI, Espada-TresPalacios X et al. Validation and psychometric properties of the Spanish version of the questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *Sex Reprod Healthc*. 2021; 27:100584.
96. Vivanco L, Solís M, Magdaleno G, Rodríguez RM, Álvarez C, Millán I et al. Adaptación cultural y validación al español de la escala CONFORTS de satisfacción de las mujeres con los cuidados en el parto y puerperio. *Metas Enferm*. 2012;15 (2):18-26.
97. Pozo-Cano MD, Martín-Salvador A, Pérez-Morente MÁ, Martínez-García E, Luna Del Castillo JD, Gázquez-López M, Fernández-Castillo R, García-García I. Validation of the Women's Views of Birth Labor Satisfaction Questionnaire (WOMBLSQ4) in the Spanish Population. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):5582.
98. Rodríguez Coll P, Casañas R, Collado Palomares A, Maldonado Aubián G, Duran Muñoz F, Espada-Trespacios X, et al. Women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes comparison between two birth hospitals in Barcelona with different level of assistance and complexity. *Cent Eur J Nurs Midw* 2021;12(1):235–44.
99. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196(4286):129-36.
100. Borrell F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin*.2002;119(5):175-9.
101. Wade DT, Halligan PW. Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ*. 2004;329(7479):1398-401.
102. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992;267(16):2221-6.
103. Piperberg M. Modelos de relación asistencial: vulnerabilidad y autonomía. En: Boladeras M. Goberna J. Bioética de la maternidad, humanización, comunicación y entorno sanitario. 1ª ed. Barcelona; Universitat de Barcelona; 2016.p101-11.
104. Mendoza F. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2017;63(4):555-64.
105. Louw JM, Marcus TS, Hugo JFM. Patient- or person-centred practice in medicine? - A review of concepts. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2017;9(1):e1-e7.

106. Peralta L. La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención primaria. [Tesis en Internet]. Santander: Universidad de Cantabria. [acceso: 04 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/10705>.
107. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 2012;27(10):1361-7.
108. Elwyn G, Frosch DL, Kobrin S. Implementing shared decision-making: consider all the consequences. *Implement Sci.* 2016;11:4.
109. Weston WW. Informed and shared decision-making: the crux of patient-centered care. *CMAJ.* 2001;165(4):438-9.
110. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns.* 2006; 60(3):301-12.
111. Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ.* 2010; 341:c5146.
112. Coulter A, Collins A. Making shared decision making a reality: No decision about me, without me. London: The King's Fund; 2011.
113. Ciapponi A. Toma de decisiones compartida. *Evid Act Amb.* 2012; 15(1):2-4.
114. National Health Service. Share decision making. National Health Service. [Internet]. [acceso: 04 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/shared%20decision%20making/>
115. National Institute for Health and Care Excellence. Guideline babies, children, and young people's experience of healthcare. [Internet]. [acceso: 22 de diciembre de 2021] Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng204/resources/babies-children-and-young-peoples-experience-of-healthcare-pdf-66143714734789>
116. Sherman KA, Kilby CJ, Shaw LK, Winch C, Kirk J, Tucker K, Elder E. Facilitating decision-making in women undergoing genetic testing for hereditary breast cancer: BRECONDA randomized controlled trial results. *Breast.* 2017; 36:79-85.
117. Elwyn G. Shared decision making: What is the work? *Patient Educ Couns.* 2021;104(7):1591-5.
118. Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Making.* 2015;35(1):114-31.
119. De Silva D. Evidence: Helping people help themselves. London: The Health Foundation; 2011.
120. Stalnikowicz R, Brezis M. Meaningful shared decision-making: complex process demanding cognitive and emotional skills. *J Eval Clin Pract.* 2020;26(2):431-8.

121. Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, Turcotte S, Kryworuchko J, Graham ID et al. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;7(7):CD006732.
122. Say RE, Thomson R. The importance of patient preferences in treatment decisions--challenges for doctors. *BMJ.* 2003;327(7414):542-5.
123. Trevena LJ, Davey HM, Barratt A, Butow P, Caldwell P. A systematic review on communicating with patients about evidence. *J Eval Clin Pract.* 2006;12(1):13-23.
124. Fossli Jensen B, Gulbrandsen P, Dahl FA, Krupat E, Frankel RM, Finset A. Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22153332). *Patient Educ Couns.* 2011;84(2):163-9.
125. Ampe S, Sevenants A, Smets T, Declercq A, Van Audenhove C. Advance care planning for nursing home residents with dementia: Influence of 'we DECide' on policy and practice. *Patient Educ Couns.* 2017;100(1):139-46.
126. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA.* 2004;291(19):2359-66.
127. Légaré F, Stacey D, Gagnon S, Dunn S, Pluye P, Frosch D et al. Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: a mixed methods study. *J Eval Clin Pract.* 2011 ;17(4):554-64.
128. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;4(4):CD001431.
129. International Patient Decision Aid Standards (IPDAS). Criteria for judging the quality of patient decisions aids. [Internet]. [acceso: 15 de noviembre de 2021] Disponible en: <http://www.ipdas.ohri.ca/resources.html>
130. Kennedy K, Adelson P, Fleet J, Steen M, McKellar L, Eckert M et al. Shared decision aids in pregnancy care: A scoping review. *Midwifery.* 2020; 81:102589.
131. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 4(4):CD001431.
132. Hunter A, Devane D, Houghton C, Grealish A, Tully A, Smith V. Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017; 17(1):322.
133. Vlemmix F, Warendorf JK, Rosman AN, Kok M, Mol BW, Morris JM, Nassar N. Decision aids to improve informed decision-making in pregnancy care: a systematic review. *BJOG.* 2013; 120(3):257-66.

134. Megregian M, Emeis C, Nieuwenhuijze M. The Impact of shared decision-making in perinatal care: A Scoping Review. *J Midwifery Womens Health*. 2020; 65(6):777-88.
135. Dugas M, Shorten A, Dubé E, Wassef M, Bujold E, Chaillet N. Decision aid tools to support women's decision making in pregnancy and birth: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2012;74(12):1968-78.
136. Poprzeczny AJ, Stocking K, Showell M, Duffy JMN. Patient decision aids to facilitate shared decision making in Obstetrics and Gynecology: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2020;135(2):444-51.
137. Horey D, Kealy M, Davey MA, Small R, Crowther CA. Interventions for supporting pregnant women's decision-making about mode of birth after a caesarean. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(7):CD010041.
138. Reyes-Lacalle A, Montero-Pons L, Manresa-Domínguez JM, Cabedo-Ferreiro R, Seguranyes G, Falguera-Puig G. Perinatal contraceptive counselling: Effectiveness of a reinforcement intervention on top of standard clinical practice. *Midwifery*. 2020; 83:102631.
139. Hanprasertpong T, Rattanaprueksachart R, Janwadee S, Geater A, Kor-anantakul O, Suwanrath C et al. Comparison of the effectiveness of different counseling methods before second trimester genetic amniocentesis in Thailand. *Prenat Diagn*. 2013; 33(12):1189-93.
140. O'Cathain A, Walters SJ, Nicholl JP, Thomas KJ, Kirkham M. Use of evidence-based leaflets to promote informed choice in maternity care: randomised controlled trial in everyday practice. *BMJ*. 2002; 324(7338):643.
141. Cheng WJ, Hung KC, Ho CH, Yu CH, Chen YC, Wu MP et al. Satisfaction in parturients receiving epidural analgesia after prenatal shared decision-making intervention: a prospective, before-and-after cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20(1):413.
142. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE, No.102 (29 abril 1986)
143. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE, No.128, (23 mayo 2003).
144. Vilar-Rodríguez M, Pons-Pons J. La construcción de la red pública de los hospitales y ambulatorios de España, 1880-1960. *Asociación española de historia económica*; 2016.
145. González J, Fernández B, Gómez J. Historia del alivio del dolor del parto en España. *An Real Acad Med Cir Vall*. 2015; 52:71-84.
146. Ministerio de Sanidad. Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. [acceso 15 de enero de 2022]. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf

147. Instituto Nacional de Estadística. Partos según residencia de la madre por Comunidad Autónoma, madurez, tamaño de los municipios y capital, normalidad del parto y asistencia sanitaria. [Internet]. Madrid. [acceso: 15 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?tpx=50549#!tabs-grafico>
148. Instituto de Estadística de Cataluña. Tasa bruta de mortalidad infantil. [Internet]. Barcelona. [acceso: 15 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=ue&n=10092&lang=es>
149. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
150. Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. [Internet]. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. [acceso: 15 de noviembre de 2021]. Disponible en: www.europeristat.com
151. Recio A. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. Dilemata, 2015;(18): 13-26.
152. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Organización Mundial de la Salud; 2015. [acceso: 20 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
153. Decreto 283/1990, de 21 de noviembre, por el que se crea el Programa sanitario de atención a la mujer y se establecen normas para la vinculación a este Programa de los profesionales sanitarios implicados. [Internet]. [acceso: 15 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://dogc.gencat.cat/es/document-del-dogc/index.html?documentId=48825>
154. Decreto 284/2004, de 11 de mayo, por el que se dictan normas complementarias relativas a la especialidad de obstetricia y ginecología en el ámbito del Instituto Catalán de la Salud, y para el desarrollo y organización del Programa de atención a la salud sexual y reproductiva en el ámbito de este mismo organismo. [Internet]. [acceso: 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://dogc.gencat.cat/es/inici/resultats/>
155. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció Maternoinfantil als Hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública a Catalunya. 1ed. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació; 2008.

156. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla Estratègic d'Ordenació de Serveis de l'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva. 1ed. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació;2007.
157. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Oferta d'atenció natural al part normal, 2013.[Internet]. [acceso: 15 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/A-Z/E/embaras_part_i_postpart/documents/arxius/hospitals_part_natural_2013.pdf
158. Espada-Trespalacios X, Ojeda F, Nebot Rodrigo N, Rodriguez-Biosca A, Rodriguez Coll P, Martin-Arribas A, Escuriet R. Induction of labour as compared with spontaneous labour in low-risk women: A multicenter study in Catalonia. *Sex Reprod Healthc.* 2021; 29:100648.
159. Escuriet R, Puejo MJ, García-Lausin L, Obregón N, Pérez-Botella M, López JM et al. Vaginal delivery care, episiotomy performance and examination of severe perineal tears: Cross-Sectional Study in 43 Public Hospitals. *Obstet Gynecol Int J.* 2017; 7(6): 00270.
160. Carrillo-Aguirre G, Dalmau-Bueno A, Campillo-Artero C, García-Altés A. Caesarean section trends in Catalonia between 2013 and 2017 based on the Robson classification system: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2020; 15(6):e0234727.
161. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Indicadors de Salut Perinatal a Catalunya. 1ed. Barcelona: Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut; 2019.
162. Garcia-Lausin L, Perez-Botella M, Duran X, Mamblona-Vicente MF, Gutierrez-Martin MJ, Gómez de Enterría-Cuesta E et al. Relation between length of exposure to epidural analgesia during labour and birth mode. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16(16):2928.
163. Alcaraz-Vidal L, Escuriet R, Sàrries Zgonc I, Robleda G. Planned homebirth in Catalonia (Spain): A descriptive study. *Midwifery.* 2021; 98:102977.
164. Coxon K. Birth place decisions: Information for women and partners on planning where to give birth. A resource for women and clinicians. London: King's College London; 2014.
165. International Confederation of Midwives. Essential competences for Midwifery practice. 2018 Update. [Internet]. International Confederation of Midwives; 2019. [acceso: 2 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/education/education-resources/>
166. International Confederation of Midwives. ICM Global standards for midwifery education. [Internet]. International Confederation of Midwives; 2021. [acceso: 25 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/education/education-resources/>

167. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014 ;384(9948):1129-45. Erratum in: *Lancet*. 2014 Sep 20;384(9948):1098.
168. Nove A, Friberg IK, de Bernis L, McConville F, Moran AC, Najjemba M et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. *Lancet Glob Health*. 2021;9(1):e24-e32.
169. Fondo de Población de las Naciones Unidas. El estado de las matronas en el mundo 2021. [Internet]. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2021. [acceso: 25 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/sowmy-2021-pub>
170. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). BOE, No.129, (28 mayo 2009).
171. Departamento de Salud de Cataluña. Agencia de Salud Pública de Cataluña. Protocolo y seguimiento del embarazo. [Internet]. 3ª ed. Barcelona: Generalitat de Cataluña;2018. [acceso: 2 de julio de 2021].Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio_salut/Embaras-part-i-puerperi/Protocol-de-seguiment-de-lembaras/
172. Lothian J. Birth plans: the good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006; 35(2):295-303.
173. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Observatorio de Salud de las mujeres. Plan de parto y nacimiento.[Internet]. Madrid: Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [acceso: 22 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
174. Phillips CR. Family-Centered Maternity Care: Past, present, future. *Int J Childbirth Educ*. 1999; 14(4):6-11.
175. Goberna F. Dones i procreació: Ètica de les practiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement [Tesis en internet]. Barcelona: Universitat Barcelona; 2003. <https://www.thesisred.net/handle/10803/1762>.
176. Kitzinger S. Birth plans: Issues in Perinatal Care. 1992; 19(1):36-7.
177. Simkin P. Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. *Birth*. 2007;34(1):49-51.
178. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Observatorio de Salud de las mujeres. Informe sobre la Atención al parto y nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. Madrid:

- Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad;2012. [Internet]. [acceso: 20 de diciembre de 2021] . Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/A_InformeFinalEAP.htm.
179. Asociación del parto es nuestro. El parto es nuestro. [Internet]. [acceso: 20 de noviembre de 2021] . Disponible en: www.elpartoesnuestro.es
180. Associació catalana per un part respectat. Dona a llum- Associació catalana per un part respectat. [Internet]. [acceso: 20 de noviembre de 2020] . Disponible en: <https://www.donallum.org/>.
181. Way K. Effective Birth Plans. International Journal of Childbirth Education 1996.11(1):10-11.
182. 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, No.274, (15 noviembre 2002).
183. Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. BOE, No.11, (13 enero 2021).
184. Federación de Matronas de España. Iniciativa al parto normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007.
185. Federación de Matronas de España. Iniciativa al parto normal. Guía para madres y padres. Pamplona: Federación de Asociaciones de Matronas de España;2011.
186. Generalitat de Catalunya. Protocol per a l'assistència natural al part normal. 1ªed. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2007.
187. Generalitat de Catalunya. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. 3ªed. Barcelona: Departament de Salut; 2018.
188. Generalitat de Catalunya. Guia per a embarassades. 5ªed. Barcelona: Departament de Salut. Secretaria de Salut Pública;2018.
189. Comitè de bioètica de Catalunya. Humanizar y dignificar la atención durante el embarazo y el nacimiento: una mirada desde la bioética. [Internet]. Barcelona: Comitè de bioètica de Catalunya;2021.[acceso: 05 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/sistema-de-salut/el-sistema-de-salut-de-catalunya/ambits-dactuacio/comite-de-bioetica-de-catalunya/ambits-tematics/reproduccio-i-inici-de-la-vida/>.
190. Biescas H, Benet M, Pueyo MJ, Rubio A, Pla M, Pérez-Botella M et al. A critical review of the birth plan use in Catalonia. Sex Reprod Healthc. 2017; 13:41-50.
191. Pasqualotto VP, Riffel MJ, Moretto VL. Practices suggested in social media for birth plans. Rev Bras Enferm. 2020; 73(5):e20180847.

192. Moraes Carrilho J, Oliveira IJR, Santos D, Osanan GC, Cruz-Correia RJ, Reis ZSN. Pregnant users' perceptions of the birth plan interface in the "My Prenatal Care" App: Observational Validation Study. *JMIR Form Res.* 2019;3(1):e11374.
193. Radiotelevisión Española. Parir en el siglo XXI. Nota de prensa [Internet]. España;2020. [acceso: 05 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://lab.rtve.es/webdocs/parto-respetado/>.
194. Yarrington CD, Radoff K, Zera CA. Online birth plans and anticipatory guidance: A critical review using web analytics and crowdsourcing. *J Perinat Educ.* 2018;27(1):32-7.
195. Aragón M, Chhoa E, Dayan R, Kluftinger A, Lohn Z, Buhler K. Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35(11):979-85.
196. Divall B, Spiby H, Nolan M, Slade P. Plans, preferences or going with the flow: An online exploration of women's views and experiences of birth plans. *Midwifery.* 2017; 54:29-34.
197. Magoma M, Requejo J, Campbell O, Cousens S, Merialdi M, Filippi V. The effectiveness of birth plans in increasing use of skilled care at delivery and postnatal care in rural Tanzania: a cluster randomised trial. *Trop Med Int Health.* 2013;18(4):435-43.
198. Kuo SC, Lin KC, Hsu CH, Yang CC, Chang MY, Tsao CM, Lin LC. 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.* 2010;47(7):806-14.
199. Pennell A, Salo-Coombs V, Herring A, Spielman F, Fecho K. Anesthesia and analgesia-related preferences and outcomes of women who have birth plans. *J Midwifery Womens Health.* 2011;56(4):376-81.
200. Welsh JV, Symon AG. Unique and proforma birth plans: a qualitative exploration of midwives' experiences. *Midwifery.* 2014;30(7):885-91.
201. Grant R, Sueda A, Kaneshiro B. Expert opinion vs. patient perception of obstetrical outcomes in laboring women with birth plans. *J Reprod Med.* 2010;55(1-2):31-5.
202. Afshar Y, Mei J, Fahey J, Gregory KD. Birth plans and childbirth education: What are provider attitudes, beliefs, and practices? *J Perinat Educ.* 2019;28(1):10-8.
203. Afshar Y, Mei JY, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth plans-Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study. *Birth.* 2018;45(1):43-9.
204. Jolles MW, de Vries M, Hollander MH, van Dillen J. Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands. *Birth.* 2019;46(4):686-92.

205. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Use and influence of delivery and birth plans in the humanizing delivery process. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015; 23(3):520-6.
206. Hidalgo-Lopezosa P, Cubero-Luna AM, Jiménez-Ruz A, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA, López-Soto PJ. Association between birth plan use and maternal and neonatal outcomes in Southern Spain: A Case-Control Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(2):456.
207. Boadas N, Badosa E, Conejero L, Martí D, Martí R. El plan de nacimiento, según las madres, mejora el conocimiento del proceso de parto y la comunicación con las profesionales. *Matronas Prof*. 2017;18(4):125-32.
208. Deering MA, Heller J, McGaha K, Heaton J, Satin AJ. Patients presenting with birth plans in a military tertiary care hospital: a descriptive study of plans and outcomes. *Mil Med*. 2006; 171(8):778-80.
209. 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; 25(10):2055-7. Erratum in: *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013; 26(5):546.
210. Jones MH, Barik S, Mangune HH, Jones P, Gregory SJ, Spring JE. Do birth plan adversely affect the outcome of labour? *Br J Midwifery*. 1998 ;6(1):38-41.
211. 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;38(3):150-6.
212. Smoleniec JS, James DK. Does having a birth plan effect operative delivery rate?[Internet]. *J Obstet Gynaecol*. 2009 Jul 9; 12(6):394-7.[acceso 06 de diciembre 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/01443619209025940>
213. National Health Service. How make a birth plan. [Internet]. [acceso 06 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.nhs.uk/pregnancy/labour-and-birth/preparing-for-the-birth/how-to-make-a-birth-plan/>.
214. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017; 25:e2953.
215. Farahat AH, El Sayed Mohamed H, Elkader SA, El-Nemer A. Effect of implementing a birth plan on womens ' childbirth experiences and maternal & neonatal outcomes. [Internet]. *J Educ Pract*. 2015;6(6):24–32. [acceso 05 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1083654.pdf>

216. Mirghafourvand M, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Ghanbari-Homayi S, Jahangiry L, Nahae J, Hadian T. Effect of birth plans on childbirth experience: A systematic review. *Int J Nurs Pract.* 2019;25(4):e12722.
217. Lundgren I, Berg M, Lindmark G. Is the childbirth experience improved by a birth plan? *J Midwifery Womens Health.* 2003;48(5):322-8.
218. Mei JY, Afshar Y, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth.* 2016;43(2):144-50.
219. Kitzinger S. Professional issues. Birth plans: how are they being used? *Br J Midwifery.* 1999; 7(5):300-3.
220. Lothian JA. The birth plan revisited. *J Perinat Educ.* 2000; 9(2):viii-xi
221. Yam EA, 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.
222. Kaufman T. Evolution of the birth plan. *J Perinat Educ.* 2007; 16(3):47-52.
223. DeBaets AM. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *Am J Obstet Gynecol.* 2017; 216(1):31.e1-31.e4.
224. Generalitat de Catalunya. Preparació per al naixement. 1ªed. Barcelona: Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública;2009.
225. Martínez Bueno C. Avaluació de la implementació i desenvolupament del programa: Educació maternal/Preparació al naixement en els ASSIR de Catalunya. [Tesis]. Barcelona: Universitat Barcelona; 2018.
226. Martínez-Bueno C, Amorós-Martí P, Del Val-García JL, Burballa-Rived M, Icart-Isern MT. Evaluación de la implementación del programa de Preparación para el nacimiento en Cataluña: características de las matronas y fidelidad al programa. *Matronas Prof.* 2018; 19(4): 126-134.
227. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.
228. Afshar Y, Mei J, Gregory K. Birth Plans: Birth preferences or labor manifesto. [Internet]. *Gynecology & Obstetrics Case report.* 2016; 2(1):12. iMedPub [acceso 06 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://gynecology-obstetrics.imedpub.com/birth-plans-birth-preferences-or-labor-manifesto.php?aid=8656>
229. Argimón J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4ªed. Barcelona: Elsevier; 2013.
230. Quezada Lucio N. Estadística con SPSS 24.1ªed: Lima: Macro EIRL;2017.

231. Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE, No. 298, (14 diciembre 1999).
232. Marrugat J. Institut Hospital de Mar d'Investigació Mèdiques. Calculadora del tamaño muestral. Granmo. Versión 7.12; 2012.
233. IBM Corporation. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2016.
234. Servicio de Epidemiología. Epidat 4.0 Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Saúde Pública da Consellería de Sanidade; 2016
235. Escobar- Perez J, Cuervo- Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. Avances en medición. 2008; 6: 27–36.
236. Cochrane Library. Trusted evidence. Informed decisions. Better health. [Internet]. [acceso 20 de diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/>
237. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t);2010.
238. Generalitat de Catalunya. Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'atenció al part normal.1ªed. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya ;2013.
239. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth. [Internet]. [acceso: 22 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
240. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones con seres humanos. [Internet]. Francia: Asociación Médica Mundial,2013. [acceso 3 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net>
241. Diario Oficial de la Unión Europea. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).
242. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE, No 294, (06 diciembre 2018).
243. Icart T. Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona; 2012.
244. Dal-Re, R; Carné, X; Gracia, D; Lights and shadows in clinical research. Madrid: Triacastela; Víctor Grífols i Lucas Foundation; 2013.

245. Instituto Nacional de Estadística. Edad media a la maternidad por orden del nacimiento según nacionalidad (española/extranjera) de la madre. [Internet]. Madrid. [acceso 11 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1579#!tabs-tabla>
246. Instituto de Estadística de Cataluña. Población extranjera por municipios. [Internet]. Barcelona. [acceso 11 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.idescat.cat/poblacioextranjera/?b=6&t=2016_
247. Gol R. Avaluació del servei telefònic amb llevadora com a eina de suport durant la instauració de l'al·letament matern. [Tesis en internet]. Girona: Universitat de Girona; 2018. [acceso 11 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/666183>
248. Welch, L, Miller, L. Emotional and educational components of pregnancy. [Internet] Glob. libr. women's med.2018. [acceso, 07 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.3843/GLOWM.10415>
249. Institut Català de la Salut. Sistema d' Informació dels Serveis d'Atenció Primària. Estandar de qualitat assistencial de l'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR). [Internet]. Barcelona. [acceso 11 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://si9sapics.wordpress.com/2013/07/26/canvis-en-leqa-de-lassir/>
250. Lou S, Frumer M, Schlütter MM, Petersen OB, Vogel I, Nielsen CP. Experiences, and expectations in the first trimester of pregnancy: a qualitative study. *Health Expect.* 2017; 20(6):1320-29.
251. Sociedad Española de Ginecología y obstetricia. Protocolo aborto espontaneo. Madrid;2010.
252. Ammon Avalos L, Galindo C, Li DK. A systematic review to calculate background miscarriage rates using life table analysis. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2012; 94(6):417-23.
253. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Leduc N, Misago C. Humanized birth in high-risk pregnancy: barriers and facilitating factors. *Med Health Care Philos.* 2010; 13(1):49-58.
254. Harrison MJ, Kushner KE, Benzie K, Rempel G, Kimak C. Women's satisfaction with their involvement in health care decisions during a high-risk pregnancy. *Birth.* 2003; 30(2):109-15.
255. Munch S, McCoyd JLM, Curran L, Harmon C. Medically high-risk pregnancy: Women's perceptions of their relationships with health care providers. *Soc Work Health Care.* 2020; 59(1):20-45.
256. Instituto de Estadística de Cataluña. Edad media a la maternidad 2017. [Internet].Barcelona. [acceso 11 de diciembre de 2021]. Disponible: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=ue&n=10090&lang=es>
257. Instituto de Estadística de Cataluña. Nacidos vivos según edad y nacionalidad de la madre

- 2017.[Internet]. Barcelona. [acceso 12 de diciembre de 2021]. Disponible:
<https://www.idescat.cat/pub/?id=naix&n=6394&t=201700>
258. Instituto Nacional de Estadística. Nacimientos por relación con la actividad de la madre y relación con la actividad del padre.[Internet]. Madrid. [acceso 12 de diciembre de 2021]. Disponible en:
<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e301/nacim/a2019/&file=01020.px#!tabs-grafico>
259. Instituto Nacional de Estadística. Nivel de formación de la población adulta por grupos de edad. [Internet]. Madrid. [acceso 12 de diciembre de 2021]. Disponible en:
<https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=12726>
260. Instituto de estadística de Cataluña. Población extranjera por países en Santa Coloma de Gramanet 2017. [Internet]. Barcelona. [acceso 12 de diciembre 2021]. Disponible en:
<https://www.idescat.cat/poblacioextranjera/?geo=mun%3A082457&b=12&t=2017>
261. Martin-Arribas A, Escuriet R, Borràs-Santos A, Vila-Candel R, González-Blázquez C. A comparison between midwifery and obstetric care at birth in Spain: A cross-sectional study of perinatal outcomes. *Int J Nurs Stud.* 2021; 126:104129.
262. Carlton T, Callister LC, Christiaens G, Walker D. Labor and delivery nurses' perceptions of caring for childbearing women in nurse-managed birthing units. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2009; 34(1):50–6.
263. Whitford HM, Entwistle VA, van Teijlingen E, Aitchison PE, Davidson T, Humphrey T, Tucker JS. Use of a birth plan within woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in northeast Scotland. *Birth.* 2014; 41(3):283-9.
264. Instituto de Estadística de Cataluña. Partos según la edad de la madre y madurez 2018. [Internet]. Barcelona. [acceso 13 de diciembre de 2021]. Disponible en:
<https://www.idescat.cat/pub/?id=naix&n=54&t=201700indicadors>
265. Garcia-Lausin L, Perez-Botella M, Duran X, Rodríguez-Pradera S, Gutierrez-Martí MJ, Escuriet R. Relation between epidural analgesia and severe perineal laceration in childbearing women in Catalonia. *Midwifery.* 2019;70:76-83.
266. Escuriet R, Pueyo M, Biescas H, Colls C, Espiga I, White J et al. Obstetric interventions in two groups of hospitals in Catalonia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; 14:143.
267. Escuriet R, Pueyo MJ, Perez-Botella M, Espada X, Salgado I, Gómez A et al. Cross-sectional study comparing public and private hospitals in Catalonia: is the practice of routine episiotomy changing? *BMC Health Serv Res.* 2015; 15:95.

