

Artículo original

Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera

Influence of maternal education program in changing birth plan preferences in pregnant of La Ribera Health Department

Rafael Vila-Candel^{1,2}, Cristina Mateu-Ciscar¹, Erica Bellvis-Vázquez¹, Encarnación Planells-López¹, Marta Requena-Marín¹, M.^a José Gómez-Sánchez¹

¹Matrona. Departamento de Salud de La Ribera. Alzira (Valencia). ²Doctor por la Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia. Profesor titular de la Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia

RESUMEN

Objetivo: Observar si existen diferencias en las preferencias que las gestantes reflejan en el plan de parto (PP) entre antes y después de recibir el programa de educación maternal (EM).

Personas y método: Se trata de un estudio observacional y prospectivo, donde se evalúan las variables (sociodemográficas, preferencias durante el periodo de dilatación, periodo expulsivo, atención al bebé y en todo el proceso del parto y nacimiento) en gestantes que acuden al programa de EM en distintos centros de atención primaria del Departamento de Salud de La Ribera desde enero hasta octubre de 2012. Se utilizó la prueba de McNemar para el análisis estadístico.

Resultados: Se estudiaron un total de 249 gestantes. Los elementos identificados más importantes en los PP analizados que mostraron diferencias estadísticamente significativas entre antes y después de recibir las sesiones de EM incluyen: evitar la episiotomía, medidas de comodidad (ingerir líquidos, ir al baño cuando lo deseen, libertad de movimientos, monitorización intermitente, posición de expulsivo cómoda) y otras preferencias como realizar pujos espontáneos, pinzamiento del cordón tardío y cortarlo su acompañante, contacto piel con piel y amamantamiento de la forma más precoz posible. No encontramos diferencias en elementos relacionados con el ambiente (por ejemplo, la privacidad y toma de decisiones) ni durante el periodo de dilatación con la administración de enema, administración de oxitocina, rasurado del pubis, epidural y amniorrhexis.

Conclusiones: Existen diferencias entre las preferencias del PP que seleccionan las gestantes al término de las sesiones de EM. Las matronas podrían influir en ese cambio.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Parto, embarazo, nacimiento, plan de parto, educación prenatal.

ABSTRACT

Objective: To see if there are differences between preferences reflecting the pregnant women in the birth plan (BP), between before and after receiving the maternal education sessions.

People and method: It's an epidemiological, observational, longitudinal, and prospective study, where we measure the variables of study in pregnant women attending the sessions of maternal education (ME) in different centres of La Ribera Health Department since January to October 2012. The McNemar test was used for the analysis of preferences before and after.

Results: We studied 249 pregnant women. The most important elements analyzed BP identified that showed statistically significant differences between before and after receiving the ME sessions include pain (avoid episiotomy) comfort measures (drink fluids, go to the bathroom, freedom of movement, intermittent monitoring, expulsive comfortable position) and preferences (e.g., spontaneous push, delayed cord clamping and cutting his companion, skin-to-skin contact, breastfeeding and as early as possible). Instead we found no differences related to the environment (e.g., privacy and decision making) and dilation (enema, oxytocin, pubic shaving, epidural and amniorrhexis) elements.

Conclusions: There are differences between preferences of the selected BP pregnant at the end of maternal education sessions, and midwives could influence in the change.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Childbirth, pregnancy, birth, childbirth plan, prenatal education.

Fecha de recepción: 22/12/13. Fecha de aceptación: 28/07/14.

Correspondencia: R. Vila-Candel. Departamento de Salud de La Ribera. Ctra. Corbera, s/n. 46600 Alzira (Valencia). Correo electrónico: rvila@hospital-ribera.com

Vila-Candel R, Mateu-Ciscar C, Bellvis-Vázquez E, Planells-López E, Requena-Marín M, Gómez-Sánchez M.³J. Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera. Matronas Prof. 2015; 16(1): 28-36.