268. Abdulghani N, Edvardsson K, Amir LH. Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: A systematic review. *PLoS One*. 2018; 13(10):e0205696.
269. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Capturar el momento: Inicio temprano de la lactancia materna: El mejor comienzo para cada recién nacido. Nueva York: UNICEF; 2018.
270. Cabedo R, Manresa JM, Cambredó MV, Montero L, Reyes A, Gol R, Falguera G. Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. *Estudio LACTEM. Matronas Prof*. 2019; 20(2):54-61.
271. National Health Service. Pain relief in labour. [Internet]. [acceso 17 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.nhs.uk/pregnancy/labour-and-birth/what-happens/pain-relief-in-labour/>
272. Shiro M, Nakahata K, Minami S, Kawamata T, Ino K. Perinatal outcome of vaginal delivery with epidural analgesia initiated at the early or late phase of labor period: A retrospective cohort study in the Japanese population. *J Obstet Gynaecol Res*. 2018 ;44(8):1415-23.
273. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's preferences for childbirth experiences in the Republic of Ireland; a mixed methods study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):19.
274. Adams ED, Bianchi AL. A practical approach to labor support. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008;37(1):106–15.
275. Lindholm A, Hildingsson I. Women's preferences and received pain relief in childbirth - a prospective longitudinal study in a northern region of Sweden. *Sex Reprod Healthc*. 2015;6(2):74–81.
276. Almushait MA, Ghani RM. Perception toward non-pharmacological strategies in relieving labor pain: an analytical descriptive study. *J Nat Sci Res*. 2014; 4:5-12.
277. Muñoz-Sellés E, Vallès-Segalés A, Goberna-Tricas J. Use of alternative and complementary therapies in labor and delivery care: a cross-sectional study of midwives' training in Catalan hospitals accredited as centers for normal birth. *BMC Complement Altern Med*. 2013;13:318.
278. Cooper M, Warland J, McCutcheon H. Australian midwives' views and experiences of practice and politics related to water immersion for labour and birth: A web based survey. *Women Birth*. 2018;31(3):184-93.
279. Nicholls S, Hauck YL, Bayes S, Butt J. Exploring midwives' perception of confidence around facilitating water birth in Western Australia: A qualitative descriptive study. *Midwifery*. 2016;33:73-81
280. Münstedt K, Schroter C, Brüggmann D, Tinneberg HR, von Georgi R. Use of complementary and alternative medicine in departments of obstetrics in Germany. *Forsch Komplementmed*.

- 2009;16(2):111-6.
281. Czech I, Fuchs P, Fuchs A, Lorek M, Tobolska-Lorek D, Drosdzol-Cop A, et al. Pharmacological and non-pharmacological methods of labour pain relief establishment of effectiveness and comparison. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(12):2792.
 282. Borrelli S, Evans K, Pallotti P, Evans C, Eldridge J, Spiby H. Mixed-methods systematic review: childbearing women's views, experiences, and decision making related to epidural analgesia in labour. *J Adv Nurs*. 2020;76(12):3273–92.
 283. Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Duarte G, Quintana SM. Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial. *J Physiother*. 2018;64(1):33–40.
 284. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Informe de situación de las Matronas en España 2014. [Internet]. Madrid: Federación de Asociaciones de Matronas de España;2014. [acceso 15 de diciembre 2021]. Disponible en: <https://federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/informe-situacion-matronas-espana2014-mod3.pdf>
 285. Ayuntamiento de Barcelona. Estadística y difusión de datos. Nivel académico de la población femenina por distritos.[Internet]. Barcelona;2018. [acceso 15 de diciembre 2021].Disponible en:
https://ajuntament.barcelona.cat/estadistica/castella/Estadistiques_per_temes/Poblacio_i_demografia/Poblacio/Padro_municipal_habitants/a2018/nivi/nivi04.htm
 286. Garcia- Lausín, L. Análisis causal entre la utilización de analgesia epidural durante el parto (alivio del dolor) y las lesiones perineales". A-BIRTHPERFORM STUDY". [Tesis en Internet]. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra de Barcelona;2019. [acceso 15 de diciembre 2021].Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/668359#page=1>
 287. Martínez-Galiano JM, Delgado-Rodríguez M. Influence of an education program of pregnant women on delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2014; 27(7):719-23.
 288. Ricchi A, La Corte S, Molinazzi MT, Messina MP, Banchelli F, Neri I. Study of childbirth education classes and evaluation of their effectiveness. *Clin Ter*. 2020;170(1):e78-e86.
 289. Serçekuş P, Değirmenciler B, Özkan S. Internet use by pregnant women seeking childbirth information. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2021; 50(8):102144.
 290. Bjelke M, Martinsson AK, Lendahls L, Oscarsson M. Using the Internet as a source of information during pregnancy - A descriptive cross-sectional study in Sweden. *Midwifery*. 2016;40:187-91.
 291. Sidebotham M, Fenwick J, Rath S, Gamble J. Midwives' perceptions of their role within the

- context of maternity service reform: An Appreciative Inquiry. *Women Birth*. 2015; 28(2):112-20.
292. Nieuwenhuijze M, Leahy-Warren P. Women's empowerment in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *Midwifery*. 2019;78:1-7.
293. Christiaens W, Bracke P. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery*. 2009;25(2):e11-e19.
294. Cheng WJ, Hung KC, Ho CH, Yu CH, Chen YC, Wu MP et al. Satisfaction in parturients receiving epidural analgesia after prenatal shared decision-making intervention: a prospective, before-and-after cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):413.
295. Baijens SWE, Huppelschoten AG, Van Dillen J, Aarts JWM. Improving shared decision making in a clinical obstetric ward by using the three questions intervention, a pilot study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):283.
296. López-Mirones M, Alonso-Salcines A, Terán-Muñoz O, García-González C, Laurrieta-Saiz I, González-Maestro M. Satisfacción materna en el área de partos según la Escala Mackey. *Nuber Científ*. 2017;3(21): 36-43.
297. Shorten A, Shorten B, Keogh J, West S, Morris J. Making choices for childbirth: a randomized controlled trial of a decision-aid for informed birth after cesarean. *Birth*. 2005; 32(4):252-61.
298. Torigoe I, Shorten A. Using a pregnancy decision support program for women choosing birth after a previous caesarean in Japan: A mixed methods study. *Women Birth*. 2018;31(1):e9-e19.
299. Van Peperstraten A, Nelen W, Grol R, Zielhuis G, Adang E, Stalmeier P, et al. The effect of a multifaceted empowerment strategy on decision making about the number of embryos transferred in in vitro fertilisation: randomised controlled trial. *BMJ* 2010;341:c2501.
300. Zarifsanaiey N, Bagheri A, Jahanpour F, Nematollahi S, Azodi P. Effect of an Interactive training on choosing delivery method among primiparous pregnant Women: An Interventional Study. *Invest Educ Enferm*. 2020;38(1):e04.
301. Andaroon N, Kordi M, Kimiaee SA, Esmaeili H. The effect of individual counseling on attitudes and decisional conflict in the choice of delivery among nulliparous women. *J Educ Health Promot*. 2020;9:35.
302. Hyakutake MT, Han V, Cundiff GW, Baerg L, Koenig NA, Lee T et al. Pelvic Floor Health Education: Can a workshop enhance patient counseling during pregnancy? *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2016;22(5):336-9.
303. Munro SB, Hui A, Gemmell EA, Torabi N, Johnston AS, Janssen PA. Evaluation of an information pamphlet for women considering epidural analgesia in Labour. *J Obstet Gynaecol Can*. 2018;40(2):171-9.

304. Sitras V, Šaltytė Benth J, Eberhard-Gran M. Obstetric and psychological characteristics of women choosing epidural analgesia during labour: A cohort study. *PLoS One*. 2017; 12(10):e0186564.
305. López-Gimeno E, Falguera-Puig G, Vicente-Hernández MM, Angelet M, Garreta GV, Seguranyes G. Birth plan presentation to hospitals and its relation to obstetric outcomes and selected pain relief methods during childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021; 21(1):274.
306. Benet M, Escuriet R, Palomar-Ruiz L, Ruiz-Berdún D, Leon-Larios F. Women's agenda for the improvement of childbirth care: Evaluation of the Babies Born Better survey data set in Spain. *Birth*. 2020;47(4):365-77.
307. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and medicalization during birth. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;18(1):199.
308. Ceriani Cernadas JM. Timing of umbilical cord clamping of term infants. *Arch Argent Pediatr*. 2017; 115(2):188-194.
309. Otsuka-Ono H, Hori N, Ohta H, Uemura Y, Kamibeppu K. A childhood immunization education program for parents delivered during late pregnancy and one-month postpartum: a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19(1):798.
310. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care, 1966. *Milbank Q*. 2005; 83(4): 691-729.
311. Althubaiti A. Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods. *J Multidiscip Healthc*. 2016; 9:211 –7.

11. DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se especifica la difusión científica de los resultados de la presente investigación.

Publicación de artículos en revistas científicas

López-Gimeno E, Falguera-Puig G, Montero-Pons L, García-Martín I.M, Borràs-Reverter A, Seguranyes G. Actividad educativa sobre el plan de nacimiento en el control prenatal: factores relacionados. *Matronas Prof.*2018;19(4):117-124.

López-Gimeno E, Falguera-Puig G, Vicente-Hernández MM, Angelet M, Garreta GV, Seguranyes G. Birth plan presentation to hospitals and its relation to obstetric outcomes and selected pain relief methods during childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):274.

Editorial de la revista *Matronas Profesión.*

López-Gimeno, E. Incorporar la toma de decisiones compartida en nuestra práctica asistencial. *Matronas Prof.* 2019/2020;20(4)/21(1):3.

Artículo en fase de revisión y pendiente de aceptación en la revista PLOSONE.

López-Gimeno E, Seguranyes G, Hernández- Vicente M, Burgos Cubero L, Vázquez Garreta G, Falguera- Puig G. Effectiveness of birth plan counselling based on share decision making: a cluster randomized controlled trial (APLANT).

Comunicaciones orales

II Congreso de la Asociación Profesional de Matronas del Principado de Asturias (APROMAP), XVII Congreso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Celebrado del 4 al 6 de octubre de 2018. Oviedo.

López- Gimeno E, Falguera-Puig G, Montero-Pons L, García- Martín IM, Borràs-Reverter A, Seguranyes G. ¿Cuándo se realiza el plan de nacimiento en las gestantes y que factores influyen?

Jornada de Recerca Ajuts XB de la Gerencia Territorial de Barcelona del Institut Català de la Salut. Celebrado el 9 de abril de 2019.Barcelona.

López-Gimeno E. Efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento de mujeres gestantes.

XXIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. 23rd International Nursing Research Conference. Celebrado del 20 al 22 de noviembre de 2019. Barcelona.

López-Gimeno E, Falguera-Puig G, Burgos Cubero L, Vicente-Hernández MM, Vázquez Garreta G, Angelet Hidalgo M, Seguranyes G. Intervención de asesoramiento del plan de nacimiento en gestantes, resultados preliminares.

I Congreso de la Asociación de Matronas de la Rioja (AMALAR), XIX Congreso Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Celebrado del 7 al 9 de octubre de 2021. Logroño.

López- Gimeno E, Falguera-Puig G, Burgos Cubero L, Vicente-Hernández M, Angelet M, Seguranyes G. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del nacimiento y factores relacionados. Resultados parciales.

Posters en congresos

II Congreso de la Asociación Canaria de Matronas, XVI Congreso Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Celebrado del 5 al 7 de octubre de 2017. Las Palmas de Gran Canaria.

López-Gimeno E, Angelet Hidalgo M, Borràs Reverter A, Montero-Pons L, Cambredó Aparicio MV, Seguranyes G. Entrega del plan de nacimiento de las gestantes. Resultados preliminares.

II Congreso de la Asociación Canaria de Matronas, XVI Congreso Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Celebrado del 5 al 7 de octubre de 2017. Las Palmas de Gran Canaria.

López-Gimeno E, Falguera-Puig G, García-Martín MI, Burgos Cubero L, Vicente-Hernández MM, Vela-Martínez E. Juicio de expertos del contenido de un “díptico” del plan de nacimiento.

4th European Congress on Intrapartum Care. Celebrado del 14 al 16 de marzo de 2019. Turín.

López- Gimeno E, Seguranyes G, Burgos Cubero L, Vázquez Garreta G, Vela Martínez E, Falguera- Puig G. When do pregnant women receive the health education about the birth plan?

IV Congreso de la Asociación Andaluza de Matronas, XVIII Congreso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Celebrado del 6 al 8 de junio de 2019. Málaga.

¿Cuáles son las preferencias de las gestantes expresadas en los planes de nacimiento?

López-Gimeno E, Falguera-Puig G, Burgos Cubero L, Gonzalo del Moral T, Vicente Hernández MM, Seguranyes G.

12. APÉNDICE

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de las primeras visitas de control prenatal según ASSIR realizadas en el año 2015.....	66
Tabla 2. Muestreo proporcional según el número de partos de los hospitales de referencia en el año 2016.....	71
Tabla 3. ASSIR y hospitales de referencia.....	76
Tabla 4. Resultados de las preguntas para la evaluación de la validez de la información del díptico informativo sobre el plan de nacimiento.....	80
Tabla 5. Prevalencia global de la actividad educativa sobre el plan de nacimiento y distribución según ASSIR.....	95
Tabla 6. Semanas de gestación en que las matronas realizaron la actividad educativa sobre el plan de nacimiento.....	96
Tabla 7. Distribución de la actividad educativa del plan de nacimiento según semanas de gestación...	98
Tabla 8. Distribución de la actividad educativa del plan de nacimiento, según semanas de gestación, según ASSIR.....	98
Tabla 9. Actividad educativa del plan de nacimiento en el periodo indicado: ≥ 24 semanas de gestación según ASSIR.....	99
Tabla 10. Características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres gestantes según ASSIR. Fase I. I.....	101
Tabla 11. Relación entre el perfil sociodemográfico y obstétrico de las mujeres gestantes según reciben o no la actividad educativa sobre el plan de nacimiento.....	102
Tabla 12. Factores relacionados con la realización de la actividad educativa, por las matronas, del plan del nacimiento.....	103
Tabla 13. Factores relacionados con la realización de la actividad educativa, por las matronas, del plan de nacimiento en el periodo indicado: ≥ 24 semanas de gestación.....	104
Tabla 14. Características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres participantes. Fase I. II.....	107
Tabla 15. Entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y motivos de no entrega de las mujeres, según hospitales.....	108
Tabla 16. Características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres y entrega del plan de nacimiento en el hospital.....	111
Tabla 17. Resultados obstétricos de las mujeres según hospitales de referencia.....	112
Tabla 18. Entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y resultados obstétricos.....	113
Tabla. 19. Métodos de alivio del dolor utilizados por las mujeres durante el parto según hospitales de referencia.....	115
Tabla 20. Entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y métodos de alivio del dolor utilizados por las mujeres durante el parto.....	117
Tabla 21. Análisis multivariado de los factores relacionados con la entrega del plan de nacimiento	119
Tabla 22. Distribución de las mujeres elegibles según grupos de estudio y ASSIR.....	120
Tabla 23. Motivos de no elegibilidad según grupos de estudio.....	121
Tabla 24. Distribución de la muestra según grupos de estudio y según ASSIR.....	121
Tabla 25. Motivos de pérdidas de las mujeres reclutadas según grupos de estudio.....	123
Tabla 26. Motivos de pérdidas: mujeres analizadas con plan de nacimiento 1 y 2 cumplimentados según grupos de estudio.....	124
Tabla 27. Motivos de pérdidas: mujeres analizadas sobre la entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia según grupos de estudio.....	124
Tabla 28. Motivos de pérdidas: mujeres analizadas sobre la satisfacción de la experiencia del parto según grupos de estudio.....	125

Tabla 29. Características basales de las mujeres reclutadas según grupos de estudio.....	126
Tabla 30. Características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres según grupos de estudio. Fase II.....	128
Tabla 31. Asistencia a clases de educación maternal según grupos de estudio.....	129
Tabla 32. Utilización de Internet para consultar los aspectos relacionados sobre el embarazo y el plan de nacimiento según grupos de estudio.....	129
Tabla 33. Intervención de asesoramiento y entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y motivos de no entrega según grupos de estudio.....	130
Tabla 34. Resultados de la regresión logística multinomial de los factores relacionados con la entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y las características sociodemográficas y grupos de intervención.....	131
Tabla 35. Intervención de asesoramiento y haber recibido información suficiente sobre el parto durante la gestación según grupos de estudio.....	131
Tabla 36. Intervención de asesoramiento y grado de utilidad de la elaboración del plan de nacimiento en la toma de decisiones sobre los aspectos relacionados del parto según grupos de estudio.....	132
Tabla 37. Intervención de asesoramiento e intención de uso del plan de nacimiento en siguiente embarazo según grupos de estudio.....	133
Tabla 38. Intervención de asesoramiento y satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto según grupos de estudio	134
Tabla 39. Intervención de asesoramiento y resultados obstétricos de las mujeres según grupos de estudio.....	135
Tabla 40. Intervención de asesoramiento y métodos de alivio del dolor utilizados durante el parto por las mujeres según grupos de estudio.....	137
Tabla 41. Comparación de las preferencias comunes expresadas en los planes de nacimiento pre y post asesoramiento: comparación intragrupos.....	140
Tabla 42. Comparación entre grupos de las preferencias comunes del plan de nacimiento después de la intervención de asesoramiento.....	142
Tabla 43. Número total de cambios producidos en las preferencias comunes en el plan de nacimiento después del asesoramiento según grupos de estudio.....	143
Tabla 44. Número de cambios producidos en las preferencias comunes en el plan de nacimiento después del asesoramiento según grupos de estudio.....	145
Tabla 45. Relación entre las características sociodemográficas y clínicas y la entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia.....	148
Tabla 46. Relación entre las características sociodemográficas y clínicas y la información suficiente recibida sobre el parto durante la gestación.....	149
Tabla 47. Relación entre las características sociodemográficas y clínicas con la satisfacción con la experiencia del parto.....	150
Tabla 48. Relación entre la entrega del plan de nacimiento y los resultados obstétricos, los métodos de alivio del dolor utilizados durante el parto y la satisfacción con la experiencia del parto.....	152
Tabla 49. Resultados de la regresión logística multinomial de la entrega del plan de nacimiento en el hospital y los resultados obstétricos y grupos de intervención.....	153
Tabla 50. Características basales de las mujeres reclutadas según centros de estudio. Fase II.....	155
Tabla 51. Distribución de las mujeres con parto en el hospital de referencia según centros de estudio	156
Tabla 52. Características sociodemográficas y clínicas de las mujeres con parto en el hospital de referencia según centros de estudio. Fase II.....	157
Tabla 53. Características obstétricas de las mujeres con parto en el hospital de referencia según centros de estudio.....	158
Tabla 54. Asistencia a clases de educación maternal según centros de estudio.....	159

Tabla 55. Utilización de Internet para consultar los aspectos relacionados con el embarazo y el plan de nacimiento según centros de estudio.....	159
Tabla 56. Intervención de asesoramiento y entrega del plan de nacimiento en el hospital de referencia y motivos de no entrega según hospitales.....	160
Tabla 57. Intervención de asesoramiento y haber recibido información suficiente sobre el parto durante la gestación según centros de estudio.....	161
Tabla 58. Intervención de asesoramiento y el grado de utilidad de la elaboración del plan de nacimiento en la toma de decisiones sobre los aspectos relacionados del parto según centros de estudio.....	162
Tabla 59. Intervención de asesoramiento e intención de uso del plan de nacimiento en siguiente embarazo según centros de estudio.....	162
Tabla 60. Distribución de la muestra y satisfacción con la experiencia del parto según centros de estudio.....	163
Tabla 61. Intervención de asesoramiento y satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto según centros de estudio.....	164
Tabla 62. Intervención de asesoramiento y resultados obstétricos según centro de estudio.....	165
Tabla 63. Intervención de asesoramiento y métodos de alivio del dolor utilizados durante el parto por las mujeres según centros de estudio.....	167
Tabla 64. Distribución de la muestra y las preferencias sobre los aspectos relacionados con el parto según centros de estudio.....	168
Tabla 65. Preferencias expresadas en el plan de nacimiento pre y post asesoramiento habitual. ASSIR 1.....	170
Tabla 66. Preferencias expresadas en el plan de nacimiento pre y post asesoramiento habitual. ASSIR 4.....	173
Tabla 67. Preferencias expresadas en el plan de nacimiento pre y post asesoramiento basado en la toma de decisiones compartida. ASSIR 2.....	177
Tabla 68. Preferencias expresadas en el plan de nacimiento pre y post asesoramiento basado en la toma de decisiones compartida. ASSIR 5.....	180

Índice de figuras

Figura 1. Marco de atención “Cuidado centrado en la mujer”. Adaptado de otros modelos de atención centrados en la mujer y en el paciente	24
Figura 2. Elementos para una eficiente toma de decisión compartida.....	34
Figura 3. Número de paritorios según dependencia del hospital (público, privado) y tasa de paritorios por 1.000 partos (2010-2018)	39
Figura 4. Números de partos asistidos por profesionales sanitarios en el domicilio en el año 2021.....	40
Figura 5. Desarrollo del estudio.....	64
Figura 6. Regiones sanitarias de Cataluña.....	65
Figura 7. ASSIR de estudio de la fase I.I. de los ámbitos territoriales de “Metropolitana Nord “y “Barcelona ciudad”	66
Figura 8. ASSIR de estudio de la fase II de los ámbitos territoriales de “Metropolitana Nord “y “Barcelona ciudad”	76
Figura 9. Fases de la elaboración del díptico.....	80
Figura 10. Imagen de una de las caras del díptico sobre el plan de nacimiento.....	81
Figura 11. Proceso de la elaboración del dossier y diseño de la intervención educativa a las matronas...	82
Figura 12. Desarrollo de la intervención y la recogida de datos.....	83
Figura 13. Diagrama de flujo de la fase I. I.....	94
Figura 14. Diagrama de barras acumuladas de la actividad educativa del plan de nacimiento según ASSIR.....	95
Figura. 15. Histograma de la distribución de semanas de gestación en la que se realizó la actividad educativa del plan de nacimiento.....	97
Figura 16. Diagrama de cajas de las semanas de gestación en la que se realizó la actividad educativa del plan de nacimiento según ASSIR.....	97
Figura 17. Diagrama de barras acumuladas de la actividad educativa del plan de nacimiento en el periodo indicado: ≥ 24 SG, según ASSIR.....	100
Figura 18. Diagrama de flujo de las mujeres púerperas y su distribución por ASSIR de la fase I. II.....	105
Figura 19. Diagrama de barras acumuladas de la entrega del plan de nacimiento según hospitales.....	109
Figura 20. Diagrama de barras de los motivos de no entrega del plan de nacimiento según hospitales...	109
Figura 21. Grupos de métodos de alivio del dolor utilizados por las mujeres durante el parto según entrega el plan de nacimiento en el hospital.....	118
Figura 22. Métodos de alivio del dolor utilizados por las mujeres durante el parto según entrega el plan de nacimiento en el hospital.....	118
Figura 23. Diagrama de flujo de los grupos de estudio y de las participantes.....	122
Figura 24. Cambios de las preferencias comunes del plan de nacimiento según grupos de estudio.....	146

13. ANEXOS

13.1. Informe favorable del Comité de Ética de Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Rosa Morros Pedrós, Presidenta del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol.

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la reunió del dia 30/11/2016, ha avaluat el projecte **Efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento en mujeres gestantes?** amb el codi **P16/157** presentat per l'investigador/a **Encarnacion Lopez Gimeno**.

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona, a 07/12/2016

13.2. Anexos Fase I.II

13.2.1. Hoja informativa para las mujeres. Fase I. II



Hoja informativa para la participante en el estudio “Efectividad de una intervención de asesoramiento del plan de nacimiento en mujeres gestantes.

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Se realiza en diferentes centros de *Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR)* de la Región y fue aprobado por el Comité Ético en Investigación Clínica del Instituto de Investigación en Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol. Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada por la matrona, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que necesite para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomarse el tiempo necesario para decidir si participar o no. La participación en este estudio es completamente voluntaria. Puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de opinión retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con su matrona ni a la asistencia sanitaria a la que tiene derecho.

¿Cuál es el propósito del estudio? Este estudio tiene dos propósitos: identificar la utilización del plan de nacimiento por parte de las mujeres gestantes y las matronas, y evaluar la efectividad de una intervención de asesoramiento del plan de nacimiento en mujeres gestantes. Se le invita a participar en la primera fase del proyecto que es el análisis de la utilización del plan de nacimiento por parte de las mujeres gestantes. La colaboración y la participación en dichos estudios tienen como finalidad la mejora de la atención recibida de los servicios sanitarios.

¿Por qué me ofrecen participar a mí? La selección de las personas invitadas a participar depende de unos criterios que están descritos en el protocolo de la investigación. Estos criterios sirven para seleccionar a la población en la que se responderá el interrogante de la investigación. Usted es invitada a participar porque cumple esos criterios. Se espera que participen un total de 422 mujeres.

¿En qué consiste mi participación? Su participación consistirá en contestar una encuesta anónima que le será entregada por la matrona que realice la visita de puerperio sobre aspectos relacionados sobre su parto y el plan de nacimiento. En ningún caso disminuirá el control protocolizado de su atención en el puerperio o ginecológico que precise. En caso de que se necesitarán nuevos datos podremos ponernos en contacto con usted. La duración prevista de su participación en el estudio será aproximadamente 4 meses.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene? Dedicar su tiempo en la contestación de la encuesta.

¿Obtendré algún beneficio por participar? No se espera que usted obtenga beneficio directo por participar en el estudio. Se desconoce el uso de los planes de nacimiento, por eso se quiere investigar. El único beneficio buscado es conocer la situación del uso de los planes de nacimiento con el fin de realizar en un futuro posibles mejoras en la asistencia sanitaria.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio? Si usted lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio. También podrá disponer de su cuestionario cumplimentado, si así lo solicita.

¿Se publicarán los resultados de este estudio? Los resultados de este estudio serán publicados en revistas científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de las participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos? El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, Vd. podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos. Sólo el equipo investigador, los monitores del estudio en representación del promotor, y las autoridades sanitarias, que tienen deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

¿Qué ocurrirá con el cuestionario obtenido? El cuestionario será guardado de forma codificada y solo pueden acceder los miembros del equipo investigador y los participantes de la recogida de la documentación y las autoridades sanitarias. Al terminar el estudio, el cuestionario será conservado. Si usted accede, el cuestionario será conservado para futuros estudios de investigación relacionados con el presente. Si el cuestionario pudiera ser utilizado por otros grupos de investigación, siempre en líneas de investigación relacionadas con la presente, se le solicitaría permiso a usted nuevamente.

¿Existen intereses económicos en este estudio? El investigador no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio y usted no será retribuido por participar.

¿Quién me puede dar más información?

Encarnación López Gimeno.

Investigadora principal del proyecto.

Matrona. ASSIR Eixample Dreta. Teléfono:xxxxxxxx

Muchas gracias por su colaboración.

13.2.2. Consentimiento informado para las mujeres. Fase I. II

Consentimiento informado para la participación “Efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento en mujeres gestantes”

Yo, (Nombre completo) _____, con DNI, _____, He sido informada sobre el estudio “Efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento en mujeres gestantes” que se realiza en las unidades ASSIR Granollers, Mollet del Vallés, Santa Coloma de Gramanet, Badalona, Eixample Dreta (Barcelona)

He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio, he recibido respuestas satisfactorias y tengo suficiente información en relación con el estudio.

Entiendo que la participación es voluntaria y puedo abandonar el estudio cuando lo desee y sin tener que avisar previamente, sin que ello afecte a la calidad de mis cuidados. He sido informada de forma clara precisa y suficiente de los siguientes extremos que afectan a los datos personales que se contienen en este consentimiento y en la ficha o expediente que se abra para la investigación: Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos. Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento. Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso y no lo otorgo en este acto.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio de INVESTIGACIÓN hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Nombre de la participante

Nombre de la matrona

DNI y Firma

DNI y Firma

13.2.3. Hoja de recogida de datos. Fase I. II



Proyecto: Efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento en mujeres gestantes.

Hoja de recogida de datos en la visita de puerperio

CENTRO	CÓDIGO MATRONA	Nº CASO

Por favor, recoger información **hasta la semana 6 del posparto** si cumplen los criterios de selección siguientes:

Criterios inclusión:

- Control gestacional en el ASSIR
- Control puerperio en el ASSIR
- Haber recibido el plan de nacimiento en el ASSIR
- Parto hospital de referencia

Criterios exclusión:

- Muerte perinatal
- Dificultades de comprensión idioma
- No desean participar

Nacionalidad:

Edad:

Nivel de instrucción

- Sin estudios
- Estudios primarios
- Estudios secundarios bachillerato / formación profesional
- Estudios universitarios (diplomatura/ licenciatura)

Situación laboral

- Directivas de la administración pública y empresas de 10 o más personas asalariadas. Profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3er ciclo universitarios.
- Directivas de empresas de menos de 10 personas asalariadas. Profesiones asociadas a titulaciones de primer ciclo universitario. Técnicas y profesiones de soporte. Artistas y deportistas.
- Administrativas y profesionales de soporte a la gestión administrativa y financiera. Trabajadoras de servicios personales y seguridad. Trabajadoras por cuenta ajena. Supervisoras de trabajadoras manuales.
- Trabajadoras manuales cualificadas.
- Trabajadoras manuales semicualificadas.
- Trabajadoras no cualificadas.
- Mujeres en paro.
- Mujeres que trabajan en casa

Variables obstétricas

N.º de Partos previos: []

Semanas de gestación el día del parto: []

Riesgo obstétrico:

- Riesgo bajo
- Riesgo medio
- Riesgo alto
- Riesgo muy alto

Tipo de parto:

- Eutócico
- Espátulas
- Vaccum
- Cesárea
- Fórceps

Tipo de analgesia:

No farmacológica

- Relajación
- Respiración
- Masaje
- Uso del agua
- Calor local
- TENS
- Otros:

- Acupuntura
- Aromaterapia
- Homeopatía
- Flores de Bach

Farmacológica

- Local
- Peridural
- General
- Parenteral
- Inhalada

Ambas

Ninguna

Episiotomía: SI NO **Realización de piel con piel:** SI NO

Inicio de lactancia materna en sala de partos: SI NO

¿Entregó el plan de nacimiento en el hospital? SI NO

Si no lo entrego, ¿cuál fue el motivo?

- No lo creí necesario
- Me olvidé
- Los profesionales que me atendieron no me lo pidieron
- Otros: _____

13.3. Anexos. Fase II

13.3.1. Díptico sobre las recomendaciones de los cuidados concernientes al parto y recién nacido que constan en los planes de nacimiento

CRIATURA

PIEZAMIENTO DEL CORDÓN UMBILICAL

P. Precoz. Se pinza el cordón antes del primer minuto de vida

P. Tardío. Se pinza el cordón a partir del primer minuto hasta los cinco minutos de vida

- Mejora los niveles de hierro de la criatura
- No se garantiza que la donación de sangre de cordón sea posible

😊 Se recomienda el pinzamiento tardío

PIEL CON PIEL

Colocar a la criatura después de nacer desnuda, sobre el pecho desnudo de la madre

- Estabiliza la respiración y el latido del corazón de la criatura
- Favorece el vínculo, la autoestima y la confianza de la madre
- Facilita el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna

😊 Se recomienda el contacto piel con piel inmediatamente después del parto

LACTANCIA MATERNA

La leche materna es el mejor alimento para la criatura. El inicio de lactancia materna precoz, dentro de la primera hora de vida, favorece la lactancia materna duradera. Dar el pecho a demanda y sin restricciones de tiempo favorece la lactancia materna.

😊 Se recomienda iniciar la lactancia materna lo antes posible, a demanda, y continuar la lactancia exclusiva hasta los seis meses

ESCUCHA DEL LATIDO FETAL

Permite escuchar la frecuencia del corazón del feto durante el parto para evaluar su bienestar

😊 Auscultación intermitente
Se escucha la frecuencia del corazón del feto a intervalos regulares con normalidad. Permite una mayor movilidad

PROCEDIMIENTOS

AFETADO DEL PERINÉ

Afeitado del vello del pubis y del ano durante el trabajo de parto

No aporta beneficios a las gestantes

😞 No se recomienda su uso rutinario

ROTURA RUTINARIA DE LA BOLSA DE LAS AGUAS

Técnica con la que se rompe de forma artificial la bolsa de las aguas

No aporta beneficios en partos que progresan con normalidad

😞 No se recomienda su uso rutinario

ENEMA

Introducción de líquidos a través del ano con la intención de evacuar las heces

- No reduce las infecciones del periné de la madre, ni las infecciones en la criatura
- No mejora la satisfacción materna

😞 No se recomienda su uso rutinario

BEBER LÍQUIDOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Las gestantes con bajo riesgo de complicaciones pueden beber líquidos y/o comer alimentos durante el parto

😊 Se recomienda beber líquidos

PLAN DE NACIMIENTO??

INFORMATE CON TU COMADRONA SOBRE LAS RECOMENDACIONES QUE EXISTEN CON LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL PARTO

PIEL CON PIEL
BAÑERA
MASAJE
PELOTA
POSTURAS PARA PARIR
LACTANCIA MATERNA
ALIVIO DEL DOLOR
ENEMA
CRIATURA
ALIVIO DEL DOLO
ENEMA
CRIATURA

CAMINAR Y CAMBIOS DE POSICIÓN DURANTE EL PARTO

Las posiciones de pie y verticales reducen:

- La duración del parto
- El riesgo de parto por cesarea
- La necesidad de analgesia peridural

No provocan efectos negativos en las madres

😊 Se recomienda la libertad de movimientos y cambiar de posición durante la dilatación y el expulsivo

MONITORIZACIÓN

Permite escuchar el latido del corazón del feto mediante el cardiotógrafio. Se registran en una gráfica, al mismo tiempo, el latido del corazón, los movimientos del feto y las contracciones uterinas

😊 Monitorización intermitente
En nuestro ámbito, se utiliza como alternativa a la auscultación intermitente en los partos que progresan con normalidad

😊 Monitorización continua
Indicada en los partos con analgesia peridural y/o con uso de oxitocina y en los partos de riesgo o que se desvíen de la normalidad

😞 No se recomienda su uso en partos naturales

PLAN DE NACIMIENTO??

INFORMATE CON TU COMADRONA SOBRE LAS RECOMENDACIONES QUE EXISTEN CON LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL PARTO

PIEL CON PIEL
BAÑERA
MASAJE
PELOTA
POSTURAS PARA PARIR
LACTANCIA MATERNA
ALIVIO DEL DOLOR
ENEMA
CRIATURA
ALIVIO DEL DOLO
ENEMA
CRIATURA

ESCUCHA DEL LATIDO FETAL

Permite escuchar la frecuencia del corazón del feto durante el parto para evaluar su bienestar

😊 Auscultación intermitente
Se escucha la frecuencia del corazón del feto a intervalos regulares con normalidad. Permite una mayor movilidad

MONITORIZACIÓN

Permite escuchar el latido del corazón del feto mediante el cardiotógrafio. Se registran en una gráfica, al mismo tiempo, el latido del corazón, los movimientos del feto y las contracciones uterinas

😊 Monitorización intermitente
En nuestro ámbito, se utiliza como alternativa a la auscultación intermitente en los partos que progresan con normalidad

😊 Monitorización continua
Indicada en los partos con analgesia peridural y/o con uso de oxitocina y en los partos de riesgo o que se desvíen de la normalidad

😞 No se recomienda su uso en partos naturales

Los estudios no aportan información suficiente sobre la efectividad para recomendar esta práctica

😊 Los estudios no demuestran su efectividad o recomiendan esta práctica

😞 Los estudios no demuestran su efectividad o no recomiendan esta práctica

Los estudios no aportan información suficiente sobre la efectividad para recomendar esta práctica

😊 Los estudios no demuestran su efectividad o recomiendan esta práctica

😞 Los estudios no demuestran su efectividad o no recomiendan esta práctica



Institut Català de la Salut



IDIAP Jordi Gol



G3ASSIR



Associació de Lactàncies



UNIVERSITAT DE BARCELONA

MÉTODOS PARA ALIVIAR EL DOLOR

NO FARMACOLÓGICOS

MASAJE

Aplicación de masaje en diferentes zonas del cuerpo

BANERA

Inmersión en agua caliente durante la dilatación. Reduce el uso de analgesia en la primera etapa del parto

PELOTA

Esfera de goma que se utiliza para favorecer el movimiento durante la dilatación.

😊 Es útil y se recomienda su uso

ACUPUNTURA

Aplicación de agujas finas en diferentes puntos del cuerpo

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Respiración, yoga, musculoterapia u otras

ACUPRESIÓN

Aplicar presión en puntos de acupuntura

😞 Parece ser útiles en el alivio del dolor y no tener efectos secundarios. Si la madre lo desea las puede utilizar

AGUA ESTERIL

inyectar suero fisiológico en la zona del sacro

AROMATERAPIA

Utilizar aceites esenciales

HIPNOSIS

Incluir un estado mental similar al sueño, produciendo artificialmente mediante técnicas de sugestión

😞 Utilidad no demostrada. Si la madre lo desea, las puede utilizar

ELECTROESTIMULACIÓN NERVIOSA TRANSCUTÁNEA

Estimulación eléctrica a través de la piel para bloquear el dolor

😞 No se recomienda su uso en la fase activa del parto

FARMACOLÓGICOS

PERIDURAL

Administración de anestésicos a través del espacio peridural. Bloquea el dolor de las contracciones y limita la movilidad

• Es el método farmacológico más efectivo para el alivio del dolor

• Puede disminuir la sensación de púlp en el expulsivo

• Aumenta el riesgo de parto con uso de ventosa, espátulas y fórceps

• No se relaciona con un mayor riesgo de cesáreas

• Puede provocar efectos secundarios como hipotensión, fiebre y/o retención urinaria

• Puede alargar el proceso del parto

• Utilidad demostrada para el alivio del dolor

ÓXIDO NITROSO

Inhalación de un gas durante las contracciones

• Ayuda a relajar a la madre

• Es seguro para la madre y la criatura

• Puede provocar náuseas, vómitos y sensación de somnolencia

• Permite la movilidad durante el parto

• Utilidad demostrada para el alivio del dolor

OPTOIDES

Administración de fármacos por vía intravenosa o intramuscular

• Pueden producir efectos secundarios en la madre como somnolencia, vómitos, mareos y náuseas

• Pueden producir efectos secundarios en la criatura, como dificultad para respirar y dificultad para iniciar la lactancia materna

• Utilidad demostrada para el alivio del dolor

POSICIONES PARA PARIR

1 Posiciones verticales:

- Menor duración del parto
- Menos partos con uso de ventosa, espátulas y fórceps
- Menos episiotomías

2 Posiciones sentadas:

- Mayor confort y autonomía
- Menos desgarros del periné

3 Posiciones cuadrúpedas:

- Menos dolor lumbar

4 Posiciones laterales:

- Menos desgarros del periné



Se recomienda escoger las posturas que sean más cómodas para la mujer y en caso de anestesia peridural las que sean positivas



5 Posiciones boca arriba:

- Mas partos con uso de ventosa, espátulas y fórceps

😞 No se recomienda su uso rutinario

LOS PUNTOS

Desear y/o esfuerzos de empujar de la madre cuando la cabeza de la criatura presiona el suelo pélvico y el periné. Los pujos y las contracciones ayudan a la salida de la criatura

¿ESPONTÁNEOS O DIRIGIDOS?

- Espontáneos: La madre puja cuando tiene ganas y según sus preferencias
- Dirigidos: La/el profesional sanitario indica a la madre cuando y cómo pujar

La analgesia peridural puede disminuir la sensación de púlp

Con o sin peridural, los estudios no apoyan suficiente información para apoyar o rechazar el púlp espontáneo o dirigido

😊 Se recomienda que las mujeres empujen según sus preferencias y comodidad

UTILIZACIÓN DEL ESPEJO PERA VER LA SALIDA DE LA CRIATURA

- Informa a la mujer sobre sus esfuerzos en el momento de empujar para favorecer la salida de la criatura
- Puede ayudar a la mujer a superar la pérdida de deseo de empujar con la analgesia peridural
- Las mujeres lo valoran positivamente

😞 Parece ser útil. Si la madre lo desea lo puede utilizar

EPISIOTOMÍA

Incidencia quirúrgica del periné para ampliar la vagina y acortar el tiempo de salida de la criatura

Solo debe realizarse en caso de necesidad

😞 No se recomienda su uso rutinario

EXPULSIVO

13.3.2. Cuestionario para la evaluación de la validez de la información del díptico informativo sobre el plan de nacimiento



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Institut Català de la Salut
Direcció d'Atenció Primària
Metropolitana Nord
Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva

Por favor, indique el grado de acuerdo en las siguientes afirmaciones, en una escala que va del 1 al 10, en donde 1 indica la calificación de “totalmente en desacuerdo” y 10 de “totalmente de acuerdo”

1. La información del díptico del plan de nacimiento es **clara** para las mujeres gestantes

Totalmente en desacuerdo											Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

2. La información proporcionada en el díptico del plan de nacimiento es **objetiva**

Totalmente en desacuerdo											Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3. La información proporcionada en el díptico del plan de nacimiento está **actualizada**

Totalmente en desacuerdo											Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4. La cantidad de información proporcionada en el díptico del plan de nacimiento es **suficiente** para las mujeres gestantes

Totalmente en desacuerdo											Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

5. La información proporcionada en el díptico del plan de nacimiento es **relevante** para las mujeres gestantes

Totalmente en desacuerdo											Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

6. La información proporcionada en el díptico del plan de nacimiento es **útil** para las mujeres gestantes

Totalmente en desacuerdo											Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

7. El **contenido** del díptico del plan de nacimiento es **adecuado** para las mujeres gestantes

Totalmente en desacuerdo												Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

8. El **formato de presentación** del díptico del plan de nacimiento es **adecuado** para las mujeres gestantes

Totalmente en desacuerdo												Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

9. El díptico del plan de nacimiento ayudará a las mujeres gestantes en su **toma de decisiones**

Totalmente en desacuerdo												Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

10. El díptico del plan de nacimiento **facilitará el asesoramiento de las matronas** a las mujeres gestantes

Totalmente en desacuerdo												Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Ofrecería este díptico sobre el plan de nacimiento a las mujeres gestantes?

Sí No No lo sé

¿Añadiría alguna otra información?

¿Modificaría algún aspecto?

¿Eliminaría algún concepto en la información?

13.3.3. Dossier de soporte a las matronas para realizar la intervención de asesoramiento basado en la TDC a las mujeres

La toma de decisiones en el plan de nacimiento.

Actualización de la evidencia científica y recomendaciones de los aspectos que constan en el plan de nacimiento.

Documento elaborado por:

Meritxell Angelet. Matrona ASSIR Granollers.

Ainhoa Borràs. Matrona ASSIR Mataró.

Lucia Burgos. Matrona ASSIR Mollet del Vallès.

Inés Garcia. Matrona Cerdanyola del Vallès.

Encarna López. Matrona ASSIR Roger de Flor.

La información que consta en este documento es una síntesis de las últimas revisiones de la Database of Systematic Reviews Cochrane, Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'atenció al parto normal (2012)*, Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud (2010) y la Guía de práctica Clínica Intrapartum Care of healthy women and their babies during childbirth (2007,2014 y 2017) del National Institut Care Excellent (NICE) sobre los aspectos que constan en los planes de nacimiento.

El objetivo de este resumen de la evidencia científica disponible sobre los aspectos que constan en el plan de nacimiento es facilitar a las matronas en el asesoramiento del plan de nacimiento a las mujeres.

Guión

- 1.- Nivel de evidencia GPC de Cataluña. Actualització i adaptació de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'atenció al part normal (2012).
- 2.- La toma de decisiones.
- 3.- Los planes de nacimientos.
- 4.- Procedimientos durante el proceso del parto
- 5.- Analgesia en el parto: métodos no farmacológicos y farmacológicos.
- 6.- Periodo del expulsivo.
- 7.- Recién nacido.

Nivel de evidencia y grado de recomendación de la Guía de práctica clínica Actualització i adaptació a Catalunya de la Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud sobre la atención al parto normal.

Niveles de evidencia científica

- 1++ Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
- 1+ Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
- 1 Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con alto riesgo de sesgo.
- 2++ Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o casos y control con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
- 2+ Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con un bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer significativo que la relación causal.
- 2 Estudios de cohortes o de casos y controles con una alto riesgo de sesgo y riesgo significativo que la relación no sea causal.
- 3 Estudios analíticos, como informes de casos y series de casos.
- 4 Opinión de expertos.

Grados de recomendación

- A Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 1+ y con una gran consistencia entre ellos.
- B Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2++ directamente aplicable a la población diana de la guía y demuestran gran consistencia ente ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
- C Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2+ directamente aplicable a la población diana de la guía y demuestran gran consistencia ente ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
- D Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Buena práctica clínica

- ✓ Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y en el consenso del equipo redactor.

1.-LA TOMA DE DECISIONES.

En los últimos años, hemos podido asistir a una transformación de la relación asistencial que se establece entre el profesional y el paciente (en este caso la mujer). Se ha pasado de un modelo de relación predominantemente biomédico paternalista y centrado en la enfermedad, a la progresiva incorporación de un modelo bio-psico-social, centrado en el paciente, donde se trata de atender las necesidades de la persona y, en el cual, las personas participan en la toma de decisiones en temas relacionados con su salud (Emmanuele1992, Engel 1977).

La toma de decisiones activa en la práctica clínica cada vez tiene más relevancia, y a las guías de práctica clínica se incorporan aspectos como la opinión de los pacientes. Según los estudios, los profesionales utilizan menos de un minuto en discutir sobre el tratamiento y como planificar los cuidados. La toma de decisiones activa solo pasa en el 9% de las visitas, y menos del 50% de los profesionales preguntan los pacientes si tienen alguna duda (Epstein,2004).

De los diferentes modelos de relación asistencial: paternalista, informativo y deliberativo, este último, se centra en el trabajo conjunto de colaboración entre la persona y el profesional, en el cual, el dialogo tiene un papel central, y la toma de decisiones compartida (TDC) está presente (Piperberg,2017).

Debemos diferenciar entre aportar información (como por ejemplo en el caso del consentimiento informado), de la toma de decisiones. En la toma de decisiones el profesional explica objetivamente las diferentes opciones disponibles e integra los valores y las opiniones de la persona. La comunicación centrada en la persona (en este caso la mujer) puede conseguir que esta perciba que ha encontrado aspectos en común con el profesional, que sus preocupaciones han sido evaluadas y que la experiencia de la su enfermedad (en este caso su proceso del parto) es explorada y valorada. La participación de las mujeres en la toma de decisiones constituye un principio de autonomía que implica la toma de decisiones conjuntas mediante un proceso, en el cual, la mujer y profesional comparten información, participan en la decisión y acuerdan un plan de acción determinado.

Un aspecto primordial es ofrecer la información adecuada según las características de la mujer, de sus necesidades y basada en la evidencia científica disponible.

Factores que intervienen en la toma de decisiones.

Hay diferentes modelos que explican los factores que intervienen en la toma de decisiones, pero todos coinciden que en este proceso influyen factores intrínsecos de la persona y del profesional sanitario (educativos, valores etc.), y del entorno (legislativo, social, medios de comunicación etc) (Wittmann-Price (2004, 2006).

Elementos esenciales que intervienen en la toma de decisiones compartida (TDC).

Diferentes autores expresan que aspectos deberían estar presentes y, en todos ellos coinciden que los valores-preferencias de la persona, presentar las opciones y explicitar una decisión, deberían estar presentes en todo acto de toma de decisiones.

Elementos esenciales	President's Commission ⁵⁹	Charles et al ^{61,62}	Coulter et al ^{63,64}	Towle et Godolphin ⁶⁵	Elwyn et al ⁶⁶⁻⁶⁹
Definir/explicar problema	X		X		X
Presentar opciones	X	X	X	X	X
Discutir pros/contras (beneficios/riesgos/costes)		X	X	X	X
Valores/Preferencias paciente	X	X	X	X	X
Discutir habilidades paciente/autoeficacia					
Conocimiento del médico/Recomendaciones	X	X			
Comprobar/Clarificar entendimiento		X			X
Tomar o explicitar una decisión	X	X	X	X	X
Seguimiento				X	X

Fuente: Peralta L. La participación del paciente en la toma de decisiones en las

¿Por qué es importante comunicar la evidencia científica?

1. Tiene objetivos prácticos, relacionales y éticos.
2. Favorece la participación de la persona en el propio cuidado; tomar decisiones prudentes; a tener un entendimiento común con el profesional y una mayor adherencia al tratamiento.
3. Transforma la relación profesional-persona en la relación centrada en la persona
4. Disminuye la ansiedad.
5. Favorece que la persona tenga una idea realista del proceso.
6. Ayuda a la persona a comprender el proceso y colaborar en el autocuidado.
7. Permite compartir sus necesidades con amigos, familia etc. (Costa 2009)

El modelo propuesto por Epstein en la toma de decisiones debería comprender estas cinco fases:

- Comprensión de la experiencia y expectativas de la persona.
- Construcción de una relación colaborativa entre la persona y el profesional.
- Proporcionar información según el nivel de evidencia existente
- Explicar las recomendaciones actuales y la incertidumbre existente en algunos aspectos.
- La comprobación de la comprensión de la información recibida y la conformidad de la persona.(Epstein,2004).

2.-LOS PLANES DE NACIMIENTO (PN).

Los planes de nacimiento aparecieron en los años ochenta como respuesta al sentimiento de pérdida de participación por parte de las mujeres en el proceso del nacimiento y ante el aumento del intervencionismo médico no justificado. Permite expresar las preferencias sobre aquellos aspectos en los cuales existen diferentes opciones y se considera como un instrumento que puede facilitar la comunicación entre la mujer y el profesional.

En nuestro ámbito el PN se incorporó en el año 2007 dentro de la Estrategia del Parto Normal. De la bibliografía consultada no se ha encontrado ningún estudio que haya evaluado como los profesionales asesoran el PN, desde su instauración a nivel estatal. En España, sólo dos estudios descriptivos hacen referencia de su uso por parte de las mujeres y los posibles resultados a nivel obstétrico. Un estudio determinó que solo el 2,6% de las mujeres entregaron el PN y se relacionó con más partos eutócicos, estancia menor en el hospital y una mayor realización de contacto piel con piel. En otro estudio, no hubo diferencias significativas en los resultados obstétricos, pero si, mejores valores de Ph de cordón umbilical en los recién nacidos de las mujeres con PN (Hidalgo 2013, Suárez 2015).

En Catalunya, cada hospital ha elaborado un PN específico, con el objetivo de ofrecer información y que la mujer exprese sus preferencias sobre el parto. Hay una gran diversidad de formatos, algunos son tipo lista de comprobación y otros con un formato más explicativo, en los cuales, hay una parte introductoria y otra parte con las diferentes opciones a elegir (Biescas,2017).

Plan de nacimiento y satisfacción materna.

El resultado del parto, no es el único factor de importancia en el bienestar de la mujer. Algunos estudios sugieren que la forma en que una mujer experimenta el embarazo y el parto es de vital importancia en la relación entre la madre con su hijo y sus futuras experiencias en el parto (Hauck 2007)

De la escasa bibliografía existente, no hay conclusiones claras, si la utilización de los PN mejora la satisfacción y el cumplimiento de las expectativas en las mujeres. Hay estudios cualitativos, en los cuales, las mujeres valoraron satisfactoriamente poder cumplimentar el PN. Se sintieron satisfechas con el parto, aunque en este, no se cumplieran las preferencias expresadas en el PN. En cambio, hay otros estudios que expresan que los PN no mejoraron la satisfacción con el parto, el cumplimiento de las expectativas ni mejoró el sentido de control durante el parto. También los estudios sugieren que las mujeres que tenían una actitud flexible durante el parto su grado de satisfacción fue mayor. (Kuo 2010, Lundgren 2003).

Los planes de nacimiento como facilitador en la toma de decisiones.

La elaboración del PN puede ser una oportunidad para el profesional para investigar sobre los valores, expectativas que tiene la mujer sobre el parto y facilitar canales de comunicación, con información avalada por la evidencia científica, y adaptada según las necesidades de la mujer y facilitarle que pueda decidir sobre aspectos relacionados con su salud.

Diferentes autores expresan la necesidad que la elaboración del PN debe ser abordado desde una relación de colaboración entre profesional-mujer. Reunirse con ella y dedicar tiempo para discutir sobre los valores y las opciones antes del parto y tener la oportunidad de la educación mutua entre el profesional y la mujer sobre las diferentes opciones. En un artículo publicado en el 2017, en la revista American Journal Gynecologic Obstetrica se propone el instrumento VECTOR para el abordaje del PN desde una perspectiva de colaboración entre la mujer y el profesional con las siguientes recomendaciones (Debaets,2017):

Valores. ¿Cuáles son los valores centrales de la mujer y sus metas en el nacimiento? ¿Cuáles son sus temores? ¿Qué es lo más importante para ella en el proceso del nacimiento?

Ambiente. ¿A quién quiere la mujer que la acompañe en la dilatación y en el parto? ¿Qué le ayudaría a sentirse cómoda y relajada?

Comodidad. ¿Qué recursos quiere la mujer tener disponibles para su comodidad y soporte?

Tratamiento. ¿Hay formas específicas de tratamiento que la mujer deseará o no? ¿Por qué?

Opciones. ¿Sí el parto no se desarrolla como se esperaba, como abordará la mujer sus opciones de intervención?

Recuperación. ¿Como querrá la mujer interactuar inicialmente con su bebé? ¿Cuáles son sus preferencias per la vinculación, la alimentación y el cuidado después del parto?

Como conclusión: es importante la comunicación efectiva para construir la confianza mutua y puede servir como medida preventiva para evitar conflictos que puedan surgir en el proceso del nacimiento.

Se recomienda abordar los PN desde una colaboración entre la mujer y el profesional, con la finalidad de mejorar la participación de la mujer y el consentimiento informado en el proceso del nacimiento

3.-LOS PROCEDIMIENTOS.

3.1.-ENEMA. La administración de enemas durante el trabajo del parto ha sido una práctica rutinaria durante mucho tiempo y en muchos países. Se creía que la administración de este en la fase inicial del parto reducía la materia fecal y por tanto evitaba que la mujer sintiera vergüenza durante el parto. También se creía que ampliaba el espacio para el paso del feto, reducía la duración del parto y la tasa de infecciones puerperales y del neonato. Como inconvenientes a destacar, la incomodidad del procedimiento para la mujer puede producir diarrea y por tanto aumentar el riesgo de infecciones.

¿Qué nos dice la revisión Cochrane? En la revisión se incluye 4 ensayos con 1.917 mujeres. Los estudios comparan la eficacia del enema aplicado en la primera fase del trabajo de parto con resultado respecto a la madre y el neonato en comparación con la no utilización. La calidad de la evidencia es de alta a moderada, debido a que los resultados de algunos estudios son imprecisos

Enema respecto no enema

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Dehiscencia de la episiotomía (N=372). RR: 0,69 (IC 95%:0,41 a 1,14)	Satisfacción del profesional que atiende el parto con el uso del enema. (N=1027 mujeres). DM: 0,17 (IC 95%: 0,08 a 0,26)
Desgarro perineal sin compromiso muscular (N=1448). RR: 1,14 (IC 95%: 0,76 a 1,71); Desgarro sin afectación músculo anal RR: 0,72 (IC 95%: 0,37 a1,4)	Infección intraparto (N=152). Mayor en el grupo de enema RR: 4,62 IC 95%: 1;03 a 20,68)
Infección puerperal (N=594). RR: 0.66 (IC 95%: 0,42 a 1,04)	
Infección neonatal (N=222). RR: 0,89 (IC 95%: 0,31 a 2,56)	
Apgar<7 a los 5' (N=431). RR:1,31 (IC 95%: 0,57 a 3,06)	
Duración del parto (N=1179). DM: 28,04 (IC 95%: -131,01 a 187,10)	
Satisfacción materna (N=1027 mujeres) DM:0 (-0,1-0,1)	

Conclusión. Los enemas no tienen un efecto beneficioso significativo sobre las tasas de infección como infección de la herida perineal u otras infecciones neonatales y satisfacción de la mujer. Estos hallazgos hablan en contra del uso rutinario de enemas durante el trabajo de parto, por lo tanto, esta práctica debe desalentarse.