INTRODUCCIÓN

La Ley General de Sanidad de 1986¹ ha servido de referente al sistema sanitario público para ampliar su cartera de servicios. Cada comunidad autónoma planifica y gestiona sus servicios sanitarios adaptándolos a las peculiaridades y necesidades de éstas. Al igual que para nuestros socios europeos, es de vital importancia un sistema sanitario en consonancia con la práctica clínica basada en la evidencia científica² y, al mismo tiempo, centrado en el modelo de atención de la usuaria, para poder contribuir con el desarrollo de nuevas estrategias a garantizar mejores servicios. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) desarrolló en el año 2007 la Estrategia de Atención al Parto Normal³. El objetivo último de la Estrategia es asegurar una atención de calidad al parto, de manera que todas las gestantes reciban la mejor atención, tanto técnica como humana, al tiempo que puedan participar en el proceso de forma activa y con la información necesaria⁴. Nos encontramos en un momento propicio para revisar y reorientar la atención al parto, mejorando otros aspectos como la autonomía de la gestante y la aplicación de la medicina basada en la evidencia⁵. En España dichas recomendaciones han tenido una lenta incorporación a la práctica real, pues no es sencillo este avance desde la asistencia tradicional, sobre todo para algunos colectivos⁶.

El plan de parto (PP) es un documento escrito, que figura en la cartilla del embarazo, donde la gestante manifiesta y deja constancia de sus deseos y expectativas para el momento del parto y el nacimiento⁷⁻⁹. Se trata de ofrecer a la mujer las máximas condiciones de seguridad a la vez que se reconoce su derecho a parir con respeto e intimidad y a participar en la toma de decisiones, y en las mejores condiciones tanto para ella como para su recién nacido. Previamente a su elaboración, la gestante debe haber sido asesorada por la matrona.

El Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2005-2009¹⁰ establece, en el objetivo específico número 4 del área de intervención de salud perinatal, la necesidad de intensificar la humanización y desmedicalización de la atención del parto en la Comunidad Valenciana. La Conselleria de Sanitat firmó en el año 2008 un convenio de colaboración con el Consejo Interterritorial en el que se impulsaba la Estrategia de Atención al Parto Normal del SNS³. La Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, la Dirección General de Salud Pública y la Universidad Miguel Hernández desarrollaron un estudio cualitativo entre profesionales y usuarias del que derivó el Plan de Parto de la Comunidad Valenciana¹⁰. Las preferencias de dicho plan de parto se dividen en cuatro grupos: las relativas al periodo de la dilatación, las correspondientes al periodo del expulsivo, las vincu-

ladadas a la atención al recién nacido y las relacionadas con todo el proceso del parto y nacimiento.

Se sabe que las mujeres se acercan al parto con unas expectativas predeterminadas¹¹, pero los efectos de la educación prenatal sobre el parto siguen sin ser bien conocidos^{12,13}. Ambos aspectos, junto con la implantación del plan de parto en nuestro Departamento de Salud, hicieron que nos planteáramos un estudio con el objetivo de comprobar si la matrona puede influir en la selección de las preferencias del PP tras recibir información en las sesiones de educación maternal. Existen estudios que hablan de las expectativas ante el parto^{11,14} y de las mejoras en los indicadores materno-infantiles al aplicar vías clínicas basadas en la evidencia y centradas en el parto humanizado⁶⁻¹⁵, aunque no específicamente en esta misma línea de investigación.

OBJETIVOS

Objetivo general

Observar si existen diferencias en las preferencias del plan de parto entre antes y después de recibir las sesiones del programa de educación maternal.

Objetivo específico

Detallar el perfil sociodemográfico de la gestante que acude a las sesiones de educación maternal incluidas en el programa del embarazo.

PERSONAS, MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

Se trata de un estudio epidemiológico, multicéntrico, observacional, longitudinal y prospectivo, donde se controlan las variables de estudio antes y después de recibir la información que se incluye en el plan de parto (tabla 1), en las mismas gestantes que acuden a las sesiones del programa de educación maternal. La información facilitada durante las sesiones de educación maternal desarrolla las recomendaciones incluidas en la Estrategia de Atención al Parto Normal³ del Ministerio de Sanidad y Consumo y otro tipo de información no relacionada directamente con el plan de parto. Las sesiones planificadas en el programa de educación maternal de la Conselleria de Sanitat tienen una duración de 2 horas una vez por semana, y su contenido es: embarazo, alimentación, salud bucodental, sexualidad, parto, puerperio, lactancia, comunicación, cuidados del bebé y anticoncepción.