Recomendación. GPC Catalunya*, GPC SNS, NICE: No hay ninguna base científica para recomendar esta

práctica de forma rutinaria (A).

3.2.-RASURADO. El rasurado púbico o perineal es un procedimiento que se realizaba antes del parto para disminuir el riesgo de infección en el caso que se produjera un desgarro o si se realizaba una episiotomía. También se creía que el rasurado perineal hacía más fácil y seguro suturar en caso hubiese una episiotomía o desgarro.

¿Qué nos dice la revisión Cochrane? En la revisión se incluyen 3 ensayos controlados aleatorios con 1.039 mujeres. En el primer ensayo compara el afeitado perineal respecto al recortado de pelo vulvar únicamente. En el segundo ensayo se compara el rasurado perineal con el corte de pelos largos para realizar los procedimientos solamente y en el tercer ensayo compara el rasurado perineal respecto el corte de pelo perineal, de hasta 0,5 cm por encima de la piel. En todos los estudios a las mujeres se les limpió la zona con clorhexidina.

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Infección materna (fiebre 38C a partir 24h) (N=997 mujeres). RR: 1,14 (IC 95%:0,73 a 1,76)	Colonización de bacterias gram negativas en les dones afeitadas (N=150 mujeres). RR: 0,83; (IC 95%: 0,70 a 0,98)
Infección de la ferida perineal (N=458 mujeres): RR: 1,47 (IC 95%: 0,80 a 2,70)	
Satisfacción materna (N=458 mujeres). MD: 0,0 (IC 95%: -0'13 a 0,13)	

Solo un ensayo describe los efectos secundarios experimentados por las mujeres que habían sido afeitadas como irritación, enrojecimiento y escozor en la vulva, pero no se estudió en el grupo de las mujeres sin afeitar, esta información no pudo ser incluida en el análisis. Los otros ensayos no hacen ninguna referencia a los efectos secundarios atribuibles al hecho de afeitar. Ningún ensayo evaluó el dolor, la vergüenza o el malestar de la mujer. Por otra parte, todos los casos de fiebre materna se atribuyeron a otras causas, como la infección del tracto urinario y la endometritis.

Conclusión. No se recomienda el afeitado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto. No hay suficiente evidencia para sugerir que el afeitado perineal proporciona ningún beneficio a las mujeres el ingreso en trabajo de parto ni modifica los resultados neonatales, aunque se observó una menor colonización bacteriana Gram negativa en las mujeres a las que no se realizó el afeitado perineal

Recomendación. GPC Cataluña*, GPC SNS, NICE: No hay ninguna base científica para recomendar esta práctica de forma rutinaria. (v)

3.3.-RESTRICCIÓN DE LÍQUIDOS. En algunas culturas, los alimentos y las bebidas que se consumen durante el parto pueden ayudar a satisfacer las demandas de la mujer durante este proceso.

Sin embargo, en muchos centros de obstetricia, la ingesta oral está restringida en respuesta a que Mendelson (1940) informó que, durante la anestesia general, había un aumento de riesgo de que el contenido gástrico pasara a los pulmones que podría conducir a una enfermedad pulmonar grave o la muerte. Pero desde entonces la anestesia obstétrica ha cambiado considerablemente, con mejores técnicas de anestesia general y un mayor uso de la anestesia regional. Estos avances, y el hecho de que las mujeres encuentren las restricciones desagradables, han llevado a investigar estas restricciones. Además, la falta de equilibrio nutricional puede estar asociado con trabajos de parto más largos y dolorosos, y el ayuno no garantiza que el estómago esté vacío.

¿Qué nos dice la revisión Cochrane? La revisión identificó 5 estudios con 3.130 mujeres. Todos los estudios son en mujeres consideradas de bajo riesgo para recibir anestesia general.

Los estudios comparan uno o varios de los siguientes ítems: restricción total de líquidos y comida, permitir sólo agua, sólo líquidos con carbohidratos, algunos líquidos y algunas comidas, libertad total para tomar líquidos y/ o comida.

Ninguno de los estudios analizó la opinión de las mujeres en relación con la restricción de líquidos y alimentos durante el parto.

Cualquier restricción de líquidos o comida respecto alguna comida o bebida

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Cesárea (N=3103 mujeres). RR:0,89; (IC 95%:0,63 a 1,25)	
Parto instrumentado (N=3103 mujeres). RR:0,98 (IC 95%:0,88 a 1,10)	
Duración del parto (N= 476 mujeres). DM:0.29 (IC 95%: -1.55 a 0.97)	
Cetosis materna (N=328 mujeres). RR: 0,99; (IC 95%:0,66 a 1,49)	
Vómitos (N=2574 mujeres). RR:0,90(IC 95%:0,62 a 1,31)	
Epidural (N=3103 mujeres). RR:0,98 (IC 95%:0,91 a 1,05)	
Test Apgar <7 a los 5' (N=2902 neonatos). RR:1,43 (IC 95%:0,77 a 2,68)	

Los estudios no hacen a la satisfacción materna.

Conclusiones. No se han identificado beneficios o riesgos en la restricción de líquidos o sólidos en mujeres de bajo riesgo de recibir una anestesia general. Las mujeres deben tener la autonomía y libertad para elegir si comer o beber durante el trabajo de parto o no ingerir nada. La mayoría de las mujeres ingieren menores cantidades de líquidos y sólidos conforme avanza el trabajo de parto y la intensidad de este. No se ha incluido ninguna mujer con síndrome de Mendelson en ninguno de los estudios por lo tanto no hay estudios en mujeres que tienen más riesgo de complicaciones y no hay evidencia para valorar el tiempo de ayuno seguro. La ingesta de líquidos claros durante el parto no influye sobre su evolución, tipo de parto, duración y uso de oxitocina, ni sobre los resultados del neonato. Además, se considera que mejora el confort y la satisfacción materna y no incrementa las complicaciones maternas.

Respecto las bebidas isotónicas son necesarias más estudios al respecto.

Recomendación. GPC Cataluña * GPC SNS, NICE recomienda permitir la ingesta de líquidos durante el parto (A).

3.4.-EPISIOTOMÍA. El parto normal puede causar desgarros en la vagina y el tejido circundante, y a veces estos pueden extenderse hasta el recto. Se reparan quirúrgicamente, pero necesitan un tiempo para curarse. Para evitar desgarros graves los profesionales que atienden el parto practican una incisión quirúrgica en el perineo para evitar el desgarro grave y facilitar el nacimiento. Esta intervención, conocida como episiotomía, se utiliza de forma rutinaria durante los partos en algunos países.

Una episiotomía requiere sutura. Los beneficios y los daños como parte del tratamiento habitual de los partos normales siguen siendo poco claros. En concreto hay que saber si evitan desgarros graves, porque de lo contrario no hay que someter a las mujeres a una operación innecesaria, dolorosa y en algunos casos a problemas a largo plazo para la salud de la madre y el neonato.

Mientras las lesiones menores pueden curar rápidamente sin intervención, algunas más severas, dañan el tejido, músculo y se extienden a veces al esfínter anal. Estas lesiones más graves pueden causar una serie de problemas en el puerperio como dolor, sangrado, infección, dispareunia etc.

En un pequeño porcentaje de mujeres los daños en los tejidos vaginales y perineales puede dar problemas a largo plazo tales como dolor crónico, fístula urinaria o fecal, incontinencia urinaria o fecal, dispareunia y prolapso genital.

El trauma perineal grave en general se refiere a un tercer grado o cuarto grado.

¿Qué nos dice la revisión Cochrane? La revisión incluye 11 ensayos con 6.177 mujeres en que comparan la episiotomía selectiva (cuando era necesaria) con la episiotomía de rutina en referencia a los beneficios y los perjuicios para la madre y el neonato en mujeres con bajo riesgo de parto instrumentado.

Episiotomía selectiva respecto episiotomía rutinaria.

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Pérdida de sangre en el parto (N=336 mujeres).MD - 27,16ml (IC 95%: -74,16 a 20,49)	Mayor probabilidad de trauma severo perineal/vaginal (N=5375 mujeres). RR: 0,70 (IC 95% 0,52 a 0,94)
Apgar < 7 a los 5 minutos (N=511 neonatos). RR: 0 (IC 95%: -0,01 a 0,01)	
Ingreso neonatal (N=2471 neonatos) RR: 0.77 (IC 95% :0,56 a 1,07)	
Infección perineal (N=1467 mujeres). RR: 0,90 (IC 95%:0,45 a 1,82)	
Dolor perineal severo a los 3 días (N=165). RR: 0,71 (IC 95%: 0,48 a 1,05)	
Dispareunia 6 meses (N=1107 mujeres). RR: 1,14 (IC 95%: 0,84 a 1,53)	
Incontinencia urinaria (N=1107 mujeres). RR: 0,98 (IC 95%: 0,67-1,44)	

Conclusiones. En las mujeres, donde no está previsto un parto instrumentado, la episiotomía selectiva da resultados de menos desgarros graves. Tanto a corto como a largo plazo, no hay ninguna evidencia clara de que la episiotomía selectiva dañe la madre o el neonato. La revisión demuestra que la creencia de que la episiotomía de rutina reduce el trauma perineal / vaginal no se justifica por la evidencia actual.

Se necesitan investigaciones adicionales en las mujeres en las que se prevé un parto instrumentado para aclarar si la episiotomía rutinaria es útil en estos casos. Por lo tanto, la justificación de la realización de episiotomía de rutina para prevenir el trauma perineal severo no se justifica por la evidencia actual, y no se ha podido identificar ningún beneficio de la episiotomía de rutina para el neonato o la madre.

La episiotomía puede suponer a la mujer un aumento de la estancia hospitalaria (aumento de coste hospitalario) respecto a las mujeres con periné íntegro.

Recomendación. GPC SNS / GPC Cataluña * / NICE. No recomiendan la realización de la episiotomía de rutina en el parto espontáneo (A)

3.5.-AMNIOTOMIA. La ruptura artificial de las membranas amnióticas durante el trabajo de parto es uno de los procedimientos más comúnmente realizados en la práctica obstétrica moderna. Su objetivo principal es acelerar las contracciones y, por tanto, acortar la duración del parto. Sin embargo, hay dudas sobre la efectividad y seguridad de la amniotomía cuando tiene el único fin de acortar los trabajos de parto que comienzan espontáneamente.

¿Qué nos dice la revisión Cochrane? En la revisión se incluyeron 15 estudios y se estudiaron 5.583 embarazadas, con fetos únicos, independientemente de la paridad y semanas de gestación con inicio del trabajo de parto espontáneo.

Se ha asociado a una reducción de uso de oxitocina y riesgo de parto disfuncional, un acortamiento de la duración de la 2ª fase del parto en primíparas. Para el resto de los aspectos expuestos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Los estudios evaluados no proporcionaron información si la amniotomía tiene algún efecto sobre la necesidad de epidural y hay muy pocos estudios sobre la satisfacción de la mujer.

Amniotomía respecto al mantenimiento de las membranas amnióticas íntegras

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Duración de la 1ª fase del parto (N=1127) MD: -20,43 min; (IC 95%:95,93 a 55,06)	Reducción del uso de la oxitocina (N=4264). RR: 0,72, (IC 95%: 0,54 a 0,96) con amniotomía
Duración de la 2ª fase del parto (N=1927) MD: - 1,33; (IC 95%: -2,92 a 0,26)	Disminución de la duración 2º fase del parto en primíparas (N=653) MD: -5,43;(IC 95%: -9,98 a 0,89)
Parto instrumentado (N=5121). RR: 0,99, (IC 95%: 0,87 a 1,13)	Menor riesgo de parto disfuncional (N=1695). RR: 0,60 (IC 95%:0,44 a 0,82) con amniotomía
Cesárea por parto prolongado (N=690) RR:0,45 (IC 95%:0,07 a 3,03).	Reducción del uso de oxitocina (N=4264). RR:0,72 (IC 95%:0,54 a0,96)
Hemorragia posparto (N=690). RR: 0,46; (IC 95%: 0,14 a 1,5)	Apgar < 7 a los 5 (N=2542)). RR: 0,42 (IC 95%:0,20 a 0,88) en mujeres primíparas con membranas íntegras
Prolapso de cordón (N=1615). RR:1 (IC 95%:0,12 a 7,1)	
Uso de método de alivio del dolor (N=3475). RR:1,05 (IC 95%:0,96 a 1,14)	
Satisfacción materna (N=84 mujeres). MD: -1,10 (IC 95%:7,15 a 4,95)	
Alteración FCF en 1ª/2ª etapa del parto (N=1284/N=567 mujeres). RR: 1,09 (IC 95%: 0,97 a 1,23); RR: 1,15 (IC 95%: 0,89 a 1,48)	
Aspiración meconial, (N=1615 neonatos). RR: 3,06 (IC 95% 0,83 a 11,27)	
Acidosis (p< 7,2) (N=1014 neonatos). RR: 1,18 (IC 95% 0,80 a 1,73)	
Apgar < 7 a los 5' (N=3598 neonatos). RR: 0,53 (IC 95%:0,28 a 1) en membranas íntegras	

Conclusiones. No se recomienda que la amniotomía se introduzca rutinariamente como parte del cuidado estándar y el cuidado del trabajo de parto. Se recomienda que este resultado se ponga a disposición de las gestantes y puedan ser útiles como base para la discusión entre la mujer y el profesional para la toma de decisiones.

Recomendación. GPC Cataluña * y GPC SNS; NICE: 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. (A).

3.6.- POSICIÓN DE LA MADRE EN LA PRIMERA FASE DEL PARTO. Estudios observacionales sugieren que la posición de decúbito durante la primera fase del parto puede tener efectos adversos en las contracciones uterinas e impedir el progreso del parto.

¿Qué nos dice la revisión Cochrane? El objetivo de la revisión es evaluar los efectos de las posiciones verticales (caminar, sentada, de pie, rodillas y cuadrúpeda) frente las posiciones de decúbito (supina, semisentada y lateral). Se incluyeron 25 estudios con un total de 5.218 mujeres que estaban en la primera fase del parto. Hubo una alta heterogeneidad en los estudios y los resultados deben ser interpretados con cautela, ya que cada estudio valoró y relacionó diferentes posturas.

A las mujeres del grupo intervención se les animaba a adoptar posiciones verticales y que cambiaran de posición.

1.-Mujeres sin peridural. Se compararon los efectos de las posiciones verticales frente a las posiciones de decúbito. Se evaluó:

-Duración del parto. En líneas generales la duración de la etapa de trabajo de parto fue menor en las posiciones verticales. Se evaluaron las combinaciones de las posiciones. Se constata que todas las posiciones verticales disminuyen la duración de la primera fase del parto

Posición vertical y ambulación respecto posiciones supinas o recostada sin epidural: duración del parto

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Múltiparas. Disminución 30' (N=662) MD: -0,56 (1,19-0,06)	Disminución de 1h 22' (N=2503) MD: -1,36 (IC 95%: -2,22 a-0,51)
	Nulíparas Disminución de 1h,13' (n=1486) MD: -1,21(IC 95%: -2,35 a-0,07)
Posición sentada respecto posiciones supinas o recostadas (N=252 mujeres)	
	Disminución de 2h 23'. MD: -2,39 (IC 95%: -4,06 a-0,72)
Caminar respecto posiciones supinas, recostadas o laterales (N=302 mujeres)	
	Disminución de 3h 57'. MD: -3,96 (IC 95%: -5,36 a -2,57)
Sentada, de pie, cuclillas, cuadrúpeda, caminar respecto posiciones supinas, recostadas o laterales (N=849 mujeres)	
	Disminución de 2h 11'. MD: -2,19 (IC 95%: -3,49 a -0,89)

Tipos de parto. En referencia al tipo de parto las mujeres según paridad, tanto en gestantes nulíparas como múltiparas que adoptaron posiciones verticales tuvieron más partos vaginales, menos partos instrumentados y cesáreas, pero las diferencias no llegaron a ser estadísticamente significativas.

Posiciones verticales, deambulación respecto posiciones supinas o recostadas sin epidural: tipo de parto

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Mayor probabilidad parto vaginal (N=2626). RR: 1,05; (IC 95%: 0,99 a 1,11) Menor probabilidad parto instrumentado (N=2519). RR: 0,91 (IC 95%:0,73 a 1,14)	Menor probabilidad de cesárea (N=2682). RR: 0,71 (IC 95%:0,54 a 0,94).
Nulíparas (N=1282) y múltiparas (N=675) mayor probabilidad parto vaginal RR: 1,06 (IC 95% 0,96 a 1,17); RR: 1,02 (IC 95%:0,99 a 1,05). Nulíparas (N=1175) y múltiparas (N=675) menor probabilidad parto instrumentado RR 0,87(IC 95%: 0,65 a 1,18); RR:0,91 (IC 95% 0,24 a 3,51) Nulíparas (N=1237) y múltiparas (675) menor probabilidad cesárea. RR: 0,79 (IC 95%: 0,52, 1.18); RR: 0.55 (IC 95%: 0,22 a 1,38).	
Caminar respecto posiciones recostada, supina, lateral (N=306)	
	Mayor probabilidad parto vaginal. RR:1,26; (IC 95%: 1,11 a 1,42) Menor probabilidad parto instrumentado. RR: 0,50 (IC 95%: 0,28 a 0,89) Menor probabilidad cesárea. RR: 0,31 (IC 95%: 0,12 a 0,79)
Sentada, de pie cuclillas, rodillas o caminar respecto posiciones recostada, supina o lateral (N=746)	
Menor probabilidad cesárea. RR: 0,73 (IC 95%: 0,53 a 1,02)	Mayor probabilidad parto vaginal. RR:1.14 (IC 95% 1,03 a 1,26) Menor probabilidad parto instrumentado. RR: 0,62 (IC 95%: 0,43 a 0,89).

Cuando se compararon las diferentes combinaciones de posiciones se evidenció que en general las posiciones verticales disminuyen el riesgo de parto instrumentado y cesárea. Las posiciones verticales tenían menos probabilidades de utilizar analgesia epidural y el uso de oxitocina. En referencia a resultados fetales no se detectaron diferencias estadísticamente significativas.

Posiciones verticales respecto posiciones supinas o recostadas sin epidural: otros resultados

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Satisfacción materna (datos no concluyentes)	Puntuación más alta de dolor en posición recostadas (Escala VAS/VRS). (N=87). RR: -10,40 (IC 95%: -13,27 a 7,53).
Episiotomía (N=1374): RR:0,92 (IC 95%: 0,82 a 1,04)	Menor probabilidad de uso de epidural en posiciones verticales. (N=2107). RR: 0,81; (IC 95%: 0,66 a 0,99)
Similar uso de analgésicos opioides (N=1831) RR: 0,99 (IC 95%: 0,85 a 1,15); Entonox (N=300); (N=). RR: 0,97; (IC 95%: 0,72 a 1,31)	
Menor uso de oxitocina (N=1826). RR: 0,89 (IC 95%: 0,76 a 1,05)	
Duración similar 2ª fase del parto. (N=2077) DM: -3.71 (IC 95%-9,37 a 1,94)	

2.- Mujeres con epidural. 7 estudios,1881 mujeres. Se compararon las posiciones verticales respecto posiciones de decúbito. Los resultados no fueron estadísticamente significativos para los siguientes aspectos.

Posiciones verticales respecto posiciones supinas respecto posiciones recostadas o en cama con epidural:

Duración de parto: no valorable ya que se consideró desde la colocación de la analgesia epidural hasta 10 cm).

Posiciones verticales respecto posiciones supinas respecto posiciones recostadas o en cama con epidural: tipo de parto

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Nulíparas(N=1179) y multíparas (N=111) parto vaginal. RR: 0,94: (IC 95%: 0,84 a 1,04); RR: 1,02; (IC 95%: 0,81a 1,27)	
Nulíparas (N=1084) y multíparas (N=111) parto instrumentado. RR: 1,36 (IC 95%: 0,95 a 1,94); RR: 1,09 (IC 95%: 0,49 a 2,42)	
Nulíparas (N=1084) y multíparas (N=206) cesárea: RR: 1,14(IC 95%: 0,75 a 1,73); RR: 1,31 (IC 95%: 0,55 a 3,09)	
Sentada, de pie cuclillas, rodillas o caminar respecto posiciones recostadas, supina, lateral	
Parto vaginal (N=427): RR:0,99 (IC 95%: 0,86 a 1,15) Parto instrumentado: (N=62). RR: 1,55; (IC 95%: 0,49 a 4,95) Cesárea (N=427) RR: 0,81 (IC 95%: 0,52 a 1,28	

Posiciones verticales respecto posiciones supinas o recostadas con epidural: otros resultados

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Uso de opioides (N=409). RR: -1,37 (IC 95%: -7,59 a 4,85)	
Uso de oxitocina (N=1161). RR: 0.98 (IC 95%: 0,90 a 1,07)	
Apgar <7 a los 5' (N=835). RR: 1,04 (IC 95% :0,21 a 5,05)	

Conclusión. Las posiciones verticales durante la 1ª fase del parto asocian con una reducción de tiempo del parte, parto instrumentado, cesárea y uso de analgesia epidural.

GPC Cataluña * / GPC SNS. Entre las mujeres (con y sin analgesia epidural) que adoptan diferentes posiciones durante la primera etapa del parto no se encuentran diferencias significativas en cuanto al uso de oxitocina y de analgésicos, tipo de parto y resultados maternos o neonatales (1+). Las posiciones verticales durante la primera etapa del parto ayudan a reducir la duración del parto (1+).

Recomendación. Informar a las mujeres sobre los beneficios de las posiciones verticales y se les apoye en las posiciones que adopten durante la primera fase del parto.

GPC de Cataluña * y GPC / NICE Animar y ayudar a la mujer a mover y adoptar las posiciones que encuentre más cómoda durante el parto (A).

3.7-MONITORIZACIÓN CONTINUA RESPECTO MONITORIZACIÓN INTERMITENTE PARA LA EVALUACIÓN FETAL DURANTE EL PARTO.

El objetivo de la cardiografía es identificar a los fetos que carecen de oxígeno (hipóxico) para guiar actividades adicionales del bienestar fetal, o determinar si el feto necesita ser parido por cesárea o parto vaginal instrumentado.

Monitorización continua: La frecuencia cardíaca del feto y las contracciones uterinas de la madre se pueden registrar electrónicamente a través de un cardiotocógrafo.

Auscultación intermitente: existe un consenso en las guías clínicas (ACOG 2009; Listón 2007; NIZA 2014; RANZCOG 2014) sobre la frecuencia de la monitorización. La auscultación de la frecuencia cardíaca fetal se debe realizar durante 60 segundos al menos cada 15 minutos en la primera etapa del trabajo de parto y al menos cada cinco minutos en la segunda etapa del parto. El cumplimiento de estas pautas plantea un desafío importante para los profesionales ya suelen tener que atender múltiples tareas simultáneamente. **¿Qué nos dice la revisión Cochrane?** Se incluyeron 13 ensayos que involucraron a más de 37.000 mujeres. La mayoría de los resultados se clasificaron como evidencia de baja calidad para tasas de muerte perinatal, parálisis cerebral, cesárea, partos instrumentados y cualquier analgesia farmacológica. Para los resultados de convulsiones neonatales fueron de calidad moderada y de muy baja calidad para los resultados de acidosis de la sangre del cordón umbilical.

Cardiografía continua (CTG) respecto auscultación intermitente (AI)

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Mortalidad fetal. (N=33515). RR: 0,86 (IC 95%:0,59 a 1,24)	Menor probabilidad de convulsiones neonatales. (N=32386). RR: 0,50 (IC 95%:0,31 a 0,80)
Acidosis cordón umbilical (N=2494). RR: 0,92 (IC 95%:0,27 a 3,11)	Mayor realización de PH fetal (N=13929). RR: 1,24(IC 95%: 1,05 a 1,47)
Parálisis cerebral (N=13252). RR: 1,75 (IC 95%: 0,84 a 3,63)	Menor probabilidad de parto espontaneo (N=18861). RR: 0.91 (IC 95%: 0,86 a 0,96)
Encefalopatía isquémica hipóxica (N=1428). RR: 0,46 (IC 95%:0,04 a 5,03).	Mayor probabilidad parto instrumentado (N=18861). RR: 1,15 (IC 95%: 1,01a 1,33)
Ingreso neonato en unidad de cuidados intensivos (N=33167). RR: 1,01 (IC 95%: 0.86 a 1,18)	Mayor probabilidad cesárea (N=18861). RR: 1,63 (IC 95%:1,29 a 2,07)
Apgar < 7 a los 5'(N=4137). RR: 0,95 (IC 95%:0,71a1,27)	Mayor probabilidad cesárea por FCF alterada o Ph (acidosis) (N=33379). RR: 2,38 (IC 95%: 1,89 a 3,01)
Uso de cualquier analgesia (N=1677). RR: 0,98; (IC 95%: 0,88 a 1,09)	
Uso epidural (N=17930). RR: 1,00 (IC 95%: 0,90 a 1,12)	

Conclusiones. La atención personalizada por parte de una matrona parece difícil de implementar en muchos entornos sanitarios y es probable que sea un factor contribuyente importante para la eficacia (o la falta de ella) de ambos tipos de monitorización de la frecuencia cardíaca fetal.

Con esta condición, las mujeres deben ser informadas que la CTG continua durante el trabajo de parto está asociada con la reducción de crisis neonatales y no tiene un impacto obvio en la parálisis cerebral o mortalidad perinatal, sino que se asocia con un aumento en la incidencia de la cesárea y los partos instrumentados. A medio plazo, los datos de morbilidad disponibles son escasos y los efectos a largo plazo son desconocidos. Los posibles efectos a largo plazo de las convulsiones neonatales prevenibles siguen siendo desconocidos. Las mujeres también necesitan ser informadas de la pérdida de movilidad asociada con el uso de CTG continua en el parto.

Las mujeres, los profesionales y los responsables de la política pública deben considerar cuidadosamente la ausencia de evidencia del impacto de la monitorización continuo del CTG sobre la cesárea y las convulsiones

neonatales en embarazos de bajo riesgo.

Dado el conflicto percibido entre el riesgo para la madre (aumento de la cesárea y el índice de parto instrumentado) y el beneficio para el feto (disminución de la incidencia de convulsiones neonatales), es difícil determinar que efecto es el más importante. Parece razonable basar las decisiones clínicas en las pruebas que tenemos actualmente en lugar de en riesgos desconocidos y de cantidad desconocida. Obviamente, la evaluación del riesgo varía según las personas, los responsables de la formulación de políticas y los entornos sanitarios. El verdadero desafío es cómo transmitir mejor esta incertidumbre a las mujeres y ayudarlas a tomar decisiones informadas sin comprometer la normalidad del trabajo de parto.

GPC Cataluña * / GPC SNS. El MEFC comparada con la AI reduce el índice de crisis convulsivas, pero no tiene impacto en los índices de parálisis cerebral. La monitorización electrónica fetal continua (MEFC) incrementa el número de cesáreas y de partos instrumentados (II).

No se dispone de evidencia suficiente para diferenciar la efectividad de la auscultación mediante Doppler o estetoscopio de Pinard (II)

Recomendaciones.

GPC de Cataluña * y GPC SNS. Tanto el MEFC como la AI son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto. La AI se puede realizar tanto con ultrasonidos Doppler como con estetoscopio (B).

NICE. Ofrecer la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal a las mujeres de bajo riesgo en la primera fase del parto establecido en todos los centros de obstetricia. No realizar cardiotocografía para las mujeres de bajo riesgo en el trabajo establecido (2014, pág. 377).

Monitorización electrónica fetal continua (MEFC) respecto a la monitorización electrónica fetal intermitente (MEFI).

Recomendaciones

GPC Cataluña * / GPC SNS: El uso de MEFI a intervalos regulares (con auscultación intermitente entre los intervalos) parece tan segura como la monitorización electrónica fetal continuo en partes de riesgo bajo (Ib). Tanto el MEFC como la MEFI acompañado de AI son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto (A).

CTG con telemetría respecto a la CTG convencional (NICE) (2014). La evidencia es de moderada a muy baja calidad. No hubo diferencia estadísticamente significativa para el tipo de parto. Las mujeres monitorizadas mediante telemetría tienen tasas más bajas de uso epidural que las mujeres monitorizadas con CTG convencional, pero no hay ninguna diferencia en el uso de otras formas de alivio del dolor. No hay diferencias en las medidas de la duración del parto, en los resultados neonatales (muerte perinatal, ingreso UCI neonatal, pH arterial). Tampoco hubo diferencias significativas en referencia a la experiencia de las mujeres. La mayoría de las medidas de la experiencia de las mujeres no han demostrado una diferencia entre los dos grupos.

Se ha demostrado que el uso de un sistema de telemetría para el seguimiento del parto tiene una reducción en la necesidad de la epidural respecto a la monitorización convencional. Los sistemas de telemetría son más caros que los equipos convencionales, pero el aumento de los costes es compensado por el ahorro en la reducción del tipo de anestesia epidural.

Recomendación: NICE: Ofrecer CTG telemetría a cualquier mujer que necesite la CTG continua durante el parto (2014, pág. 500).

4.-MÉTODOS PARA ALIVIAR EL DOLOR DURANTE EL PARTO.

4.1.- ALIVIO DEL DOLOR NO FARMACOLÓGICO EN EL PARTO.

4.1.1.-BANYERA.La inmersión en agua caliente durante el parto, se utiliza para la relajación, el alivio del dolor, y tiene una larga historia en la atención clínica (Garland 2000).

La inmersión en agua para una mujer embarazada durante cualquier etapa del parto (primera, segunda, tercera), consiste en que el abdomen de la mujer esté completamente sumergido. Esta se lleva a cabo en un recipiente más grande que la bañera doméstica.

La hidroterapia tiene efectos fisiológicos positivos como la flotabilidad, la presión hidrostática y los cambios térmicos asociados. Son una ayuda para las mujeres que hacen el trabajo de parto en el agua.

¿Que nos dice la revisión Cochrane? El objetivo de la revisión fue evaluar los beneficios y riesgos de la inmersión en agua respecto a lo no inmersión durante cada etapa del trabajo de parto. Se incluyeron 12 ensayos (3243 mujeres).

Inmersión en el agua durante el parto y el nacimiento

Inmersión respecto a la no inmersión durante la 1º fase del parto: (maternos y fetales)

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Hemorragia posparto (N=274). RR: 1,58 (IC 95%: 0,80 a 3,13)	Menor probabilidad de uso de epidural (N=2499). RR 0,90 (IC 95% 0,82 a 0,99)
Infección en parto y posparto (N=1295). RR: 0,99 (IC 95%:0,50 a 1,96)	Menor puntuación del dolor a las 2h (escalas ordinales) (N=37). RR: 0,72 (IC 95%: 0,52 a 0,98).
Desgarro II grado (N=1286). RR: 0,94 (IC 95%: 0,74 a 1,20) Desgarro III/IV grado (N=2401). RR:1,37 (IC 95%:0,86 a 2,17)	Reducción TA (media) (N=120): DM: -10,50 (IC 95%: -14,68 a -6,32)
Episiotomía (N=1272). RR:0,93 (IC 95%: 0,80 a 1,08)	Disminución duración 1º fase del parto (N=1461) DM: -32,40 (IC 95%: -58, 67a - 6,13)
Depresión posparto (N=370). RR:1,38 (IC 95%:0, 85a 2,24)	No desea usa de la bañera en el próximo parto (N=119). RR 0,38 (IC 95%:0,14 a 0,98)
Amniotomía (N=926) / uso de oxitocina (N=1125) RR:1,02(IC 95%: 0,90a 1,16); RR:0,64 (IC 95%: 0,32 a 1,28)	
Puntuación del dolor a las 2h (escala visual) (N=37). RR:0,83 (IC 95%: 0,66a1,05)	
Cualquier uso de analgesia (N=394). RR:1.05 (IC 95%: 0,80 a1,39)	
Duración 2ªfase del parto (N=1524) DM: 0,47 (IC 95%: -3.45 a4,38)	
Duración 3ªfase del parto (N=1165).DM: -0,52 (IC 95%: -1.84 a 0,79)	
Parto instrumentado (N=2628); cesárea (N=2712) RR:0,86 (IC 95%: 0,71 a 1, 05); RR: 1,21 (IC 95%: 0,87 a 1,68)	
Patrón anormal FCF. (N=487). RR: 0,75 (IC 95%: 0,34, a 1,67)	
Presencia meconio (N=1260). RR: 0,95 (IC 95%: 0,76 a 1,19)	
Apgar <7 a los 5' (N=1834). RR:1.58 (IC 95%: 0,63 a 3,93)	
PH de cordón umbilical<7,20 (N=110). RR:5,18 (IC 95%:0,25, a 105,51)	
Ingreso a la unidad de curas intensiva neonatales (N=1571). RR:1,06 (IC 95% 0,71 a 1,57)	
No lactancia >6 semanas posparto (N=369). RR: 1.17 (IC 95%: 0,64 a 2,15)	

Inmersión respecto a la no inmersión durante la 2ª fase del parto

No hay diferencias significativas	Diferencias significativas
Hemorragia posparto (N=120). RR 0,14; (IC 95%: 0,01 a 2,71)	
Desgarro II grado (N=179). RR 1,21 (IC 95%: 0,65 a 2,24) Desgarro III/IV grado (N=60). RR 1,54 (IC 95%: 0,07 a 36,11)	
Intensidad de dolor moderado (N=117). RR:1.06 (IC 95%: 0,73 a 1, 53)	
Parto instrumentado (N=180) y cesárea (N=180). RR:0,73 (IC 95%:0,21 a 2,54); RR: 0,33 (IC 95% 0,07 a 1, 52)	
Duración del parto (N=286). DM: -1.24 min (IC 95% -8,05 a 5,56)	
Satisfacción con la experiencia del parto (N=60). DM: 0,03 (IC 95%: -0,64 a 0,70),	
No desea usa de la bañera en el próximo parto (N=117). RR: 0,57 (IC 95%: 0, 22 a 1,47)	
Presencia meconio (N=180 neonatos). RR: 1,32 (IC 95%: 0,63 a 2,80)	
Mortalidad neonatal (N=120). RR: 3.00 (IC 95%: 0,12 a 72,20)	
Apgar<7 a los 5' (N=119). RR: 4,92 (IC 95%: 0,24 a 100,31)	
PH de cordón umbilical<7,20 (N=116 neonatos). RR: 0,89 (IC 95%: 0, 45 a 1,75)	
Ingreso en unidad de cuidados intensivos (n=180). RR:0,79 (IC 95% 0,25 a 2,49)	
Lactancia (n=60 neonatos). RR:0,86 (IC 95%: 0,69 a 1,08)	

Solo un estudio comparó los resultados entre realizar una inmersión temprana respecto una inmersión tardía (n=200) Las mujeres con inmersión temprana mostraron un aumento de la incidencia de amniotomía y/o uso de oxitocina para aumentar el trabajo de parto RR 1,90; (IC 95%: 1,35 a 2,68). El uso de analgesia epidural también fue superior entre las mujeres del grupo de inmersión temprana. RR 2,21; IC del 95%: 1,39 a 3.52).

Conclusión. La inmersión en agua durante la primera etapa del trabajo de parto redujo significativamente los requerimientos de analgesia epidural

Recomendaciones:

Guía NICE: Asesorar a la mujer y su compañero de nacimiento que la inmersión en el agua puede reducir el dolor durante la primera fase latente del trabajo de parto.

GPC de Cataluña*, GPC SNS: Se recomienda la inmersión en agua caliente como un método eficaz de alivio de dolor durante la fase tardía de la primera etapa del parto (A).

4.1.2.- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS). La unidad TENS emite impulsos de baja tensión eléctrica que varían en frecuencia e intensidad. Durante el trabajo de parto, los electrodos TENS generalmente se colocan en la parte inferior de la espalda, también puede ser utilizado para estimular puntos de acupuntura u otras partes del cuerpo. Los mecanismos fisiológicos por los que la TENS alivia el dolor son inciertos.

¿Que nos dice la revisión Cochrane? El objetivo de la revisión fue evaluar el efecto de TENS en el alivio del dolor Se incluyeron 17 estudios, 1455 mujeres.

TENS respecto placebo o atención habitual

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Menor probabilidad de dolor severo (N=147). RR:0,67 (IC 95%: 0,32 a 1,40)	Menor probabilidad de dolor severo (TENS aplicado en puntos de acupuntura. (N=190) RR 0,41 (IC 95%: 0,31-0,54).
Satisfacción con el alivio del dolor. (N=452). RR:1,25 (IC 95%: 0,98 a 1,60)	Mayor satisfacción con el alivio del dolor. TENS aplicado en puntos de acupuntura (N=90). RR 4,10 (IC 95%: 1.81 a 9.29).
Parto instrumentado (N=840) y cesárea (N=868). RR 0,82 (IC 95%: 0,56 a 1,19); RR:1.35 (IC 95%: 0,84 a 2,17)	Mayor uso de TENS en siguiente parto (N=583). RR 1,50 (IC 95%: 1,23 a 1.83) Mayor uso de TENS aplicado en puntos de acupuntura en siguiente parto (N=100). RR 1,45 (IC 95%: 1,18 a 1,79)
Ph fetal <7,1. (N=200). RR:0,33 (IC 95%:0,01a 8.09)	Mayor probabilidad de parto instrumentado en TENS aplicado en los puntos de acupuntura (N=100). RR 4.50, (IC 95%: 1,02 a 19,79)

TENS y epidural respecto solo epidural

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Intensidad del dolor (N=80).MD 0,23 (IC 95%: -8.71 a 9.16)	
Parto instrumentado y cesárea (N=40) RR:1,00 (IC 95%:0,07 a 14,90); RR: 0,33 (IC 95%:0,01 a 7,72)	

Existe alguna evidencia de que las mujeres que utilizan TENS en el trabajo de parto son menos propensas a calificar su dolor como intenso, pero la evidencia no es sólida ni consistente. La mayoría de las mujeres que usan TENS dijeron que estarían dispuestas a usarlo de nuevo en un trabajo futuro. Los resultados del uso de TENS en los puntos de acupuntura son positivos, pero sólo dos estudios han evaluado esta intervención y el hecho de que la tecnología debe ser aplicada por el personal cualificado puede limitar su aplicación.

Cuando se usó TENS como complemento de la analgesia epidural, no hubo evidencia de que redujera el dolor.

Conclusiones. Hay poca evidencia de que la TENS reduce el dolor en el trabajo y no parece tener ningún impacto (positivo o negativo) en otros resultados para madres o criaturas.

Hay pruebas de alto nivel que la TENS no es un analgésico eficaz en el trabajo de parto establecido.

No hay evidencia de alto nivel sobre el efecto analgésico de la TENS en la fase latente del trabajo de parto

Recomendación.

GPC de Cataluña*, GPC SNS: Hay inconsistencia entre los resultados de los diferentes estudios y la evidencia que aporta el estudio que encuentra eficacia en el alivio del dolor es muy indirecta, por lo que no sería aplicable en nuestro contexto (1+).

El método TENS no debería ser ofrecido a las mujeres con parto establecido (A).

NICE No ofrecer estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) para las mujeres en trabajo de parto establecido (2007).

4.1.3.-TÉCNICAS DE RELAJACIÓN. Las técnicas de relajación son intervenciones de la mente y del cuerpo que se basan en el desarrollo de la conciencia de la tensión muscular, la práctica de la liberación de la tensión y el mantenimiento de la relajación a menudo se lleva a cabo en combinación con la respiración enfocada, la meditación y la visualización.

Las técnicas de relajación incluidas en la revisión Cochrane incluyen la visualización, la relajación muscular progresiva, las técnicas de respiración, el yoga y la meditación

La visualización es una técnica que utiliza la capacidad de la propia mente para afectar el estado físico, emocional o espiritual de la persona, utilizando la imaginación como herramienta terapéutica (McCaffery 1979).

La relajación muscular progresiva fue originalmente diseñada para Jacobson, a través de tensiones y relajaciones sucesivas de los grupos musculares del cuerpo consigue una relajación corporal general (Jacobson, 1938).

Las técnicas respiratorias llamadas psicoprofilaxis hacen hincapié en la relajación como respuesta condicionada a las contracciones del parto, combinadas con una variedad de técnicas respiratorias diseñadas para mejorar la oxigenación e interferir con la transmisión de señales de dolor desde el útero hasta al cerebro (Velovsky 1960).

Yoga es una práctica que combina posturas físicas, técnicas de respiración y meditación o relajación.

¿Que nos dice la revisión Cochrane? Se incluyeron 11 estudios, 1374 mujeres.

Técnicas de relajación respecto atención estándar (5 estudios N=1066 mujeres)

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Percepción de dolor (memoria) (N=904) DM: -0,00, (IC 95%: -0,22 a 0,22)	Reducción en la intensidad del dolor. Fase latente. (n=40). DM -1,25, (IC 95%: -1,97 a -0,53) Fase activa. (n=74).MD: -2,48 (IC 95%: -3,13 a -1,83)
Satisfacción con el parto (N=904). DM: -0,40 (IC 95%: -3,47 a 2,67)	Mayor satisfacción con el alivio del dolor (N=40). RR: 8,00 (IC 95%: 1,10 a 58,19)
Parto por cesárea (N=904). RR: 0,91 (IC 95%: 0,71 a 1,18)	Menor probabilidad de parto instrumentado (N=86). RR: 0.07 (IC 95%: 0,01 a 0,50)
Apgar<7 a los 5' (N=34). RR: 0,47 (IC 95%:0,02 a 10,69)	
Uso de epidural. (N=904). RR:1,00 (IC 95%: 0,88 a 1,13)	
Uso de oxitocina (N=34). RR:1,14 (IC 95% 0,82 a 1,59)	
Duración del parto (N=36) DM: 105,56 (IC 95% -1.50 a 212,62)	

Yoga respecto atención estándar (2 estudios N=149 mujeres)

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Uso epidural (N=66). RR: 0,82 (IC 95%: 0,49 a 1,38)	Reducción de la intensidad del dolor (N=66). DM: -6,12(IC 95%: -11,77 a -0,47)
Uso oxitocina (N=66). RR: 0,76 (IC 95%: 0,45 a 1,31)	Mayor satisfacción con el alivio del dolor (N=66). DM: 7,88(IC 95%: 1,51 a 14,25)
	Mayor satisfacción con la experiencia del parto (N=66). MD: 6,34 (IC 95%: 0,26 a 12,42)
	Duración del parto (N=66).DM: -139,91 (IC 95%: -252,50 a -27,32).

Música respecto atención estándar (1 estudio N=60 mujeres)

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Intensidad del dolor (N=60). DM -0,17 (IC 95%: -1.41 a 1,07. Fase activa del parto.MD: -0.18 (IC 95%: -0,70 a 0,34)	
Parto por cesárea (N=60). RR: 1,25 (IC 95%: 0,37 a 4,21)	
Uso epidural (N=60). RR: 0,83(IC 95%: 0,53 a 1,32)	
Duración del parto. (N=60) DM: -2,60 (IC 95%: -11,58 a 6,38)	
Ansiedad (N=60).DM: 1,18 (IC 95%: -0,13 to 2,49)	

Actualmente hay un pequeño número de casos incluidos en cada comparación, esto indica que los resultados deben ser interpretados con precaución.

Conclusión. Los datos disponibles son limitados y sugieren que la relajación puede ser una modalidad útil para el manejo del dolor en el trabajo de parto; sin embargo, no hay pruebas suficientes para hacer recomendaciones clínicas

NICE: No ofrecer o aconsejar el yoga para aliviar el dolor durante la primera fase latente del trabajo de parto. Si una mujer quiere utilizar esta técnica, respetar sus deseos (2014).

Hay una falta de evidencia científica sobre la efectividad de las técnicas de respiración y relajación en la reducción del dolor medido durante el parto o en otros resultados clínicos.

GPC de Cataluña.

La relajación se ha asociado a una reducción de la intensidad del dolor en la fase latente y en la fase activa del parto, con el incremento de la satisfacción y un menor número de partos vaginales asistidos. (1-).

El yoga se asoció a una reducción del dolor, a un incremento de la satisfacción en el alivio del dolor y con la experiencia del parto y una reducción de la duración del parto cuando se compara con la atención habitual y con la posición supina (1-).

Los ensayos que evaluaron música y audioanalgesia no encontraron diferencias en la intensidad del dolor, satisfacción con el alivio del dolor y el número de cesáreas (1-).

Recomendaciones. Las mujeres que elijan utilizar técnicas de respiración o relajación deberían recibir apoyo en su elección.

Dada la variabilidad individual, debería apoyar la decisión de la mujer respecto de estas técnicas

NICE: Si una mujer decide utilizar técnicas de respiración y relajación durante el parto, hay que apoyar y dar apoyo a la mujer en esta elección (2007).

4.1.4-ACUPUNTURA. La acupuntura es una técnica que implica la inserción de agujas finas en diferentes partes del cuerpo con el fin, principalmente, para aliviar el dolor y también tratar diferentes enfermedades. Esto se consigue con la estimulación de puntos concretos del cuerpo. Los puntos de acupuntura que se utilizan para reducir el dolor del parto se encuentran en las manos, los pies y las orejas.

Hay varias teorías sobre cómo funciona la acupuntura. La medicina tradicional china y la acupuntura clásica explican la función fisiológica y la función de la enfermedad basada en los conceptos teóricos de Yin y Yang y los Cinco Elementos.

Una teoría propone que la estimulación de las fibras táctiles bloquea el dolor con el mismo impulso. (Wall 1967). Como la mayoría de los puntos de acupuntura están bien conectados o situados cerca, de estructuras neurales, esto sugiere que la acupuntura estimula el sistema nervioso.

Otra teoría sugiere que la acupuntura estimula al cuerpo a liberar endorfinas (opiáceos endógenos), que reducen el dolor (Pomeranz, 1989).

¿Que nos dice la revisión Cochrane? El objetivo de la revisión fue evaluar el uso de acupuntura durante el parto. 13 estudios, 1986 mujeres.

Acupuntura respecto ninguna intervención

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Parto instrumentado (N=163). RR:0,49 (IC 95%:0,18 a 1,38)	Intensidad del dolor reducida. (N=163) Las mujeres que recibieron acupuntura tuvieron menos intensidad de dolor SMD: -1.00, (IC 95%: -1.33 a -0.67)
Cesárea (N=163): RR:0,76(IC 95%:0,35 a 1,83)	

Acupuntura respecto placebo

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Intensidad del dolor (N=240). DMS: 0,04 (IC 95%: -0,22 a 0,30)	Satisfacción con el alivio del dolor (N=150). RR: 2,38 (IC 95%: 1,78 a 3,19)
Parto instrumentado (N=208). RR: 0,64 (IC 95%: 0,27 a 1,50)	Uso de analgesia farmacológica (N=136). Menor uso con acupuntura RR: 0,72 (IC 95%: 0,58 a 0,88)
Cesárea (N=448). RR: 1,39 (IC 95%: 0,62 a 3,10)	
Apgar <7 a los 5' (N=208 neonatos). RR: 0,32 (IC 95%: 0,01 a 7,79)	

Acupuntura respecto atención habitual

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Intensidad del dolor (N=90). DMS: -0,14 (IC 95%: -0,55 a 0,28)	Menor parto instrumentado (N=704) con acupuntura. RR: 0,67 (IC 95%: 0,46 a 0,98).
Satisfacción con el alivio del dolor (N=90). RR: 1,08 (IC 95%: 0,95 a 1,22)	Uso analgesia farmacológica (N=704). Menor uso con acupuntura. RR: 0,68 (IC 95%: 0,56 a 0,83)
Cesárea (N=506). RR: 0,86 (IC 95%: 0,47 a 1,60)	
Apgar < 7 a los 5' (N=706). RR: 0,60 (IC 95%: 0,12 a 2,99)	

4.1.5.-ACUPRESIÓN. Terapia que consiste en aplicar presión en el punto de acupuntura.

¿Que nos dice la revisión Cochrane? El objetivo de la revisión fue evaluar el uso de la acupresión durante el parto 3 estudios, 465 mujeres.

Acupresión respecto placebo

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Uso de analgesia farmacológica (N=75). RR: 0,54 (IC 95%: 0,20 a 1,43).	Intensidad de dolor (N=120). Menor con acupresión DME: -0,55 (IC 95%: -0,92 a -0,19)
	Uso de oxitocina. Menor en acupresión (N=120). RR: 0,66 (IC 95%: 0,46 a 0,94)
	Cesárea. (N:120). Menor con acupresión. RR: 0,24 (IC 95%: 0,11 a 0,54)
	Uso de oxitocina menor (N=120). RR: 0,66 (IC 95%: 0,46 a 0,94)

Acupresión respecto placebo o no tratamiento

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Satisfacción con la experiencia del parto (N=211). DM: 4,80 (IC 95%: -2,29 a 11,89)	Intensidad de dolor (N=322). DME: -0,42 (IC 95%: -0,65 a -0,18)
Uso de analgesia farmacológica (N=145). RR: 0,94 (IC 95%: 0,71 a 1,25)	Cesárea. (N=212): RR: 0,48 (IC 95%: 0,22 a 1,04)
Uso de oxitocina (N=222). RR: 1,01 (IC 95%: 0,77 a 1,31).	
Parto instrumentado (N=212). RR: 0,81 (IC 95%: 0,39 a 1,67)	

Conclusiones. Un beneficio de la acupuntura y la acupresión es que disminuye el uso de analgesia farmacológica, el dolor es menos intenso y se produce un aumento de la satisfacción materna.

Los datos disponibles sugieren que la acupuntura y la acupresión pueden ser una terapia útil para el manejo del dolor durante el trabajo de parto.

Sin embargo, no hay pruebas suficientes para hacer recomendaciones clínicas.

No hay datos suficientes para demostrar si la acupuntura y la acupresión son más eficaces que un control con placebo, o si hay un beneficio adicional de la acupuntura cuando se utiliza en combinación con la atención habitual.

NICE: La acupuntura parece estar asociada con una reducción en el uso de alivio del dolor farmacológico y de

inducción del parto, pero con ninguna reducción en las puntuaciones de dolor.

Recomendaciones. NICE No ofrecer acupuntura o acupresión, pero no impedir que las mujeres que quieran realizarlas lo hagan (2007).

No ofrecer o aconsejar la acupresión para aliviar el dolor durante la primera fase latente del trabajo de parto. Si una mujer quiere utilizar esta técnica, respetar sus deseos (2014).

4.1.6.-AROMATERAPIA. La aromaterapia se basa en el poder curativo de las plantas con el uso de aceites esenciales para mejorar el bienestar físico y mental. El mecanismo de acción de la aromaterapia no está claro. Se cree que los aceites esenciales pueden aumentar la propia secreción del cuerpo de neurotransmisores sedantes, estimulantes y relajantes (paracrinós y endocrinós).

Los aceites pueden aplicarse sobre la piel, en un baño o inhalados con una infusión de vapor o un quemador

¿Qué nos dice la revisión Cochrane? El objetivo de la revisión fue evaluar el uso de la aromaterapia en el parto. Se incluyeron 2 estudios, 535 mujeres.

Aromaterapia respecto atención habitual

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Parto espontáneo (N=513). RR: 1,00 (IC 95%:0,94 a 1,06)	
Parto instrumentado. (N=513). RR: 1,04. (IC 95%: 0,48-2,28)	
Cesárea (N=513). RR: 0,98 (IC 95%: 0,49 a 1,94)	
Ingreso neonato en unidad de cuidados intensivos (N=513). RR: 0,08 (IC 95%: 0,00 a 1,42)	
Uso epidural (N=513). RR: 0,35 (IC 95%:0,04 a 3,32)	

En referencia a la intensidad de dolor las mujeres en el grupo de aromaterapia sólo se les pidió que clasificaran su nivel de dolor después de recibir la aromaterapia. No se dispone de datos comparables del grupo de control. Las mujeres nulíparas informaron una reducción del dolor después de la aromaterapia, no hubo diferencias en el dolor para las mujeres múltiparas.

Aceite específico (jengibre) respecto otro aceite (lemongrass) (n=22 mujeres)

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Parto espontáneo (N=22). RR: 0,93 (IC 95%:0,67 a1,28)	
Parto instrumentado (N=22). RR: 0,83 (IC 95%: 0,06 a 11,70)	
Cesárea (N=22). RR:2,54 (IC 95%: 0,11 a 56,25)	
Ingreso neonato en cuidados intensivos. No estimable	
Apgar <7 a los 5'. No estimable	
Uso métodos farmacológicos (N=22). RR: 2,50 (IC 95%: 0,31 a 20,45)	

Conclusión. No hay evidencia suficiente sobre la efectividad del tratamiento de aromaterapia en el manejo del dolor en el trabajo de parto. Tampoco en el resto de los resultados valorados en los dos ensayos controlados que comparan los aceites esenciales con un control activo o cuidado estándar.

Implicaciones para la Práctica

No se ha establecido la eficacia y efectividad de la aromaterapia, y no se puede hacer una recomendación para la práctica clínica.

Recomendación. NICE: No ofrecer o aconsejar aromaterapia para aliviar el dolor durante la primera fase

latente del trabajo de parto. Si una mujer quiere utilizar esta técnica, respetar sus deseos (2014).

4.1.7.-INYECCIÓN DE AGUA ESTÉRIL. Las inyecciones intracutaneas o intradérmicas de agua estéril en la piel sobre el sacro se utilizan para el alivio del dolor en el trabajo de parto, especialmente el dolor de la espalda. La técnica se considera que actúa a través de la liberación de opioides endógenos (encefalinas y las endorfinas).

¿Que nos dice la revisión Cochrane? El objetivo de la revisión fue evaluar el uso de agua estéril en el parto. Se incluyeron 7 estudios, 776 mujeres

Inyección de agua estéril respecto inyección solución salina (placebo) (N=667 mujeres)

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Parto instrumentado (N=666). RR: 1,3 (IC 95%: 0,79 a 2,18)	
Cesárea (N=766). RR: 0,58 (IC 95%: 0,33 a 1,02)	
Uso de otro tipo de analgesia (N=467). RR: 0,86 (IC 95%: 0,44 a 1,69)	

Conclusiones. Se encuentra poca evidencia sólida de que el agua estéril es eficaz para dolor de la espalda (lumbar) o cualquier otro dolor en el trabajo de parto. Tampoco hay ninguna diferencia en el parto u otros resultados maternos o fetales.

Son necesarios más estudios grandes y metodológicamente rigurosos para determinar la eficacia del agua estéril para aliviar el dolor en el trabajo de parto.

NICE: Hay una falta de evidencia del beneficio de inyección de agua estéril en el trabajo de parto. No se recomienda utilizar la inyección agua inyectada (2007).

GPC: No hay consistencia en las preferencias de las mujeres sobre la elección de la inyección de agua estéril para el alivio del dolor lumbar en un futuro parto, ni en la necesidad de analgesia posterior (1+).

En población sana la inyección intradérmica de agua estéril es más dolorosa y produce mayor escozor que la inyección subcutánea (1+).

La utilización de inyecciones de agua estéril disminuye en mayor grado el dolor lumbar y consigue mayor relajación que la acupuntura (1+).

Se encontró menor tasa de cesáreas en el grupo que utilizó la inyección de agua estéril comparada con el de la inyección isotónica salina o una terapia alternativa (acupuntura o TENS). No se encontraron diferencias en el resto de los ítems (1-).