Área de estudio

El Departamento de Salud de La Ribera tiene una cobertura de 250.000 habitantes, con una cifra de 2.249 partos anuales en el periodo de estudio.

Tabla 1. Plan de parto de la Comunidad Valenciana

- **Preferencias en el periodo de dilatación**
 - Que no me administren un enema
 - Poder ir al baño siempre que quiera
 - Que no me rasuren el vello del pubis
 - Que no me canalicen una vena
 - Poder utilizar objetos personales, como ropa, música, un libro, etc.
 - Tener libertad de movimientos
 - Poder ingerir líquidos
 - Que monitoricen a mi bebé de forma intermitente
 - Que no me rompan la bolsa de las aguas
 - Que no me estimulen el parto con oxitocina
 - Poder emplear métodos alternativos de alivio del dolor, como apoyo emocional, movimiento, masajes, relajación, calor, agua, etc.
 - Que no me administren analgesia epidural
 - Que me administren sedación farmacológica
 - Que me realicen los tactos vaginales estrictamente necesarios
- **Preferencias en el periodo de expulsivo**
 - Poder adoptar la posición que me resulte más cómoda
 - Iniciar los pujos de forma espontánea
 - Evitar la episiotomía
 - Pinzamiento tardío del cordón
 - Que corte el cordón mi acompañante o yo misma
 - Donar sangre de cordón
- **Preferencias en la atención al bebé**
 - Contacto precoz piel con piel con mi bebé
 - Que los primeros cuidados se le proporcionen sin separarlo de mí
 - Desearía amamantar a mi hijo
 - Que el inicio de la lactancia materna sea precoz
 - Que no se administre ningún alimento ni biberón a mi bebé (leche, suero glucosado, etc.)
 - Que mi bebé permanezca conmigo en todo momento
- **Preferencias en todo el proceso del parto y nacimiento**
 - Que mi parto se desarrolle en un ambiente lo más tranquilo posible
 - Que se respete la intimidad en el proceso de parto y que participe el menor número de personal posible
 - Que los profesionales que me atiendan se presenten
 - Que se me informe sobre la evolución del parto y que pueda participar en las decisiones sobre éste
 - Que pueda elegir a la persona que va a acompañarme durante el proceso de parto y nacimiento

Fuente: Cartilla de embarazo de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, 2012.

El tiempo de recogida de las muestras fue desde enero hasta octubre de 2012.

Población

Las gestantes seleccionadas eran residentes en las poblaciones de Alzira, Alberic, L'Alcúdia, Guadassuar, Sueca, Cullera y Carlet, todas pertenecientes al Departamento

de Salud de La Ribera de la Agència Valenciana de Salut (AVS).

Búsqueda bibliográfica

Para obtener las variables relacionadas con el plan de parto se realizó una búsqueda bibliográfica en la que nos centramos en dos bases de datos principales: Cochrane y PubMed. Se realizó una búsqueda en la base de datos Cochrane debido a las características del estudio, pues se basa en recomendaciones procedentes de revisiones y metaanálisis, y PubMed porque es la base de datos más utilizada en ciencias de la salud y enlaza con artículos a texto completo, y además muestra en una búsqueda visual artículos relacionados. Los descriptores utilizados fueron: parto (*childbirth*), embarazo (*pregnancy*), nacimiento (*birth*), plan de parto (*childbirth plan*) y educación prenatal (*prenatal education*). No hubo límites de tiempo.

Criterios de selección

Los criterios de inclusión que se utilizaron para seleccionar a las gestantes participantes en el estudio se basaron en la asistencia, al menos, a cinco de las diez sesiones¹⁶ del programa de educación maternal planteadas que estaban directamente relacionadas con el plan de parto (embarazo, parto, puerperio, cuidados del bebé y lactancia).

Los criterios de exclusión fueron la negación por parte de la gestante a participar en el estudio y la dificultad idiomática.

Tamaño muestral

El cálculo del tamaño muestral se efectuó con el programa EPIDAT 3.1 en la población diana del estudio, susceptible de ser seleccionada, mediante el cálculo de proporciones. La media de partos de los últimos 5 años en el Hospital Universitario de La Ribera se sitúa en torno a 2.400 partos/año. El número de gestantes que acuden a las sesiones de educación maternal está aproximadamente en torno al 20% del total de las gestantes atendidas.