La inyección subcutánea de agua estéril parece tener un alivio pequeño pero significativo del dolor durante el parto (1+).

La inyección de agua subcutánea estéril parece ser un método simple y eficiente para el dolor lumbar. Proporciona un efecto que dura entre 45 y 90 minutos y debe repetirse durante el parto (1 ++).

Recomendación: GPC de Cataluña. Puede utilizarse la inyección de agua estéril durante el parto como un método eficaz de alivio del dolor lumbar; cabe informar que la inyección intradérmica produce escozor y dolor intenso momentáneos (B).

4.1.8. MASAJE. El masaje implica la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo. Puede ayudar a aliviar el dolor, ayudando a la relajación, la inhibición de la transmisión sensorial en las vías del dolor o mejorando el flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos (Vickers 1999). El masaje sobre la zona lumbosacra puede ser calmante para una mujer que está experimentando un dolor de espalda durante el parto.

Reflexólogos proponen que hay puntos reflejos en los pies correspondientes a los órganos y estructuras del cuerpo y que el dolor puede reducirse mediante manipulación suave o presionando ciertas partes del pie. La presión aplicada a los pies se ha demostrado que resulta un efecto anestésico en otras partes del cuerpo (Ernst 1997).

¿Que nos dice la revisión Cochrane? El objetivo de la revisión fue evaluar el uso de masaje como método de alivio de dolor en el parto. Se incluyeron 6 estudios,326 mujeres.

Masaje respecto cuidado habitual (n=225 mujeres)

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Intensidad del dolor: - 2ª fase del parto (N=124). DME: -0,98, (IC 95%: -2,23 a 0,26) - 3ª fase del parto. (N=124). DME: -1,03 (IC 95%: -2,17 a 0,11)	Intensidad del dolor: Menor en la 1ª fase del parto (N=225). DME: -0,82 (IC 95%: -1,17 a -0,47)
Satisfacción sobre el alivio del dolor (N=30). DM: 0,47 (IC 95%: -0,13 a 1,07)	Reducción de ansiedad en 1ª fase del parto (N=60) DM: -16,27 (IC 95%: -27.03 a -5.51, 60)
Sentido de control (N=40) .DM: -6.10 (IC 95%: -13,11 a 0,91)	
Parto instrumentado (N=105). RR: 0,46 (IC 95%:0,14 a 1,50)	
Cesárea (N=105). RR:0.73 (IC 95%: 0,24 a 2,22)	
Ingreso neonato cuidados intensivos (N=44). RR: 1,93 (IC 95%: 0,13 a 28.79)	
Uso métodos farmacológicos (N=105). RR: 1,19 (IC 95%: 0,28 a 5,08)	
Ansiedad similar en la 2ª y 3ª fase del parto (N=60) DM: -8,97 (IC 95%: -20,79 a 2,85) y DM: -4,57 (IC 95%: 14.04 a 4,90).	

Masaje respecto música

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Uso de métodos farmacológicos (N=101). RR: 0.41, (IC 95%:0,16 a 1,08)	Intensidad de dolor menor con el masaje (N=101). RR: 0,40 (IC 95%: 0,18 a 0,89)

Conclusiones. Implicaciones para la práctica. Los datos sugieren que el método puede ser una herramienta útil para el manejo del dolor en el trabajo de parto; sin embargo, no hay evidencia suficiente para hacer recomendaciones clínicas. En general hay datos insuficientes para demostrar si el masaje proporciona un beneficio adicional cuando se usa en combinación con la atención habitual, o si son más eficaces que la atención habitual.

NICE: Asesorar a la mujer y su compañero de nacimiento que los masajes pueden reducir el dolor durante la primera fase latente del trabajo de parto [2014].

GPC de Cataluña *; GPC SNS. El masaje por la persona acompañante reduce el dolor y la ansiedad durante el parto y mejora el humor de la madre (1+).

El tacto tranquilizador reduce la ansiedad expresada durante el parto. (2+).

El masaje es útil en la reducción del dolor y de la ansiedad en la primera etapa del parto. (1+).

Recomendaciones. Se recomienda el masaje y el contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor durante la primera y la segunda etapa del parto (B).

Se recomienda el uso del masaje como un método de alivio del dolor durante la primera y la segunda etapa del parto (A).

4.1-9.-PELOTA. En la revisión sistemática y metaanálisis publicado en la Journal Obstetricia Gyneacologist en el 2015, se evalúa el efecto de la pelota en el alivio del dolor y concluye que hay una disminución, estadísticamente significativa, del dolor durante la primera etapa del parto cuando se utiliza la pelota.

NICE: No hay evidencia sobre la eficacia de la "pelotas para el parto" para reducir el dolor del parto. Pueden, sin embargo, ayudar a las mujeres a encontrar una posición cómoda.

GPC de Cataluña y GPC SNS Los ejercicios con pelotas de parte disminuyen el dolor durante el trabajo de parto (1+). Los ejercicios con pelotas de parte disminuyen el dolor de parto y aumentan la autoeficacia del parto (1+).

Recomendaciones. Las mujeres que elijan usar las pelotas de goma deben ser animadas a hacerlo para buscar posturas más confortables.

Se recomiendan los ejercicios con pelotas como una opción en la disminución del dolor durante el parto (A).

¿Que nos dice la revisión Cochrane? Se incluyeron 9 estudios, 2945 mujeres

4.1.10.-HIPNOSIS. El término "hipnosis" fue propuesto por James Braid en la década de 1840 y la técnica se adoptó pronto como un método de alivio del dolor para el parto (Platonov 1960).

- Las sugerencias son "comunicaciones verbales y no verbales" que pueden usarse para influenciar las percepciones, el estado de ánimo o el comportamiento (Cyna 2004; Cyna 2009).
- En el contexto del parto, las sugerencias se pueden enfocar en aumentar la sensación de seguridad, relajación y comodidad, replantear la experiencia de una vivencia de dolor como un logro, así como potencialmente desarrollar sensaciones de una anestesia.

Autohipnosis o hipnoterapia respecto otras intervenciones o control

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Parto espontaneo (N=2361). RR: 1,12 (IC 95%: 0,96 a 1,32)	Menor uso de métodos farmacológicos (N=2916). RR: 0,73 (IC 95%: 0,57 a 0,94).
Parto instrumentado (N=2363). RR: 0,80 (IC 95%: 0,63 a 1,03)	Mayor satisfacción con la experiencia del parto (6 semanas posparto) (N=1126) MD: -4,40 (IC 95%: -7,22 a -1,58)
Cesárea (N=2756). RR: 0,90 (IC 95%: 0,60 a 1,34)	Mejor puntuación de Escala Edinburgh (N=376). DM: -0,21 (IC 95%: -0,28 a -0,15)
Satisfacción con el alivio del dolor (N=246). RR: 1,06: (IC 95%: 0,94 a 1,20)	
Intensidad del parto (N=60). RR: -0.70 (IC 95%: -1.03 a 0.37)	
Sentido de afrontamiento respecto al parto (N=420). DM: 0,22 (IC 95%: -0,14 a 0,58)	
Satisfacción con la experiencia del parto (N=370). RR: 1,36 (IC 95%: 0,52 a 3,59)	
Uso de la epidural (N=2817). RR: 0,81 (IC 95%:0,51 a 1,27)	
Parto pretérmino (N=1217). RR: 0,96 (IC 95%: 0,56 a 1,65)	
Duración del parto (N=559). DM: -93,78 (IC 95%: -233,43 a 45,87)	
Trauma perineal (episiotomía; desgarro) (N=1217). RR: 0,91 (IC 95% 0,80 a 1,30)	
Inducción al parto (N=2247). RR: 0,98 (IC 95%: 0,77 a 1,25)	
Uso de oxitocina (N=2165). RR: 0,97 (IC 95%: 0,88 a 1,08)	
Hemorragia posparto (N=1522). RR: 1,12 (IC 95%: 0,59 a 2,15)	
Lactancia materna al alta (N=1826). RR: 1,01 (IC 95%: 0.98 a 1,06)	
Ingreso neonato en cuidados intensivos (N=2233). RR: 1,06 (IC 95%: 0,86 a 1,30)	
Apgar <7 a los 5' (N=1582). RR: 1,02 (IC 95%: 0,28 a 3,71)	

Conclusiones. La hipnosis puede reducir el uso general de analgesia durante el trabajo de parto, pero no el uso epidural. No se encontraron diferencias claras entre mujeres en la hipnosis los de los grupos de control para la satisfacción con el alivio del dolor, el control del parto, el parto espontáneo. No existe suficiente evidencia con respecto a la satisfacción con el alivio del dolor.

NICE: La hipnosis parece estar asociada con una reducción en el uso de fármacos para el alivio del dolor y de inducción. Hay una falta de pruebas en las puntuaciones de dolor.

Recomendación. NICE. No ofrecer hipnosis, pero no impedir que las mujeres que quieran realizarla lo hagan, ya que su eficacia no está demostrada (2007).

4.2.- ALIVIO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR EN EL PARTO.

4.2.1. FÁRMACOS NO OPIOIDES.

¿Qué nos dice la revisión Cochrane? Evaluó la efectividad de diferentes fármacos no opioides para el alivio del dolor en el parto tales como fármacos no esteroides antiinflamatorios, paracetamol, antihistamínicos, antiespasmódicos y sedantes. La calidad general de la evidencia es baja-moderada.

Se comparó el uso de no opioides respecto placebo; el uso de fármacos no opioides respecto fármacos opioides y fármacos no opioides ante tipos diferentes o dosis de fármaco no opioides.

Hay poca evidencia sobre la eficacia y seguridad de la mayoría de los fármacos no opiáceos. Sin embargo, los ensayos sugieren que algunos fármacos no opioides pueden proporcionar alivio del dolor. Se encontraron que fármacos no opiáceos (sedantes) respecto al placebo proporcionan mejor alivio del dolor, una mejor satisfacción con el alivio del dolor (sedantes y antihistamínicos) y una mejor satisfacción con la experiencia del parto.

Las mujeres que tomaban fármacos no opioides (AINE o antihistamínicos) eran menos propensas a estar satisfechas con el alivio del dolor en comparación con las mujeres que recibían opioides. Las mujeres que recibieron sedantes estaban más satisfechas con el alivio del dolor respecto otros antihistamínicos. No hay evidencia de una diferencia significativa para ninguna de las comparaciones de los no opioides para los resultados de seguridad. A continuación, se presentan los resultados más relevantes.

Fármacos no opioides respecto placebo o no tratamiento

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Parto instrumentado/Cesárea Antiespasmódicos (N=214). RR 0,45 (IC 95%:0,99 a 2,35); N=130. RR:0,83 (IC 95%:0,27 a 2,60) Sedantes (N=417). RR:0,93 (IC 95%: 0,84 a 1,03); (N=203). RR:3,62 (IC 95%:0,40 a 32,6). 1,26 (IC 95%:0,40 Antihistamínicos (N=49). RR:3,12 (IC 95%: 0,13 a 73,04)	Sedantes mejor en: - Alivio del dolor (N=50). DM: -22,00 (IC 95%: -35.86 a -8.14) - Satisfacción con el alivio del dolor (N=204). RR: 1,59 (IC 95%: 1,15 a 2,21) -Satisfacción con la experiencia con el parto (N=40). RR: 2,16 (IC 95%:1,34 a 3,47).
Apgar < 7 a los 5'. Sedantes (N=259). RR 1,16 (IC 95%: 0,55 a 2,45)	Antihistamínicos -Satisfacción con el alivio del dolor (N=223). RR: 1,80 (IC 95%: 1,16 a 2,79).

Fármacos no opioides respecto diferentes tipos o dosis de fármacos no opioides

Parto instrumentado (N=289). RR: 0,82 (IC 95%:0,64 a 1,03).	Mayor satisfacción entre las mujeres con fármacos sedantes respecto antihistamínicos. (N=157). RR: 1,52. (IC 95%: 1,06 a 2,17)
Apgar <7 a los 5'.	

Fármacos no opioides respecto diferentes tipos de intervención (opioides)

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Parto instrumentado (N=48). RR:1,00 (IC 95%:0,07 a 15,08)	Antiinflamatorios no esteroideos menos -Satisfechas con alivio de dolor (N=76). RR: 0,50 (IC 95% 0,27 a 0,94) respecto a fármacos opioides Antihistamínicos menos: -Satisfechas con alivio de dolor (N=223). RR: 0,73 (IC 95%: 0,54 a 0,98) respecto fármacos opioides

Conclusión: No hay pruebas suficientes para apoyar el uso de fármacos no opioides por sí solos para controlar el dolor del parto.

4.2.2.-FÁRMACOS OPIOIDES. El propósito de esta revisión ha sido evaluar si los opioides parenterales proporcionan un alivio efectivo del dolor en el parto sin causar efectos adversos desagradables para las mujeres y los recién nacidos.

¿Qué nos dice la revisión Cochrane? Se comparó la administración de opioides respecto placebo u otro opioides administrados intramuscular o endovenoso. La alta variabilidad entre los estudios dificulta el análisis correcto de los datos. En las siguientes tablas se presentan los resultados más relevantes.

Resultados. Los opioides parenterales proporcionaron algún alivio del dolor durante el parto y satisfacción con la analgesia. Dos tercios de las mujeres que recibieron opioides informaron dolor moderado o severo después de la administración de analgesia y / o alivio del dolor pobre o moderado. Además, se asociaron con náuseas, vómitos y somnolencia, aunque diferentes tipos de opioides se asociaron con diferentes efectos adversos. No hay clara evidencia en efectos adversos en el neonato. No hay suficiente evidencia para evaluar que tipo de opioide es el mejor para el alivio del dolor y presente menos efectos adversos

Opioides intramuscular (IM) respecto placebo o no tratamiento

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Satisfacción con alivio del dolor	Petidina IM mayor: - Alivio de del dolor (N=50). RR: 25.00 (IC 95%: 1,56 a 400.54) - Somnolencia (N=116). RR: 4,67 (IC 95%: 2,43 a 8,95)
efectos en neonato e ingreso en unidad de cuidados intensivos.	
parto instrumentado, cesárea	
Náuseas, vómitos	
ingreso en unidad de cuidados intensivos.	

Opioides intramuscular respecto diferentes opioides IM

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Meptazinol IM respecto Petidina IM (N=197): Lactancia RR: 0.76 (IC 95% 0,17 a 3,30)	Tramadol IM respecto Petidina IM (N=243) menor: Alivio de dolor con Tramadol. RR: 1,56 (IC 95%: 1,10 a 2,21)
Parto instrumentado, cesárea	Petidina respecto tramadol Mayor náuseas y vómitos Mayor somnolencia (N=409). RR 0,57% (IC 95%:0,33 a 0,97)
Apgar, ingreso en unidad de cuidados intensivos	

Opioides IV respecto diferentes opioides IV

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Satisfacción con el alivio de dolor Morfina respecto petidina (N=141). RR: 0,87 (IC 95% :0,78 a 0,98)	Intensidad del dolor Menor alivio con Fentanilo respecto Petidina (N=106) DM: -0,20 (IC 95%: -0.34 a -0.06) Mayor alivio con Butorfanol respecto petidina (N=80) DM: 0,67 (IC 95%: 0,25 a 1,09)
Satisfacción con la experiencia con el parto (N=57). remifentanilo respecto petidina. RR:1,00 (IC 95%:0,40 a 1,74)	Menos sedación con fentanilo respeto petidina (N=105). RR: 0,05 (IC 95%: 0,00 a 0,82).
Parto instrumentado, cesárea	Menos nauseas o vómitos con butorfanol respecto petidina (N=200). RR: 0,04 (IC 95%: 0, 00 a 0,67).
Lactancia materna: pentazocina respecto petidina. RR: 1,00 (IC 95%:0,85 a 1,17)	
Apgar, ingreso en unidad de cuidados intensivos	

Conclusiones. Hay poca evidencia de alta calidad. Para las mujeres sanas, a término, los opioides parenterales proporcionan alivio moderado del dolor, pero causan sedación, náuseas y vómitos en la mujer y los efectos sobre el recién nacido no están claros.

Hay evidencia insuficiente para apoyar la opción de un opiáceo sobre otro para el tratamiento del alivio del dolor.

GPC de Cataluña * y GPC SNS. Los opioides parenterales tienen un efecto moderado en el alivio del dolor del parto, independientemente del fármaco o vía de administración y pueden provocar náuseas y vómitos (1+).

Recomendaciones.

GPC Cataluña y GPC SNS. Si se elige la administración de opioides parenterales como método analgésico, se recomienda informar que estos tienen un efecto analgésico limitado y que pueden provocar náuseas y vómitos (A).

NICE. Hay que asegurar que la petidina, diamorfina u otros opioides estén disponibles en todos los centros de obstetricia (2007).

Informar a la mujer que estos proporcionarán alivio limitado del dolor durante el parto y pueden tener efectos secundarios significativos, tanto para ella (somnia, náuseas y vómitos) y su bebé (depresión respiratoria a corto plazo y somnia que puede durar varios días).

Informar a la mujer que la petidina, diamorfina u otros opioides pueden interferir con la lactancia materna.

Las mujeres no deben entrar a una piscina de parto durante 2 horas después la administración de opiáceos o si sienten somnia.

4.2.3.-ÓXIDO NITROSO.

Muchas mujeres les gustaría tener una opción para el alivio del dolor y evitar procedimientos invasivos. Implica inhalación autoadministrada en concentraciones subanestésicas permitiendo que la madre esté despierta y los reflejos laríngeos intactos.

¿Qué nos dice la revisión Cochrane? 26 estudios seleccionados y 2967 mujeres. Se evaluó la analgesia inhalada óxido nitroso respecto otro tipo de analgesia inhalada; diferentes concentraciones de óxido nitroso y óxido nitroso respecto placebo o ningún tratamiento. El alivio del dolor y la intensidad del dolor se midió con la escala visual analógica.

Resultados. En líneas generales entre el 30% -50 %de las mujeres con analgesia inhalada expresaron tener menos dolor en la primera fase del parto respecto a las mujeres del grupo control o sin tratamiento.

Se observó más náuseas, mareos y somnia con óxido nitroso intermitente (autoadministrado al 50%) en comparación al oxígeno del 50%.

No hubo diferencias significativas en partos instrumentados entre las mujeres que utilizaron el óxido nitroso.

No hay ensayos que evalúen los resultados neonatales y efectos tóxicos de exposición en los profesionales.

Analgesia inhalada diferentes concentraciones de óxido nitroso respecto placebo (diferentes concentraciones oxígeno) o no tratamiento

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Parto instrumentado (N=200). RR: 1,50 (IC 95%: 0,44 a 5,15).	Intensidad del dolor (escala VAS) 1ªfase del parto. (N=509). Menor intensidad del dolor con (N ₂ O). DM: -3,50 (IC 95%: -3,75 a -3.25).
Cesáreas (N=465). RR: 1,20 (IC 95%: 0,75 a 1,91).	(N ₂ O) más efectos adversos -Náuseas, mareos y somnia (N=509). RR: 43,10 (IC 95%: 2,63 a 706,74); RR: 113,98 (IC 95%: 7.09 a 1.833,69; RR: 77,59 (IC 95%: 4,80 a 1254,96) -Vómitos (N=619). RR: 9,05 (IC 95%: 1,18 a 69,32).
Asfixia neonatal (N=110). RR: 1.11, (IC 95%: 0,26 a 4,73).	
Apgar≤ 7 a los 5' (N=200) DM: 0,00 (IC 95%: -0,13 a 0,13)	

Analgesia inhalada óxido nitroso respecto diferentes analgesias inhaladas (Flurano)

No diferencias significativas	Diferencias significativas
	Intensidad del dolor (N=70) 1ª fase del parto. Con Flurano menor intensidad dolor. DM: 14,39.87 (IC 95%: 4,41 a 24,37) Alivio de dolor (N=70) 1ª fase del parto. Con Flurano mejor alivio del dolor. DM: -16,32 (IC 95%: -26,85 a -6,20)
Satisfacción con el dolor 1º y 2º fase del parto (N=98). RR: 0,97 (IC 95%: 0,80 a 1,18). 2º fase del parto (N=323). RR: 0,89 (IC 95%: 0,78 a 1,01).	Óxido nitrosos mayor porcentaje de nauseas (N=98). RR: 6,60 (IC 95%: 1,85 a 23,53)
Parto instrumentado (N=371). RR: 0,71 (IC 95%: 0,44 a 1,15).	
Cesárea (no estimable)	
Amnesia (N=245). RR: 0,26 (IC 95%: 0,03 a 2,38)	
Somnolencia (N=18). DM: -11,64 (IC 95%: -16,04 a 39,32) Vómitos (N=203). RR: 2,02 (IC 95%: 0,75 a 5,46).	
Apgar ≤7 a los 5' (N=373 neonatos). RR: 0,22 (IC 95%: 0,01 a 4,47)	

Conclusiones. La analgesia inhalada puede ser beneficiosa para aquellas mujeres que desean alguna forma farmacológica de alivio del dolor, sin métodos invasivos.

Recomendación: GPC Cataluña *y GPC SNS / NICE. Se puede emplear 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 (B).

4.2.4.-EPIDURAL VERSUS NO EPIDURAL PARA LA ANALGESIA EN EL PARTO

Las analgesias epidurales son ampliamente utilizadas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto. Es el método más eficaz demostrado, pero también está asociado a efectos secundarios y efectos adversos raros, pero potencialmente graves.

¿Qué nos dice la revisión Cochrane? Se incluyeron 38 estudios, 9.658 mujeres nulíparas y multíparas que solicitaron alivio del dolor en partos inducidos o espontáneos. Se compararon el uso de epidural, respecto al uso de opioides y otras formas de alivio del dolor. Los estudios tuvieron alta heterogeneidad y limitaciones que hacen que la evidencia expuesta tenga que ser interpretada con cautela.

Para resultados maternos, tal como consta en la tabla, la analgesia epidural tuvo mayor y mejor percepción de alivio de dolor y menos uso de otros fármacos adicionales para el alivio del dolor, respecto otras alternativas de alivio del dolor. En cambio, estuvo asociado a tener más riesgo de partos instrumentados, más duración de la 2ª fase del parto, más efectos secundarios como fiebre, hipotensión, retención urinaria, bloqueo motor y más riesgo de uso de oxitocina para la estimulación de las contracciones. No se detectaron diferencias respecto a la satisfacción, sensación de control, práctica de amniotomía artificial y duración de la primera fase del parto. Hay un mayor riesgo de cesárea, pero no es estadísticamente significativo.

Epidural respecto no epidural o no analgesia: Materna

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Satisfacción con el dolor (N=2929). RR: 1,31 (IC 95%: 0,84 a 2,05)	Intensidad de dolor (N=1166). Menor con epidural. DM: -3,36 (IC 95%: -5,41 a -1,31)
Sensación de control (N=344). RR: 1,17 (IC 95%: 0,62 a 2,21)	Intensidad del dolor en 1ª fase (N=589) y 2ª fase (N=559) Menor con epidural. DM: -16,35 (IC 95%: -25,11 a -7,58); DM: 25,29 (IC 95%: -40,48 a -10,11)

Satisfacción con la experiencia (N=332). RR: 0,95 (IC 95% :0,87 a 1,03)	Mejor percepción de alivio del dolor con epidural (N=1166) . MD-3,36 (IC 95%: 5,41 a -1,31)
Cesárea (N=8417); Cesárea por distocia (N=5001) RR: 1,10 (IC 95%: 0,97 a 1,25). RR: 0,90 (IC 95%: 0,73 a 1,12)	Menos uso de fármacos adicionales para el dolor con epidural (N=6019). RR: 0,05 (IC 95%: 0,02 a 0,17)
Duración 1ª fase del parto (N=2981). DM: 18,51 min (IC 95%: -12,91 a 49,92).	Duración 2ª fase más larga con epidural (N=4233). DM: 13,66 min (IC 95%: 6,67 a 20,66)
Dolor espalda (N=1806); cefalea (N=1198) RR: 0,96 (IC 95%:0,86 a 1,07); RR: 0,96 (IC 95%: 0,81 a 1,15)	Uso de oxitocina (N=5815). RR: 1,19 (IC 95%: 1,03 a 1,39)
Depresión posparto (N=313). RR 0,63 (IC 95%: 0,38 a 1,05)	Cesárea por distres fetal (N=4816) mayor riesgo con epidural. RR: 1,43 (IC 95%: 1,03 a 1,97)
Náuseas y vómitos (N=3187); somnolencia (N=641) RR: 0,95 (IC 95%: 0,72 a 1,27); RR: 0,55 (IC 95%: 0,07 a 4,26)	Parto instrumentado mayor riesgo con epidural (N=7935). RR 1,42 (IC 95%: 1,28 a 1,57)
Amniotomía artificial (N=211). RR: 1,03 (IC 95%: 0,74 a 1,43)	Bloqueo motor mayor con epidural (N=322). RR: 31,67 (IC 95%: 4,33 a 231,51)
Malposición fetal (N=673). RR: 1,40 (IC 95%: 0,98 a 1,99)	Fiebre (N=2741): hipotensión (N=2789) mayor con epidural RR: 3,34 (IC 95% 2,63 a 4,23); RR: 18,23 (IC 95% 5,09 a 65,35)
	Retención urinaria mayor riesgo con epidural (N=283). RR: 17,05 (IC 95%:4,82 a 60,39)

Epidural respecto no epidural o no analgesia: Neonato

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Meconio (N=2295). RR: 1,01 (IC 95%: 0,84 a 1,21)	Ph<7,20 (N=3643), menor con epidural. RR: 0,80 (IC 95%: 0,68 a 0,94)
Apgar <7 a los 5' (N=6898). RR: 0,80 (IC 95%: 0,54 a 1,20)	Uso de naloxona (N=2645) menor con epidural: RR: 0,15 (IC 95%: 0,10 a 0,23)

Conclusiones: La analgesia epidural parece alterar la dinámica del trabajo del parto i requiere el uso de oxitocina.

GPC Cataluña * y GPC SNS. La analgesia neuroaxial provee un alivio efectivo del dolor en el parto (1+). La primera etapa del parto es significativamente más corta en mujeres que reciben analgesia neuroaxial que en aquellas a las que no se les administran ningún tipo de analgesia (1+).

La duración de la segunda etapa del parto, el riesgo de parto instrumentado y el uso de oxitocina son mayores cuando se administra analgesia neuroaxial, tanto en dosis convencionales como en dosis bajas (1+). Las mujeres tienen mayor riesgo de hipotensión, tener fiebre > 38 ° C y de retención urinaria con la administración de analgesia neuroaxial

La analgesia neuroaxial está asociada a un mejor estado ácido-base neonatal respecto con el uso de opioides. Además, los bebés tienen menor riesgo de necesitar la administración de naloxona.

En relación con la lactancia materna a las 6 semanas, no se han demostrado diferencias entre la administración de analgesia neuroaxial y la administración de opioides parenterales.

NICE: proporciona un alivio más eficaz del dolor durante el parto, se asocia con una segunda etapa más larga del parto y un aumento de parto instrumentado. No tiene evidencia de una primera etapa del parto más larga y aumento en la cesárea. Tiene un efecto positivo sobre el estado ácido-base neonatal.

Recomendaciones: Se recomienda informar a las mujeres que la analgesia neuroaxial es el método más eficaz para el alivio del dolor, pero que puede producir hipotensión, retención urinaria, fiebre y alarga la segunda

etapa del parto, incrementando el riesgo de parto instrumentado(A).

Se recomienda informar a la mujer de los riesgos, los beneficios y las implicaciones sobre el parto de la analgesia neuroaxial y animarla a tomar decisiones informadas.

NICE 2014. Proporcionar información sobre la analgesia epidural, incluyendo los siguientes aspectos. • Sólo está disponible en unidades obstétricas. • Se proporciona un alivio del dolor más eficaz que los opioides. • No se asocia con dolor de espalda a largo plazo. • No está asociado con una primera etapa más larga o un mayor riesgo de parto por cesárea. • Se asocia con una segunda etapa más larga de trabajo y una mayor probabilidad de partos instrumentados. • Será acompañado por un nivel más intensivo de la vigilancia y el acceso intravenoso, y así se puede reducir la movilidad.

ANALGESIA PERIDURAL ¿INICIO TEMPRANO O TARDIO?

Estudios observacionales sugieren que el inicio temprano de la analgesia epidural puede estar asociado con un mayor riesgo de cesárea y dilatación lenta (<1cm /h).

¿Qué nos dice la revisión Cochrane? Se incluyeron 9 estudios, 15, 752 mujeres

Resultados: Se evaluó la efectividad y la seguridad del inicio temprano del epidural respecto el inicio tardano de esta.

Se incluyeron mujeres con trabajo de parto, espontáneo e inducido, feto único, cefálica. Hay una gran heterogeneidad en la definición de los criterios como definir el inicio temprano (<4-5 cm) o tardío (> 4cm), dosis, y técnica utilizada de epidural, así como las dosis.

Analgesia epidural inicio temprano respecto inicio tardío.

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Cesárea (N=15499). RR: 1,02 (IC 95%: 0,96 a 1,08)	Mayor satisfacción materna con el alivio de dolor a los con analgesia epidural temprana (N=1052). (p < 0,0001).
Parto instrumentado (N=15379). RR: 0,93. (IC 95%: 0,86 a 1,01).	Estudio Ohel (2006) el 78,0% de las mujeres del grupo epidural tardía manifestaron que preferirían estar en el primer grupo (epidural temprana) en su siguiente parto, mientras que el 7% de las mujeres en el grupo de epidural temprana indicó que preferirían estar en el grupo de epidural tardía.
Duración de 1º fase del parto (N=14384) No valorable*	Lactancia materna (6 semanas) mayor entre las mujeres con epidural tardía 77,8% respecto 70,1% (p < 0.0001).
Duración 2ª fase del parto (N=14982). DM: -3,22 (IC 95%: -6,71 a 0,27).	
Malposición (N=489). RR:0.99 (IC 95%:0.65-1.51)	
Indicación de cesárea (N=15155). RR: 1.02 (IC 95%:0.96- 1.08)	
Fiebre materna (N=15319). RR: 0,99 (IC 95%:0.93- 1.04)	
Apgar <7 al 1' y a los 5'. (N=14924 neonates) RR: 0.96 (IC 95%: 0,84 a 1,10); RR: 0,96 (IC 95%: 0,69 a 1,33)	
Ph arterial y venoso cordón umbilical (N=14004). DM: 0,01 (IC 95%: -0,01 a 0,03); DM: 0,01 (IC 95%: -0,00 a 0,02)	

* Gran heterogeneidad en definición de inicio de 1º fase de parto.

Conclusión: El inicio temprano o tardío de la analgesia epidural confieren efectos similares para el riesgo de cesárea, parto instrumentado, duración de la 2ª fase del parto, Apgar y Ph del cordón umbilical. No hay con datos suficientes para la duración de la primera fase del parto.

Recomendación: En ausencia de contraindicación médica, la solicitud materna es una indicación médica suficiente para el alivio del dolor durante el parto.

5. EXPULSIVO

5.1.- POSICIÓN DE LA SEGUNDA FASE DEL PARTE PARA MUJERES SIN ANESTESIA EPIDURAL

¿Qué nos dice la Cochrane? El objetivo de esta revisión es determinar los beneficios y riesgos del uso de diferentes posiciones durante la segunda fase del parto. Incluye 32 estudios con 9015 mujeres. Los resultados deben interpretarse con precaución por el riesgo de sesgos.

Resultados: Se evaluaron los siguientes resultados comparando las posiciones verticales cuclillas respecto posición supina.

Posiciones verticales (cualquiera) respecto posición supina

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Duración 2ª fase (N= 5811): menor en posiciones verticales DM: -6,16 min (IC 95%: -9,74,-2,59).	Parto instrumentado (N=6481). RR: 0,75 (IC 95%: 0,66 a 0,86)
Cesárea (N= 5439). RR: 1.22 (IC 95%: 0, 81 a 1,81)	Episiotomía (N=06148) Menor en posiciones verticales. RR: 0,75 (IC 95%: 0,61 a 0,92)
Desgarro 3er-4º grado (N=1840). RR: 0,72. (IC 95%:0,32 a 1,65)	Desgarro 2º grado (N=6715). RR:1.20 (IC 95%: 1,00 a 1,44)
Uso analgesia (N=3093): RR: 0,97 (IC 95%: 0,93 a 1,02)	Pérdida sangre >500ml (N=5615). RR: 1,48 (IC 95%: 1,10 a 1,98)
Extracción manual de placenta. (N=2020). RR: 1,15 (IC 95%: 0,64 a 2,08)	FCF anormal. (N=617). Menor en posiciones verticales. RR: 0.46 (IC 95%: 0,22 a 0,93)
Ingreso neonato en unidad de cuidados intensivos (N=2565). RR: 0,79 (IC 95%: 0,51 a 1,21)	
Muerte perinatal (N=982). RR: 0,79 (IC 95%: 0,51 a 1,21)	

Dolor: Debido a la heterogeneidad de los estudios sobre la medición del dolor no se pudo extrapolar los resultados. La mayoría de los estudios muestran menor intensidad de dolor en posiciones verticales

Silla de parto respecto posición supina.

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Duración 2ª fase del parto (N=613). DM: -0,57 (IC 95%: -3,83 a 2,68)	Episiotomía (N=1930). Menor con silla partos. RR: 0,82 (IC 95%: 0,72 a 0,92)
Desgarros 2º grado (N=1505). RR: 1,34 (IC 95%: 0,79 a 2,27)	Pérdida de sangre >500ml (N=1615). RR: 1,54 (IC 95%: 1,05 a 2,26)
Desgarro 3r-4º grado (N=1061). Menor con silla de partos RR: 0,49 (IC 95%: 0,16 a 1,48)	
Uso analgesia (N=811). RR: 0.90 (IC 95%: 0,76 a 1,06)	
Parto instrumentado (N=1824). RR: 0,77 (IC 95%: 0,58 a 1,01)	
Cesárea (N=1824). RR: 0,76 (IC 95%: 0,37 a 1,55)	
Extracción manual de placenta (N=493). RR 0,75. (IC 95%: 0,02 a 25,79;	
Distocia de hombros. (N=200). RR 0,20 (IC 95%: 0,01 a 4,11)	
FCF anormal (N=517) Menor con silla de parto RR: 0,28 (IC 95%: 0,08 a 0,98)	
Ingreso neonato en unidad de cuidados intensivos (N=295). RR: 0,86 (IC 95%: 0,32 a 2,30).	
Muerte perinatal (N=200 n). RR: 1,00 (IC 95%: 0,14 a 6,96)	

5.1.-POSICIÓN DE LA SEGUNDA FASE DEL PARTE PARA MUJERES CON ANESTESIA EPIDURAL

Posiciones verticales respecto posiciones recostadas (N=879)

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Parto instrumentado, cesárea (N=874). RR: 0,97 (IC 95%: 0,76 a 1,25)	
Duración 2 fase (N=322). DM: -22,98 minutos (IC 95%: -99,09 a 53,13)	
Trauma perineal (N=173). RR: 0,95 (IC 95%: 0,66 a 1,37)	
Patrón FCF anormal (N=107). RR: 1,69 (IC 95%: 0,32 a 8,84)	
Ph < 7,1 cordón umbilical (N=66). RR: 0,61 (IC 95%: 0,18 a 2,10)	
Ingreso neonato en unidad de cuidado intensivo (N=66). RR: 0,54 (IC 95%: 0,02 a 12,73)	

Conclusiones: Las posiciones verticales disminuyen los partos instrumentados y episiotomías, sobre todo en aquellas que utilizaron la silla o taburete de nacimiento. Presentaron mayor número de desgarros de segundo grado. El resultado de pérdida de sangre debe ser interpretado con cautela por la baja calidad de los estudios.

GPC de Cataluña, GPC SNS (1+). Las mujeres que adoptan posturas de manos y rodillas (cuadrúpeda) presentan menor dolor lumbar persistente y encuentran esta posición más cómoda para dar a luz, con menor dolor perineal posparto y con una percepción de un parto más corto.

En mujeres con analgesia epidural, se observa una reducción de la duración del parto en las posiciones verticales frente a la posición supina durante la segunda etapa del parto.

Recomendaciones Cochrane Por falta de estudios concluyentes, se aconseja que las mujeres utilicen la posición que les sea más cómoda. En la segunda fase del parto las mujeres con epidural deberían utilizar la postura con la que se sientan más cómoda.

GPC de Cataluña, GPC SNS; Se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda (A).

NICE: Desalentar a la mujer la opción de decúbito supino o semi-supina en la segunda etapa del parto y animarla adoptar cualquier otra posición que se encuentre más cómoda (2007).

5.2.-LOS PUJOS.

¿Cuándo es el mejor momento para empujar? ¿Qué tipo es mejor?

El pujo materno durante la segunda fase del parto es un factor imprescindible de ayuda a las contracciones del útero que permite la expulsión del feto. En la práctica asistencial hay una gran variabilidad de actuación por parte de los profesionales sobre el momento y el tipo de pujo a seguir, y no existe un consenso de que es la mejor estrategia para facilitar estos pujos.

¿Qué nos dice la Cochrane? El objetivo de esta revisión ha sido evaluar los efectos beneficiosos y las desventajas de las diferentes clases de pujo sobre la madre y el feto. Se incluyeron 20 estudios, 7 de los cuales estudiaron el momento del pujo espontáneo respecto al pujo dirigido en 815 mujeres con o sin epidural y 13 estudios evaluaron el pujo tardío respecto al pujo inmediato con analgesia epidural en 2.879 mujeres. Los datos deben ser interpretados con cautela por riesgo de diferentes sesgos en algunos estudios.

Conceptos utilizados para la evaluación de los resultados.

En mujeres con o sin epidural.

1.-Pujo dirigido: instruye a la gestante cuando tiene que empujar y en maniobra de Valsalva.

2.-Pujo espontáneo: se inicia cuando la gestante siente el deseo de empujar, sin seguir directrices concretas.

En mujeres con epidural.

1.-Pujo diferido: instruir a las gestantes que eviten empujar hasta que haya un impulso irresistible o cuando se haya producido el descenso pasivo de la presentación.

2.-Pujo inmediato: iniciar el pujo a partir de que se haya determinado la dilatación completa.

Pujos espontáneos respecto pujos dirigidos (con o sin epidural)

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Duración 2ª fase del parto (N=598). DM: 11,60 min (IC 95%: -4,37 a 27,57)	Duración de los pujos (N=100). Menor en pujos espontáneos DM: -5,20 minutos (IC 95%: -7,78 a -2,62)
Trauma perineal (N=320). RR: 0,87 (IC 95%: 0,45 a 1,66)	
Episiotomía (N=420). RR: 1,05 (IC 95%: 0,60 a 1,85)	
Ingreso neonato en unidad cuidados intensivos (N=393). RR: 1,08 (IC 95%: 0,30 a 3,79)	
Uso de oxitocina (N=128). RR: 2,20. (IC 95%: 0,80 a 6,07)	
Parto espontaneo (N=688). RR: 1,01 (IC 95%: 0,97 a 1,05)	
Parto instrumentado (N=393). RR: 0,56 (IC 95%: 0,06 a 5,10)	
Cesárea (N=583). RR: 0,79 (IC 95%: 0,14 a 4,39)	
Satisfacción (N=31). RR: 0,91 (IC 95%: -1,30 a 3,12)	
Incontinencia urinaria (N=128). RR: 0,70 (IC 95%: 0,29 a 1,69)	
Apgar <7 a los 5 '(N=320). RR: 0,35 (IC 95%: 0,01 a 8,43)	
PH< 7,15 cordon umbilical (N=322). RR: 0,74 (IC 95% :0,24 a 2,29)	

Pujos tardíos respecto pujos inmediatos (con o sin epidural)

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Trauma perineal (N=2775). RR 0,94 (IC 95%:0,78 a 1,14)	Duración 2ª fase del parto (N=2797) Aumento en pujos tardíos DM 54.29 minutos (IC 95%: 38,14 a 70,43)
Episiotomía (N=2320). RR 0,95 (IC 95%: 0,87 a 1,04)	Duración de los pujos (N=100) Menor en pujos tardíos DM -20,10 minutos (IC 95%: -36,19 a -4,02).
Parto instrumentado (N=3007). RR 0,89 (IC 95%: 0,74 a 1,07)	Parto espontaneo (N=3114). RR:1,07 (IC 95%: 1,03 a1,11)
Cesárea (N=2783). RR 0,83 (IC 95%: 0.65 a 1,05)	PH< 7,15 cordón umbilical (N=244) en pujos tardíos. RR:1,84 (IC 95%: 0,55 a 6,16)
Uso de oxitocina (N=177). RR 1,00 (IC 95%: 0,79 a 1,27)	
Hemorragia posparto (N=2200). RR 1,04 (IC 95%: 0,86 a 1,26)	
Satisfacción (N=72). DM 0,40 (IC 95%: -7,34 a 8.14)	
Dispareunia (N=162). RR :1,15 (IC 95%: 0,63 a 2,10)	
Ingreso neonato en unidad cuidados intensivos (N=2197). RR:0,98 (IC 95%: 0,67 a 1.41)	
Apgar <7 a los 5 '(N=413 neonatos). RR 0,15 (IC 95%: 0,01 a 3,00)	

Conclusión: No hay pruebas suficientes para justificar el uso habitual de cualquier momento específico para el pujo, ni tampoco para apoyar o rechazar ningún estilo o recomendación de tipo de pujo.

Recomendaciones: Se debe estimular a las mujeres que empujen según sus preferencias y comodidad. Por la falta de pruebas sólidas que apoyen un método o un momento específico para empujar, son las preferencias de las mujeres y las situaciones clínicas las que deben guiar las prácticas asistenciales.

GPC Cataluña, GPC SNS Se recomiendan los pujos espontáneos. En ausencia de sensación de pujos, se recomienda no dirigirlos hasta que haya concluido la fase pasiva de la segunda etapa del parto (A).

NICE 2007. Informar a la mujer que en la segunda etapa debe guiarse por su propia necesidad de empujar.

Si el pujo es ineficaz o si es requerido por la mujer, ofrecer estrategias para ayudar a parir, como soporte, cambio de posición, el vaciado de la vejiga y el estímulo.

6. RECIÉN NACIDO

6.1.-PINZAMINETO DEL CORDÓN UMBILICAL. Se considera que el pinzamiento precoz es el que se efectúa durante el primer minuto de vida del recién nacido (RN) y el pinzamiento tardío es el que se efectúa a partir del primer minuto o hasta que el cordón umbilical deje de latir.

¿Qué nos dice la Cochrane? Evaluar los efectos en el neonato y en la madre del pinzamiento precoz del cordón umbilical respecto al pinzamiento tardío. Se evaluaron 15 estudios, 3911 (madres-neonatos)

Pinzamiento temprano del cordón umbilical respecto pinzamiento tardío del cordón: Maternos

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Hemorragia ≥ 1000 ml (N=2066). RR: 1,04 (IC 95%: 0,65 a 1,65)	
Hemorragia ≥ 500 ml (N=2260). RR: 1,17 (IC 95%: 0,94 a 1,44)	
Hemoglobina 24-72h posparto (N=1128). DM: 0,12 g/dL (IC 95%: -0,30 a 0,06)	
Transfusión sanguínea (N=1345). RR: 1,02 (IC 95%: 0,44 a 2,37)	
Extracción manual de placenta (N=1515). RR: 1,59 (IC 95%: 0,78 a 3,26)	
Duración 3º fase del parto (N=1345) 30'-60'. RR:1,18 (IC 95%: 0, 55a 2,52); RR: 1,11 (IC 95%: 0,33 a 3,74)	
Usos uterotónicos (N=963). RR: 0,94 (IC 95%: 0,74 a 1,20)	

Pinzamiento temprano del cordón umbilical respecto pinzamiento tardío del cordón: Neonato

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Muerte. RR: 0,37 (IC 95%: 0,04 a 3,41)	Ictericia/fototerapia (N=2324). Menor con clampaje temprano. RR: 0,62 (IC 95%: 0, 41 a 0,96)
Apgar <7 a los 5' (N=1342). RR: 1,32 (IC 95%: 0,73 a 2,07).	Hemoglobina g/dL cordón umbilical. (N=696). Mayor en clampaje temprano. DM: 0.41 g/dL (IC 95%: 0,15 a 0,66)
Ingreso en unidad de cuidados intensivos (N=1675). RR: 0,79 (IC 95%: 0,48 a 1,31)	Hemoglobina g/dL en neonato (N=671). Menor en clampaje temprano DM-2.17 g/dL (IC 95%: -4.06 a -0.28)
Distres respiratorio (N=835). RR: 0,70 (IC 95%: 0,22 a 2,19)	Hemoglobina g/dl 24h (N=884). MD: -1.49 g/dL (IC 95%: - 1,78 a -1,21)
Policitemia (N=1025). RR: 0,39 (IC 95%:0,12 a 1,27)	Hematocrito 24h (N=180). DM: -4.4 (IC 95%: -5.71 a -3.09)
Hemoglobina g/dl 3-6 meses (N=884). DM: -0.15 g/dL (IC 95%: -0,48 a 0,19).	Niveles de Fe a los 6 meses. (N=1152). Menos niveles en clampaje temprano. RR: 2,65 (IC 95%: 1,04 a 6,73)

Conclusiones: El pinzamiento tardío del cordón aumenta las concentraciones tempranas de hemoglobina y no incrementa el riesgo de hemorragia posparto.

Recomendaciones: Se sugiere como conveniente el pinzamiento del cordón a partir del segundo minuto o tras el cese del latido de cordón umbilical.

NICE 2014. Recomendar el pinzamiento del cordón diferido, estableciendo un límite de tiempo de no antes de 1 minuto y no más tarde de 5 minutos después del nacimiento (pág. 656).

6.2.-CONTACTO PIEL A PIEL (CPP). Colocar al bebé desnudo, con la cabeza cubierta y una manta seca y cálida en la espalda, inclinado sobre el pecho desnudo de la madre que debe iniciarse idealmente al nacer y debe durar hasta el final de la primera toma.

¿Que nos dice la revisión Cochrane? Evaluar el efecto de la realizar contacto piel con piel (CPP) en el neonato y en la madre. 34 estudios, 2177 mujeres

En los bebés que realizaron piel a piel se encontraron diferencias significativas en mayores tasas de lactancia materna exclusiva al alta, duración de la lactancia y menos molestias en los pechos de las madres que realizaron el contacto piel a piel y más satisfacción materna.

Realización del contacto piel con piel precoz (CPP) respecto práctica habitual: Neonato

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Lactancia materna al alta hospitalaria (N=57). RR: 0,99 (IC 95%: 0,66 a 1,47).	Mayor estabilidad fisiológica (prematuro tardío) (N=31) En CCP. DM: 2,88 (IC 95%: 0,53 a 5,23)
FC (N=183) y FR (N=215) /min DM: -3,05 (IC 95%: -7,84 a 1,75); DM-3,12 (IC 95%: -6,61 a 0,37)	Glucemia a los 79 a 90 minutos (N=96) mejor en CPP. DM: 10,56mg/dl (IC 95%: 8,40 a 12,72).
Ingreso unidad cuidados intensivos (N=42). RR:	Lactancia materna (1-4 meses). (N=702). RR: 1,27 (IC

1,44 (IC 95%: 0,15 a 14,29).	95%: 1,06 a 1,53)
Peso a los 14 días del nacimiento (N=43).DM: - 8,00 gramos (IC 95%: -175,60 a 159,61).	Lactancia exclusiva 3-6 meses (N=149). RR: 1,97 (IC 95%: 1,37 a 2,83)
Termorregulación (no valorable)	

Realización del contacto piel con piel precoz (CPP) respecto práctica habitual: Materna

No diferencias significativas	Diferencias significativas
Vínculo materno- recién nacido a los 12 meses (N=61). DM: 1,90 (IC 95%: -1,14 a 4,94)	Dolor postcesárea 4h (N=35). Menor con CPP. DM: -1,38 (IC 95%: -2,79 a 0,03)
	Ansiedad a los 3 días posparto (N=56) Menor con CPP. DM: - 5,00 (IC 95%: -9,00 a -1,00)
	Intención de CPP en próximo parto (N=199). RR: 2,82 (IC 95%: 2,08 a 3,82)

En referencia al CPP episodios aparentemente letales y muerte súbita. Hay algún estudio que indica que el contacto piel a piel sea un factor de riesgo, pero no se pueden establecer conclusiones firmes. Debido a los beneficios demostrados que aporta el contacto piel con piel para la madre y el bebé hay que mantener la recomendación de esta práctica y supervisar al bebé durante todo el tiempo que dura el contacto piel con piel.

Conclusiones. Realizar CPP parece tener beneficios en los resultados relacionados con lactancia materna, estabilidad cardiorrespiratoria y la disminución del lloro en recién nacido. No parece tener a corto plazo efectos negativos

Recomendación. GPC de lactancia materna (2017). En bebés de partos vaginales y por cesárea se recomienda realizar contacto de piel con piel inmediata e ininterrumpidamente después del parto. Hay que supervisar por un profesional sanitario o acompañante correctamente informado, del estado de la madre y el bebé durante este tiempo.

6.3.-INICIO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA.

La lactancia materna temprana se define como la iniciación de la lactancia materna dentro de las veinticuatro horas siguientes al nacimiento. Parece existir evidencia que sugiere que el inicio precoz de la lactancia conlleva beneficios en su duración

Los estudios en general son de baja, muy baja calidad (estudios observacionales) y sólo un estudio es de calidad moderada (ECA) y los resultados no son concluyentes. Los estudios observacionales sí que relacionan el inicio de lactancia materna precoz con tasas de lactancia materna exclusiva al alta, al mes, 4 meses y 6 meses, mientras que un ECA y un estudio observacional, no encontraron diferencias estadísticamente significativas en tasas de lactancia al mes, a los 4 meses y en su duración global entre bebés que iniciaron lactancia materna en la primera media hora después del parto respecto a los bebés que no lo iniciaron.

Otra revisión sistemática publicada en el BMC Public Health del 2013 evaluó la relación entre el tiempo transcurrido entre la iniciación de la lactancia materna con la mortalidad y la morbilidad neonatal y expresa que el inicio precoz de la lactancia materna demostró un menor riesgo de mortalidad por cualquier causa neonatal entre todos los nacimientos vivos, entre los bebés con bajo peso de nacimiento, y la mortalidad neonatal relacionada con la infección.

Conclusión. GPC de lactancia materna 2017.

Los resultados no concluyentes en relación con la importancia del inicio precoz de la lactancia materna durante las dos primeras horas de vida.

Recomendaciones: GPC Cataluña, GPC SNS. El inicio de la lactancia materna debe ser promulgada lo antes posible después del nacimiento, preferiblemente dentro de la primera hora

NICE: Animar a la mujer a iniciar la lactancia materna lo antes posible preferentemente durante la primera hora de vida (2007).

IHAN: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna durante la media hora después del parto.

PSBC: Ayudar a las madres con la lactancia materna lo antes posible durante las dos primeras horas después del parto.

6.4.-ADMINISTRACIÓN RUTINARIA DE SUPLEMENTOS.

Valorar la repercusión de la administración de los suplementos en la lactancia materna.

Resultados. Se evaluó el efecto beneficioso o adverso de la suplementación en recién nacidos a término y la duración y tipo de suplemento. Hubo mayor tasa de lactancia exclusiva a los 3 meses en bebés que no recibieron suplementos respecto a los bebés que recibieron lactancia mixta o suplementos con suero glucosada. En otro estudio no se encontraron diferencias significativas en referencia al peso a las 72 horas, ni número de episodios de hipoglucemia.

Recomendación. GPC de lactancia materna 2017. Es recomendable evitar la administración de suplementos, si no existe indicación médica que lo justifique.

Bibliografía:

1. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992 Apr 22-29;267(16):2221-6.
2. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36.
3. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating Evidence for Participatory Decision Making. *JAMA*. 2004;291(19): 2359-2366. doi:10.1001/jama.291.19.2359
4. Pipergerg M. Modelos de relación asistencial vulnerabilidad y autonomía. En: Boladeras M, Goberna J. Editores. *Bioética de la maternidad*. Universitat de Barcelona.2016; pág.106-110.
5. Wittmann-Price RA. Emancipation in decision-making in women's health care. *J Adv Nurs*. 2004;47(4):437-45.
6. Wittmann-Price RA. Exploring the subconcepts of the Wittmann-Price theory of emancipated decision-making in women's health care. *J Nurs Scholarsh*. 2006;38(4):377-82.
7. Peralta L. La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención primaria. Tesis Doctoral.2010.
8. Costa A, Almendro C. Un modelo para toma de decisiones compartida con el paciente. *Aten Primaria* 2009;41(5):285-7.
9. Plan de parto y nacimiento. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. 2012. [Acceso 1-07-2016] (Disponible en: www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/.../planPartoNacimiento.pdf)
10. Hidalgo P, Rodríguez MA, Muñoz MC. ¿Are Birth Plans Associated with Improved Maternal or Neonatal Outcomes? *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2013;38(3):150-6.
11. Suarez M, Armero D, Canteras, M, Martinez E. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23(3): 520-6.
12. Biescas H, Benet M, Pueyo MJ, Rubio A, Pla M, Pérez-Botella M et al. A critical review of the birth plan use in Catalonia. *Sex Reprod Healthc*. 2017;13:41-50
13. Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*. 2007;23(3):235-47.
14. Kuo SC, Lin KC, Hsu CH, Yang CC, Chang MY, Tsao CM, Lin LC. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomized controlled trial. *Inter J Nurs Stud*. 2010; 47(7): 806-14.
15. Lundgren I, Berg M, Lindmarck G. Is the childbirth experience improved by a birth plan? *J Midwifery Womens Health*. 2003; 48 (5): 322-8.
16. DeBaets AM. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 ;216(1):31.e1-31.e4.

17. Grup elaborador de la Guia. Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'Atenció al Part Normal. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2013.
18. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la 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. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01.
19. National Institute for Health and excellence care. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. [Acceso 1.02.2017(Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>)
20. Reveiz L, Gaitán H, Cuervo L. Enemas during labour. Cochrane Database of Systematic Review 2013. Issue 5. Art. No.: CD000330
21. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 11. Art. No.: CD001236.
22. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003930.
23. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Feb 8;2(2):CD000081.
24. Smyth RMD, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD006167.
25. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013, Issue 8
26. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD006066.
27. Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 2. Art.No.:CD005122.
28. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD000111.
29. Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD007214.
30. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Dec 7;(12):CD009514. doi: 10.1002/14651858.CD009514.

31. Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 7. Art. No.: CD009232. DOI: 10.1002/14651858.CD009232
32. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD009356. DOI: 10.1002/14651858.CD009356.pub3
33. Smith CA, Collins CT, Crowther CA. Aromatherapy for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 7. Art. No.: CD009215. DOI: 10.1002/14651858.CD009215.
34. Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L, Derry S, Straube S, Moore RA, Hancock H, Collins SL. Intracutaneous or subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 1. Art. No.: CD009107
35. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 2. Art. No.: CD009290.
36. Makvandi S, Roudsari RL, Sadeghi R et Karimi L. Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta-analysis. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2015;41(11): 1679–1686.
37. Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 May 19;2016(5):CD009356.
38. Othman M, Jones L, Neilson JP. Non-opioid drugs for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 7. Art. No.: CD009223.
39. Ullman R, Smith LA, Burns E, Mori R, Dowswell T. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 9. Art. No.: CD007396.
40. Klomp T, van Poppel M, Jones L, Lazet J, Di Nisio M, Lagro-Janssen ALM. Inhaled analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD009351.
41. Anim-Somuah M, Smyth RMD, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD000331.
42. Sng BL, Leong WL, Zeng Y, Siddiqui FJ, Assam PN, Lim Y, Chan ESY, Sia AT. Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 10. Art. No.: CD007238.
43. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 3. Art. No.: CD009234.
44. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;5(5):CD002006.

45. Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Feb 24;2(2):CD008070. doi: 10.1002/14651858.CD008070.pub3. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Nov 09;11:CD008070. PMID: 28231607; PMCID: PMC6464234.
46. Lemos A, Amorim MMR, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 10. Art. No.: CD009124.
47. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD004074.
48. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519.
49. National Institute for Health and excellence care. Postnatal care up to 8 weeks after birth. 2006
50. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia IHAN. Hospitales IHAN. Guía detallada para la aplicación paso por paso. Disponible en: https://www.ihan.es/docs/documentacion-acreditacion/hospitales/generales/00.Guia_detallada_hospital.pdf
51. Perinatal Services BC Health Promotion Guideline. Breastfeeding Healthy Term Infants. 2015. Disponible en: <http://www.perinataleservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/HealthPromotion/BreastfeedingHealthyTermInfantGuideline.pdf>.
52. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *The Lancet Global Health* 2013, Volume 4, Issue 4, e266 - e275
53. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art. No.: CD003517.

13.3.4. Hoja de recogida de datos prenatales y del parto. Fase II



Fecha de captación: ____/____/____

CENTRO	CODIGO MATRONA	Nº CASO

Visita control prenatal	
País de origen:	Edad:
Nivel de instrucción <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Estudios primarios <input type="checkbox"/> Estudios secundarios bachillerato / formación profesional <input type="checkbox"/> Estudios universitarios (diplomatura/ licenciatura)	
Situación laboral <input type="checkbox"/> Directivas de la administración pública y empresas de 10 o más personas asalariadas. Profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3er ciclo universitarios. <input type="checkbox"/> Directivas de empresas de menos de 10 personas asalariadas. Profesiones asociadas a titulaciones de primer ciclo universitario. Técnicas y profesiones de soporte. Artistas y deportistas. <input type="checkbox"/> Administrativas y profesionales de soporte a la gestión administrativa y financiera. Trabajadoras de servicios personales y seguridad. Trabajadoras por cuenta ajena. Supervisoras de trabajadoras manuales. <input type="checkbox"/> Trabajadoras manuales cualificadas. <input type="checkbox"/> Trabajadoras manuales semicualificadas. <input type="checkbox"/> Trabajadoras no cualificadas <input type="checkbox"/> Mujeres en paro. <input type="checkbox"/> Mujeres que trabajan en casa. <input type="checkbox"/> Estudiante	
Convive con pareja: SI NO	
Partos previos: []	Fecha probable de parto: ____/____/____
En el parto anterior rellenó el plan de nacimiento: SI No	

Posparto		Fecha de cumplimentación: ____/____/____	
Fecha del parto: ____/____/____ Semanas de gestación el día del parto:			
Educación maternal SI NO			
Ha consultado en Internet sobre el embarazo y PN: SI NO			
Riesgo obstétrico: <input type="checkbox"/> Riesgo bajo <input type="checkbox"/> Riesgo medio <input type="checkbox"/> Riesgo alto <input type="checkbox"/> Riesgo muy alto			
Inicio de parto: <input type="checkbox"/> Espontaneo <input type="checkbox"/> Inducido			
Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Eutócico <input type="checkbox"/> Vaccum <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Espátulas <input type="checkbox"/> Cesárea			
Episiotomía: SI NO			
Tipo analgesia:			
<input type="checkbox"/> No farmacológica <input type="checkbox"/> Farmacológica <input type="checkbox"/> Ambas <input type="checkbox"/> Ninguna			
<input type="checkbox"/> Relajación <input type="checkbox"/> Local			
<input type="checkbox"/> Respiración <input type="checkbox"/> Peridural			
<input type="checkbox"/> Masaje <input type="checkbox"/> General			
<input type="checkbox"/> Uso del agua <input type="checkbox"/> Parenteral			
<input type="checkbox"/> Calor local <input type="checkbox"/> Inhalado			
<input type="checkbox"/> Pelota			
<input type="checkbox"/> TENS			
<input type="checkbox"/> Otros:			
<input type="checkbox"/> Acupuntura			
<input type="checkbox"/> Aromaterapia			
<input type="checkbox"/> Homeopatía			
<input type="checkbox"/> Flores de Bach			
Realización de piel con piel: SI NO			
Inicio de lactancia materna en sala de partos: SI NO			
Complicaciones perinatales: NO SI <input type="checkbox"/> Ingreso neonato <input type="checkbox"/> muerte perinatal <input type="checkbox"/> otros			
Complicaciones maternas: NO SI Especificar:			

13.3.5. Planes de nacimiento según centros



PLA DE NAIXEMENT

Nom i cognoms gestant
CIP (targeta sanitària)
Nom i cognoms parella/acompanyant
CIP (targeta sanitària)

PREFERÈNCIES SOBRE L'ACOMPANYAMENT I L'ESPAI FÍSIC DURANT EL PART

- **Acompanyant.** Podeu estar acompanyada per una persona, la que desitgeu.
 - Parella
 - Una altra persona (nom i cognoms):.....
 - No portaré acompanyant.
- **Sala de dilatació i part.**
 - M'agradaria estar en la mateixa habitació tot el procés (dilatació i naixement)
 - M'agradaria tenir la possibilitat d'escoltar música
 - M'agradaria tenir la possibilitat de llum tènue indirecta
 - M'agradaria tenir la possibilitat de dubar-me a la meua habitació durant el procés
- **Altres preferències.**
 - M'agradaria disposar de material de suport (pilota, mirall, butaca, colíns, mánfega)
 - M'agradaria portar material de suport (especifiqueu):

PREFERÈNCIES SOBRE ELS PROCEDIMENTS

- Sempre es canalitzarà una via venosa, que permet la perfusió de líquids i/o medicació en cas necessari. Si no cal la via es mantindrà sense connectar.
 - Desitjo ser informada i consultada en cas de ser necessari administrar fàrmacs (sèrums/medicació)
 - M'agradaria poder beure líquids durant el treball de part
 - M'agradaria tenir llibertat de moviments durant tot el procés
- **Monitoratge fetal.**
 - M'agradaria que el monitoratge fos intermitent
 - M'agradaria que el monitoratge fos continuat
 - Preferiria un monitoratge telemètric (sense cables)

PREFERÈNCIES SOBRE L'ALLEUJAMENT DEL DOLOR

- M'agradaria un part natural (sense epidural)
- **Mètodes farmacològics** (alguns d'aquests mètodes poden no estar sempre disponibles)
 - M'agradaria un part amb epidural
 - Preferiria un part amb epidural a baixa dosi (walking peridural)
 - Altres:
- **Mètodes no farmacològics** (alguns d'aquests mètodes poden no estar sempre disponibles)
 - Relaxació
 - Tècniques de respiració
 - Estimulació transcutània (TENS)
 - Massatge
 - Calor local
 - Altres:

PREFERÈNCIES SOBRE EL MOMENT DEL NAIXEMENT

- Magradaria escollir la posició del moment del naixement
 - Magradaria que m'indiquin quan he de començar a empènyer
 - Magradaria començar a empènyer quan senti la necessitat de fer-ho
 - Magradaria veure el naixement amb un mirall
 - Magradaria un ambient tranquil, sense llum forta ni sorolls
 - Magradaria el contacte immediat pell amb pell
 - Magradaria el contacte després que la criatura estigui neta i/o vestida
- Cordó umbilical.
 - Magradaria que el cordó es tallés quan deixi de batejar
 - Magradaria que la meua parella/acompanyant talli el cordó
 - Si es vol fer donació de sang de cordó, però, és molt recomanable pinçar i tallar ràpidament, donat que d'altra manera les probabilitats de que s'obtingui la quantitat necessària de sang es redueixen molt.
 - M'agradaria fer donació de sang de cordó

ALLETAMENT

- Desitjo donar el pit
- Vull donar el pit al meu fill/a la primera hora de vida
- Desitjo ser informada en cas que el meu fill/a necessiti algun altre aliment
- Desitjo lactància artificial

PREFERÈNCIES PER DESPRÉS DEL PART

- Desitjo ser informada i participar de les decisions sobre les cures, exploracions i tractaments que se li faci al meu fill/a.
 - Magradaria estar a soles, després del part, amb el meu fill/a i la meua parella/acompanyant
 - Voldria el contacte pell amb pell sense separacions durant el puerperi immediat.
- Desitjo que la valoració del meu fill/a es faci davant meu i que no m'hi separin si no és estrictament necessari.
 - Mediació: en cas de dificultat lingüística en alguns moments podem oferir-te la possibilitat d'un/a mediació/a. Fes nos saber si estàs interessada en:
 - Mediació magribina
 - Mediació xinesa

Altres preferències o necessitats:

.....

.....

Signatura de la gestant

Informació i entrega del pla de naixement

Professió, nom i cognoms

Data

Recol·lida del pla de naixement

Professió, nom i cognoms

Data

Pla de naixement per a l'Hospital de Granollers

Dades personals

Cognoms i nom

Edat

Paritat

Data probable del part

Preferències relacionades amb l'acompanyament

Durant tot el procés voldria estar acompanyada de:

Preferències relacionades amb l'espai físic

- Sala de dilatació i sala de parts en únic espai
 - Possibilitat d'escoltar música (si la porta la gestant i a volum baix)
 - Possibilitat de graduar la intensitat de la llum
-

Preferències relacionades amb els procediments

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Ènema | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Rasura de pubis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Deambulació | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Ingestió de líquids | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

En cas que sigui necessari administrar un fàrmac, vull que me n'informin i em consultin l'opinió.

Monitoratge fetal

Sempre que sigui possible preferiria:

- Monitoratge continu
 - Monitoratge periòdic (amb consentiment informat)
-

Alleujament del dolor

- M'agradaria alleujar el dolor amb mètodes alternatius:
- Relaxació
 - Tècniques de respiració
 - Massatge efectuat per la parella o acompanyant
 - Altres:
- M'agradaria provar el part sense cap tipus d'anestèsia
- M'agradaria que em possessin l'epidural al més aviat possible
 - M'agradaria que em possessin anestèsia local, només en cas de sutura
 - M'agradaria informació addicional sobre el tipus d'alleujament del dolor en el moment del part
 - Altres opcions:
-

Altres qüestions durant el període de dilatació

Volria disposar de:

- Material de suport com ara pilotes,
 - Miralls, coixins (si els porta la gestant)
 - No voldria que em trenquessin la bossa d'aigües, si no fos necessari
 - Altres opcions:
-

Preferències durant el període d'expulsió

M'agradaria

- Començar els espoderaments quan en tingui ganes
 - Que m'indiquessin quan he de començar els espoderaments
 - Posar-me en la posició que em trobi millor per als espoderaments
 - Que la meua parella em pogués ajudar tota l'estona
 - Tenir un mirall quan sortís el nadó (sempre que sigui possible)
 - Que no em fessin episiotomia, tret que fos indispensable
 - Que em possessin el nadó sobre la pell immediatament
 - Que el cordó umbilical es tallés un cop que hagi deixat de batejar (excepte si sóc donant de sang de cordó)
 - Donar-li el pit al nadó a la mateixa sala de parts
-

Preferències després del part

M'agradaria:

- Que l'estada a l'hospital fos el més breu possible
 - Vull que no separin el nadó de mi, tret que sigui estrictament necessari
-

Preferències sobre l'alimentament

- M'agradaria donar el pit
 - No vull donar el pit
 - No voldria que donessin cap tipus d'alimentament al nadó sense consultar-me
 - Voldria donar el pit a demanda del nadó
-

PLA DE NAIXEMENT PER L'HOSPITAL DE MOLLET

Dades administratives:

Nom i cognoms.....

Edat.....

Paritat.....

Data probable del part...../...../.....

Preferències relacionades amb l'acompanyant

Durant tot el procés del part voldria estar acompanyada per

Preferències relacionades amb l'espai físic:

Sala de dilatació i sala de parts en únic espai

Decoració comfortable

Possibilitat d'escoltar música

Possibilitat de graduar la intensitat de la llum

Preferències relacionades amb els procediments:

Enema SI NO

Rasura de pubis SI NO

Deambulació SI NO

Ingestió de líquids SI NO

En cas que sigui necessari administrar un fàrmac, vull que se m'informi i se'm consulti l'opinió.

Monitoratge fetal

Sempre que sigui possible preferiria :

- Monitoratge continu
- Monitoratge periòdic

Alleujament del dolor

M'agradaria alleujar el dolor amb mètodes alternatius:

- Relaxació
- Tècniques de respiració
- Massatge
- Ús de l'aigua
- Altres.....
-
-
- M'agradaria provar el part sense cap tipus d'anestèsia
- M'agradaria que em possessin l'epidural al més aviat possible
- M'agradaria que em possessin l'anestèsia local només en cas de sutura
- M'agradaria decidir sobre el tipus d'alleujament del dolor en el moment del part
- Altres opcions.....

Altres qüestions durant el període de dilatació

Voldria disposar de:

- Material de suport com ara pilotes, miralls, coixins,
- Banyera
- No voldria que se'm trenqués la bossa d'aigües si no fos necessari

Preferències durant el període d'expulsió

- M'agradaria començar els esponderaments quan en tingui ganes
- M'agradaria que m'indiquessin quan he de començar els esponderaments
- M'agradaria posar-me en la posició que em trobes millor per als esponderaments
- M'agradaria que la meua parella em pogués ajudar tota l'estona
- M'agradaria tenir un mirall quan sortís el nadó
- M'agradaria que no se'm fes episiotomia tret que fos indispensable
- M'agradaria que em posessin el nadó sobre la pell immediatament
- M'agradaria que el cordó umbilical es tallés un cop hagi deixat de bategar
- M'agradaria donar-li el pit a la mateixa sala de parts

Preferències després del part

- M'agradaria que l'estada a l'hospital fos el més breu possible
- Vull que no separin el nadó de mi, tret que sigui estrictament necessari

Preferències sobre l'alimentament

- M'agradaria donar el pit
- No vull donar el pit
- No voldria que li donessin cap tipus d'aliment al nadó sense consultar-me
- Voldria donar el pit a demanda del nadó

Preferències sobre el Protocol Pell a Pell

- M'agradaria realitzar el protocol pell a pell
- El pare iniciarà el protocol pell a pell si la mare no pot.



Pla de naixement

L'equip d'obstetrícia de l'Hospital Germans Trias us ofereix una atenció al part basada en el respecte, la seguretat i la professionalitat. Per tal de millorar la vostra experiència sobre el part hem elaborat aquest document que pretén recollir els vostres desitjos, preferències i expectatives sobre el naixement del vostre nadó. Si teniu dubtes sobre les diferents alternatives del Pla de Naixement els podeu consultar amb la vostra llevadora.

La llevadora serà la vostra professional de referència i us acompanyarà durant tot el procés. Ella mantindrà el contacte continu amb l'equip de guàrdia (obstetres, pediatres, anestesiòlegs, infermeres i auxiliars d'infermeria), el qual vetllarà per la vostra salut i la del vostre nadó.

Durant el part us podrà acompanyar la persona que escolliu. Convé d'evitar els canvis d'acompanyant per preservar la vostra intimitat i la de la resta de dones.

Vull estar acompanyada per:

- Nom acompanyant (una sola persona): _____
- Sense acompanyant.

Ambient i espai físic

Germans Trias disposa de 3 sales d'exploració, 4 boxes d'observació, 2 dutxes, 4 boxes de dilatació amb lavabo incorporat, 2 sales de part, un quiròfan, 2 sales de reanimació/despertar i una sala de part natural.

Sempre que sigui possible, preferiria:

- Fer servir el circuit convencional de part (box dilatació, sala de part i box de reanimació).
- Fer servir la sala de part natural (dilatació i part en un únic espai i aplicació del protocol d'atenció al part natural sense anestèsia).
- Poder optar a diferents intensitats de llum.
- Escoltar música (haureu de portar el vostre aparell reproductor amb auriculars).
- Portar elements de confort (coixins, malfega, altres).
- Altres:

Atenció durant la dilatació

L'equip assistencial us informará en tot moment sobre l'evolució del treball de part i sobre aquells procediments que calgui fer. A l'ingrés us col·locaran una cánula a la vena per si fos necessari administrar-vos medicació o si cal una actuació urgent, us faran les exploracions vaginales adients per poder valorar la progressió correcta del part i us controlaran la freqüència cardíaca fetal amb un monitor extern per valorar el benestar del nadó.

Si el vostre part és programat, induït o per cesària, intentarem respectar al màxim possible les vostres preferències. Tot i així, cal tenir present que qualsevol alteració de la normalitat o imprevist clínic poden fer canviar l'actuació segons els protocols del servei.

Sempre que sigui possible preferiria que:

- No em rasuri.
- No m'administri enema.
- Les exploracions vaginales siguin les imprescindibles.
- No em trenqui la bossa de les aigües si no és necessari.
- No tinc preferències.

Durant la dilatació, sempre que no hi hagi cap contraindicació, podreu beure líquids, preferentment aigua, infusions o begudes isotòniques per mantenir una bona hidratació.

- Vull tenir la possibilitat de beure líquids durant la dilatació (haureu de portar-los).
- No vull beure (la hidratació es farà amb seroteràpia).
- Faré servir col·lutors o pasta dental.
- Faré servir bastonets impregnats de glicerina amb sabor de llimona (n'hi ha al servei).

Per valorar el benestar del vostre nadó, sempre i quan no us administren oxitocina, analgèsia peridural o es produeixi alguna situació de risc que demani un control constant, podeu escollir:

- Monitoratge extern continu.
- Monitoratge extern intermitent.
- No tinc preferències.

Per tal de disminuir el dolor, podeu decidir si voleu analgèsia epidural o fer servir altres mètodes. La llevadora us donarà suport psicològic i emocional i us aconsellarà sobre les diferents alternatives en cada etapa del part:

- Vull un part natural i poder disposar d'eines de suport al part. A la sala de part natural hi ha: balancí, banyera obstètrica, cordes, cadira de parts, llit obstètric, etc.
- Anestèsia epidural al més aviat possible.
- M'agradaria començar el part sense cap tipus d'anestèsia (amb mètodes alternatius) i decidir més endavant si és necessària.
- Relaxació i tècniques de respiració.
- Dúbia d'aigua calenta.
- Estimulació de la pell (massatge superficial, pressió-massatge, aplicació de calor o fred) amb l'ajuda del meu acompanyant.
- Llibertat de moviment (escollir la millor postura, caminar...).
- Elements de suport segons l'evolució del part (balancelg amb la pilota obstètrica)
- Altres mesures alternatives que feu servir habitualment (heu de portar el vostre material o tractament).

Especifiqueu quines:

Atenció al naixement

El naixement és un moment únic. La llevadora us aconsellarà perquè pugueu participar-hi activament i, segons les vostres necessitats i les del nadó, us recomanarà les posicions que poden afavorir el naixement del vostre fill.

Sempre que sigui possible m'agradaria:

- Que el meu acompanyant pogués ajudar-me tota l'estona.
- Donar a llum amb la màxima intimitat possible.
- Disminuir l'estimulació lumínica i auditiva a sala de parts o al quiròfan
- Que em dirigeixin les contraccions.
- Esperar a tenir-ne ganes per començar a fer els espoderaments o quan en tingui sensació (no dirigit).
- Que no se'm fadin manobres de pressió sobre el fons uteri.
- Tenir un mirall per veure el nen quan surti.
- Estar mig incorporada fins a 45° (posició neutra) en cas de peridural.
- Estar en posició estirada de panxa enlaire (litotomia).
- Escollir la posició de part ambot el moment (a la sala de part natural).
- Evitar l'ús sistemàtic de l'episiotomia i protegir activament el perineu.
- No tinc preferències.

Després del part

El període de desllurament es produeix entre el naixement del vostre fill i la sortida de la placenta. A l'hospital fem un tractament actiu d'aquest període (administrem una dosi d'oxitocina) per reduir el risc de sagnat després del part.

El contacte immediat pell amb pell del nadó amb la mare li regula el ritme cardíac, la temperatura, la glucosa a la sang i el sistema immunitari. En les dues primeres hores de vida el nadó està despert i reactiu. Per això, en tot moment intentarem interferir al mínim possible per fomentar aquest vincle.

- M'agradaria iniciar el contacte pell amb pell amb el nadó immediatament després del naixement i, en el cas que jo no pugui fer-ho, que ho faci el meu acompanyant.
- M'agradaria que valoressin el nadó davant meu després del naixement.
- M'agradaria que el cordó umbilical es tallés un cop hagi deixat de bategar (pinçament de 3 a 5 minuts).
- Vull fer donació de cordó (pinçament al minut de vida).
- No tinc preferències per fer el pinçament.
- Preferiria que fessin totes les cures al nadó i que el vestissin abans d'agafar-lo.
- M'agradaria donar el pit al nadó al més aviat possible.
- Vull fer alletament artificial.
- No tinc preferències.
- Altres, especificar: _____

En sortir de la sala de parts, estareu aproximadament dues hores al box de despertar i reanimació fins que pugueu pujar a planta. Si el part és natural continuareu a la mateixa sala.

Durant la meua estada a hospitalització

Estareu ingressada durant 4 dies si el part ha sigut per cesària o 2 dies si heu tingut un part vaginal. Si no hi ha cap complicació, podreu demanar l'alta precoç (24 hores) sempre que el pediatra i l'obstetra ho valorin i hi hagi contacte amb l'equip d'atenció primària.

- No vull que em separin del nadó, llevat que sigui estrictament necessari.
- Preferixo ser present durant les cures o procediments que se li facin (exploració, bany...).
- No vull que donin al meu fill cap tipus d'aliment sense consultar-me.
- M'agradaria que la meua estada a l'hospital fos al més breu possible.
- No tinc preferències.

Observacions personals a afegir: _____

Data, nom, cognoms i signatura de la mare:

13.3.6. Hoja de recogida de datos sobre el plan de nacimiento. Fase II



CENTRO	CODIGO MATRONA	Nº CASO

Fecha de cumplimentación ___/___/___

Gracias por participar en el estudio. Le agradecemos rellene los siguientes cuestionarios y lo devuelva a su matrona.

¿Entregó el plan de nacimiento en el hospital? SI NO

Si no lo entregó, ¿cuál fue el motivo?

No lo creí necesario

Me olvidé

Los profesionales que me atendieron no me lo pidieron

Otros:

Puntúe el grado de utilidad de la cumplimentación del plan de nacimiento en la toma de decisiones sobre aspectos del parto. 0 nada útil / 5 muy útil

0 1 2 3 4 5

¿Considera que ha recibido suficiente información durante el embarazo sobre el parto?

SI NO

¿Volvería a utilizar el plan de nacimiento en el próximo embarazo?

SI NO

13.3.7. Escala de satisfacción con la experiencia del parto. Escala Mackey. (validada al castellano por Mas-Pons, R)

POR FAVOR, SEÑALE SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON CADA UNO DE LOS ASPECTOS QUE SE NOMBRAN A CONTINUACIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE 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).

Fecha de cumplimentación ____/____/____

¿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. 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 acompañante durante la dilatación	1	2	3	4	5
11. La ayuda y el apoyo de su pareja 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

¿ESTÁ SATISFECHA CON	Muy insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy satisfecha
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
33. La ayuda y el apoyo de la matrona en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)	1	2	3	4	5
34. De forma global, la atención que usted recibió durante el parto	1	2	3	4	5
35. De forma global, ¿cómo se siente de satisfecha con la experiencia del nacimiento de su bebé?	1	2	3	4	5

13.3.8. Hoja informativa para las mujeres. Fase II



Hoja informativa para la participante en el estudio “Efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento en mujeres gestantes”

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Se realiza en diferentes centros de *Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR)* de la Región y fue aprobado por el Comité Ético en Investigación Clínica del Instituto de Investigación en Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol. Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada por la matrona, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que necesite para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomarse el tiempo necesario para decidir si participar o no. La participación en este estudio es completamente voluntaria. Puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de opinión retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con su matrona ni a la asistencia sanitaria a la que tiene derecho.

¿Cuál es el propósito del estudio? Este estudio tiene el propósito de evaluar la efectividad de una intervención de asesoramiento del plan de nacimiento en mujeres gestantes. La colaboración y la participación en dicho estudio tienen como finalidad la mejora de la atención de los servicios sanitarios.

¿Por qué me ofrecen participar a mí? La selección de las personas invitadas a participar depende de unos criterios que están descritos en el protocolo de la investigación. Estos criterios sirven para seleccionar a la población en la que se responderá el interrogante de la investigación. Vd. es invitada a participar porque cumple esos criterios.

¿En qué consiste mi participación? Su participación consistirá en rellenar los planes de nacimiento durante la gestación y unas encuestas anónimas que le serán entregadas por la matrona que realice la visita de puerperio sobre aspectos relacionados sobre su parto y el plan de nacimiento. En ningún caso disminuirá el control protocolizado de su atención en el embarazo y en el puerperio. En caso de que se necesitaran nuevos datos podremos ponernos en contacto con usted. La duración prevista de su participación en el estudio será aproximadamente 18 meses.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene? Dedicar su tiempo en la contestación de las encuestas.

¿Obtendré algún beneficio por participar? No se espera que Vd. obtenga beneficio directo por participar en el estudio. Se desconoce el uso de los planes de nacimiento, por eso se quiere investigar. El único beneficio buscado es conocer la situación del uso de los planes de nacimiento con el fin de realizar en un futuro posibles mejoras en la asistencia sanitaria.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio? Si Vd. lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio. También podrá disponer de los cuestionarios cumplimentados, si así lo solicita.

¿Se publicarán los resultados de este estudio? Los resultados de este estudio serán publicados en revistas científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos? El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se

hará conforme establece el Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 26 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de datos personales y la libre circulación de datos. En todo momento, Vd. podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos. Sólo el equipo investigador, los monitores del estudio en representación del promotor, y las autoridades sanitarias, que tienen deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

¿Qué ocurrirá con el cuestionario obtenido? Los cuestionarios serán guardados de forma codificada y solo pueden acceder los miembros del equipo investigador y los participantes de la recogida de la documentación y las autoridades sanitarias. Al terminar el estudio, los cuestionarios serán conservados. Si usted accede, los cuestionarios serán conservados para futuros estudios de investigación relacionados con el presente. Si el cuestionario pudiera ser utilizado por otros grupos de investigación, siempre en líneas de investigación relacionadas con la presente, se le solicitaría permiso a usted nuevamente.

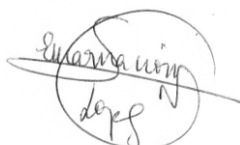
¿Existen intereses económicos en este estudio? El investigador no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio y usted no será retribuido por participar.

¿Quién me puede dar más información?

Encarnación López Gimeno.

Matrona. Investigadora principal. IP 10.80.179.77

ASSIR Eixample Dret. Teléfono xxxxxxxxx

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'Encarnación López', is written inside a circular stamp. The stamp is partially obscured by the signature and has some faint, illegible markings.

Muchas gracias por su colaboración.

13.3.9. Consentimiento informado para las mujeres. Fase II



Consentimiento informado para la participación “Efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento en mujeres gestantes”

Yo, (Nombre completo) _____, con DNI, _____, He sido informada sobre el estudio “Efectividad de una intervención de asesoramiento en el plan de nacimiento en mujeres gestantes” que se realiza en unidades de ASSIR de la región sanitaria de Metropolitana y Barcelona.

He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio, he recibido respuestas satisfactorias y tengo suficiente información en relación con el estudio.

Entiendo que la participación es voluntaria y puedo abandonar el estudio cuando lo desee y sin tener que avisar previamente, sin que ello afecte a la calidad de mis cuidados. He sido informada de forma clara precisa y suficiente de los siguientes extremos que afectan a los datos personales que se contienen en este consentimiento y en la ficha o expediente que se abra para la investigación: Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos. Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.

De conformidad con lo que establece el Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 26 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de datos personales y la libre circulación de datos, declaro haber sido informado de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio de INVESTIGACIÓN hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Nombre de la mujer participante

Matrona colaboradora

DNI y Firma

DNI y Firma

-----, -----,-----