Con una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95%, el tamaño estimado fue de 224 gestantes. La tasa de pérdida de fallos se estimó en un 12%, obteniéndose un tamaño muestral total de 250 gestantes.

El presente estudio se realizó de acuerdo con los principios básicos para toda investigación médica, conforme a la declaración de Helsinki¹⁷ y respetando los principios legales aplicables sobre protección de datos personales, así como los referentes a los derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria. El estudio fue aprobado por la Comisión de

Ética de la Investigación-Comisión de Investigación (CEI-IC) del Hospital Universitario de La Ribera en noviembre de 2011.

Tipo de muestreo

Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple de entre todos los centros de atención primaria del Departamento de Salud de La Ribera, siendo dicha probabilidad igual a 7/13 partes.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Variables sociodemográficas

Edad materna, paridad (primípara/secundípara), edad del primer embarazo, nivel de instrucción (analfabeta, sin estudios, primer grado, segundo grado, universitaria), estado civil (soltera, casada, separada, divorciada, viuda), país de origen (España, resto de países de la UE, países no pertenecientes a la UE, Centroamérica y Sudamérica, Norteamérica, norte de África, resto de África, Asia y Oceanía), ocupación (empleadora más de 25 trabajadores, empresaria/profesional, asalariada, pensionista, estudiante, parada, sus labores).

Preferencias en el periodo de dilatación

Todas las variables empleadas fueron cualitativas y fueron codificadas como sí (1) o no (0).

No administración de enema¹⁸ (NO_ENEMA), poder ir al baño siempre que quiera (IR_BAÑO), no rasurado del vello del pubis¹⁹ (NO_RASURADO), no canalización de vía venosa²⁰ (NO_VENA), poder utilizar objetos personales (OBJ_PERS), poder ingerir líquidos²⁰ (LIQUIDOS), tener libertad de movimientos²¹ (LIB_MOV), monitorización intermitente²² (MONIT_INTER), no rotura de la bolsa amniótica²³ (NO_RPM), no estimulación del parto con oxitocina²⁴ (NO_OXITOC), poder emplear métodos alternativos de alivio del dolor²⁵ (MET_ALTR), administración de analgesia epidural²⁶ (EPIDURAL), administración de sedación farmacológica²⁷ (SEDACION), realización de tactos vaginales estrictamente necesarios²⁸ (TACTOS_NEC).

Preferencias en el expulsivo

Poder adoptar la posición que me resulte más cómoda (POSIC_COMODA), iniciar los pujos de forma espontánea²⁸ (PUJOS_ESPONT), evitar la episiotomía²⁹ (EPISIOTOMIA), pinzamiento tardío del cordón umbilical^{30,31} (PINZ_TARD_CORDON), corte del cordón umbilical por el acompañante o ella misma (CORDON_ACOMP), donar la sangre de cordón umbilical (DSC).

Preferencias en la atención al recién nacido

Contacto precoz piel con piel³² (PIEL_CONPIEL), primeros contactos sin separar al recién nacido de la madre³³ (NO_SEPARAR), deseo de amamantar al recién nacido³⁴ (AMAMANTAR), inicio de la lactancia precoz^{35,36} (LACT_PRECOZ), no administración de biberones al recién nacido^{35,36} (NO_BIBERON), el recién nacido permanecerá con la madre en todo momento³⁵ (COLECHO).

Preferencias en todo el proceso del parto y nacimiento

Desarrollo del parto en un ambiente tranquilo (AMB_TRANQ), respeto de la intimidad en el proceso del parto y participación del menor número de personal posible (INTIMIDAD), presentación de los profesionales que me atienden (PRESENT_PROF), ser informada de la evolución del parto y poder participar en la toma de decisiones (INFOR_EVOLUC)³⁷, elegir al acompañante durante el proceso del parto y nacimiento (ELEG_ACOMP).

Recogida y organización de la información

Se diseñó un cuaderno de recogida de datos (CRD) en formato Excel para el tratamiento de las variables seleccionadas, estructurando el CRD en diferentes apartados. Para las preferencias del plan de parto se fotocopió el que incluye la cartilla del embarazo, rellenándolo al inicio y al final de las sesiones de educación maternal. Posteriormente el conjunto de todos los datos se recogió en otra tabla Excel en la que se agruparon todas las variables del total de la muestra para su análisis en el programa estadístico SPSS v.15. Los datos sociodemográficos se recogieron en la primera sesión junto con las preferencias del plan de parto previo a las sesiones planteadas. Tras finalizar la última sesión se recogió el segundo plan de parto para su contraste posterior. Para la codificación de las preferencias se utilizó la dicotomía 0/1, donde cero corresponde a dejar en blanco la casilla y 1 al deseo de dicha preferencia. Los datos perdidos por el sistema se presentaron cuando no se rellenó el segundo plan de parto.

Análisis estadístico

Se realizó la definición y clasificación de las variables y su transformación estadística para su posterior análisis. Se introdujeron los datos en una matriz numérica que nos permitió realizar el estudio estadístico informatizado en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). En todos los análisis se excluye, de manera automática, a aquellos sujetos con valor desconocido (*missing*). Para el análisis general de las variables

se emplearon los métodos descriptivos básicos de cálculo de media y desviación estándar, y para las variables cuantitativas, junto con los números de casos presentes en cada categoría y el porcentaje correspondiente (frecuencias absolutas y relativas) para las categóricas. Posteriormente se determinó la normalidad para las variables continuas con el test de Kolmogorov-Smirnov y la homogeneidad con el test de Cochran. Para obtener el grado de significación entre las preferencias seleccionadas al inicio de las sesiones en comparación con la última, se utilizó la prueba de McNemar para datos apareados (pre/post) de las variables dicotómicas. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p inferior a 0,05.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 249 gestantes en el periodo de estudio. Se perdió 1 gestante por ser diagnosticada de amenaza de parto prematuro y tener que guardar reposo. Así pues, el porcentaje de seguimiento fue del 99,6%.

En cuanto al resultado de las variables sociodemográficas, la edad media de la población atendida corresponde a $30,92 \pm 3,9$ años (IC del 95%: 30,42-31,42), siendo la edad media de su primer embarazo a los $29,86 \pm 4$ años (IC del 95%: 29,36-30,36). El resto de variables se describen en la tabla 2.

En cuanto a las preferencias del plan de parto, en la figura 1 observamos las preferencias seleccionadas de la primera y última sesión de forma acumulada.

Posteriormente se ordenaron las variables seleccionadas de manera ascendente con respecto a las preferencias seleccionadas en la sesión final para contrastarlas con la inicial (tabla 3). Las cinco variables que fueron seleccionadas con un incremento con respecto a la sesión inicial fueron: donar la sangre de cordón umbilical (20%), establecer una lactancia precoz (18%), iniciar los pujos de forma espontánea (17%), evitar la episiotomía (12%) y pinzamiento tardío del cordón umbilical (12%).

Al analizar las preferencias seleccionadas pre/post con la prueba de McNemar para datos apareados, se encontró significación estadística en: poder ir al baño cuando lo deseen ($p < 0,001$), tener libertad de movimientos ($p = 0,007$), poder ingerir líquidos durante la dilatación ($p = 0,047$), disponer de una monitorización intermitente ($p = 0,026$) y de una posición cómoda en el expulsivo ($p = 0,024$), poder realizar pujos espontáneos ($p < 0,001$), evitar la episiotomía ($p = 0,008$), realizar un pinzamiento del cordón tardío ($p = 0,044$) y cortarlo su acompañante o ella ($p = 0,024$), donar la sangre de cordón umbilical ($p < 0,001$), disfrutar de un contacto piel con piel ($p = 0,021$) y de un amamantamiento ($p = 0,006$) de la

Tabla 2. Variables sociodemográficas

Variables	n	%
Edad (años)	≤29	87 34,9
	30-33	97 39,0
	>34	65 26,1
Paridad	Primíparas	201 80,7
	Secundíparas	48 19,3
País de origen	España	235 94,4
	Europa del Este	6 2,4
	Sudamérica	8 3,2
Estado civil	Solteras	51 20,5
	Casadas	194 77,9
	Divorciadas	4 1,6
Nivel de instrucción	Sin estudios	9 3,6
	Primarios	41 16,5
	Secundarios, primer ciclo	29 11,6
	Secundarios, segundo ciclo	70 28,1
	Diplomadas	52 20,9
	Licenciadas	48 19,3
Ocupación	Patrona/empleadora	5 2,0
	Empresaria/profesional	16 6,4
	Asalariada	151 60,6
	Pensionista	1 0,4
	Estudiante	3 1,2
	Parada	47 18,9
	Sus labores	10 4,0
	Otras	16 6,4
Población	Alberic	34 13,6
	Alzira	74 29,7
	Carlet	38 15,3
	Cullera	45 18,1
	Guadassuar	25 10,0
	L'Alcúdia	33 13,3

forma más precoz posible ($p < 0,001$). El resto de variables analizadas no mostraron diferencias estadísticamente significativas (se muestran en la tabla 3).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Existen limitaciones en este estudio. La primera afectaría a las siete matronas titulares de los centros de atención primaria participantes en el estudio que impartieron las sesiones de educación maternal. Ineludiblemente

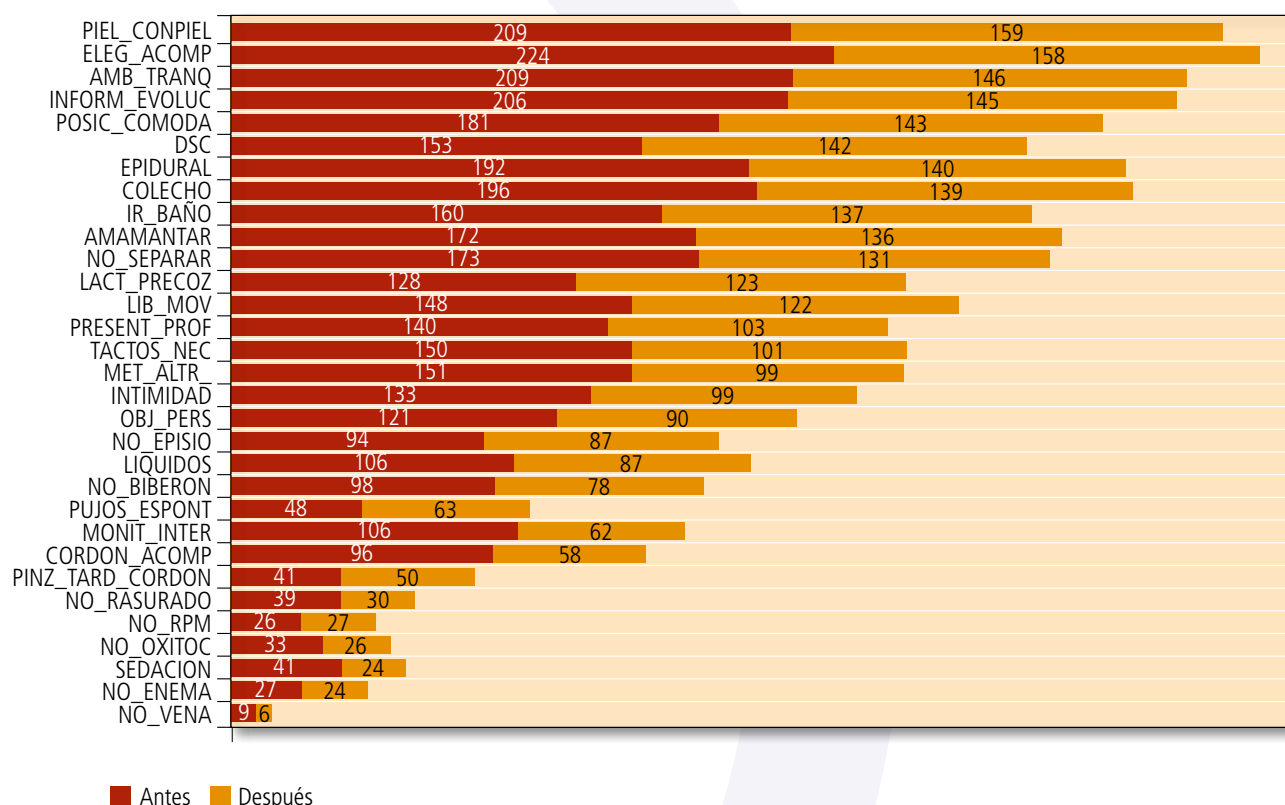


Figura 1. Distribución acumulada de las preferencias del plan de parto en la primera y última sesión del programa de educación maternal

existen características intrínsecas entre los profesionales que quizás influyan en la transmisión de la información: las diferentes actitudes ante la estrategia del parto normal y las distintas aptitudes de cada una, como la comunicación, capacidad de síntesis, empatía, todas íntimamente relacionadas con un perfil docente. Para disminuir el sesgo de información, se acordó utilizar el mismo material didáctico para el desarrollo de las sesiones, sirviéndonos de un DVD del Programa de Educación Maternal elaborado en el año 2010 por el Grupo de Mejora de Matronas de nuestro Departamento de Salud al que pertenecen todos los investigadores.

La segunda limitación se centra en la paridad de las gestantes que acuden a las sesiones de educación maternal. El número de gestantes secundíparas fue menor que el de primíparas. La vivencia de un parto anterior y el haber pasado por todo el proceso de la maternidad quizá puede tener influencia en la elección de las preferencias del plan de parto, pudiendo afectar a los resultados obtenidos.

En el año 2012 en la Comunidad Valenciana había un 20,24% de gestantes inmigrantes³⁸. En el departamento al que pertenece el estudio existe una mayor presencia de población árabe, seguida de los países del este de Europa y Sudamérica. En el análisis de las variables sociodemográficas se detecta que el desconocimiento

del idioma limita la asistencia a las sesiones de las extranjeras, en particular la población árabe.

Cabe destacar la diferencia de gestantes primíparas frente a las secundíparas. Estas últimas no suelen repetir la asistencia al programa de EM refiriendo distintos motivos, como tener que atender a otro hijo, estar informadas o haber pasado ya por la experiencia de la maternidad, entre los más frecuentes.

Cabe destacar el orden de preferencias en la sesión inicial, siendo la de poder elegir el acompañante la opción que se escogió en primer lugar; la demanda de analgesia epidural se situó en sexto lugar. Se entiende que, en un momento tan especial como es el nacimiento de un hijo, el estar acompañada por la pareja es muy importante para la gestante.

Podemos resaltar de la tabla 3 que el porcentaje de selección tanto en la sesión inicial como en la final fue menor del 20% para algunas variables a las que las matronas y la evidencia científica consideran prioritarias; la diferencia del cambio fue menor del 5% (que no se ponga un enema, no rasurado, uso de oxitocina y amniorrexis artificial). Esto podría explicarse atendiendo a la interpretación que la gestante hace sobre dichas variables, que no dependen de ella sino de los profesionales que atienden el parto. Es posible que piensen que ese profesional propondrá lo que más convenga en cada momento y que ellas no parti-

Tabla 3. Distribución de preferencias del plan de parto en la primera y última sesión

Variables	Sesión inicial		Sesión final		Diferencia final-inicial	Test de McNemar
	n	%	n	%	%	Valor de p
No canalización de la vena	9	4	6	4	0	0,67
No enema	27	11	24	14	-3	0,15
Sedación	41	17	24	14	3	0,76
No oxitocina	33	14	26	15	-1	0,9
No amniorrexia	26	11	27	16	-5	0,83
No rasurado	39	16	30	18	-2	0,35
Pinzamiento tardío del cordón	41	17	50	29	-12	0,044
Corte del cordón por el acompañante o la propia madre	96	40	58	34	6	0,024
Monitorización intermitente	106	45	62	36	9	0,026
Pujos espontáneos	48	20	63	37	-17	<0,001
No biberón	98	41	78	46	-5	0,71
No episiotomía	94	39	87	51	-12	0,008
Ingesta de líquidos	106	45	87	51	-6	0,047
Objetos personales	121	51	90	53	-2	0,15
Intimididad	133	56	99	58	-2	0,41
Métodos alternativos para aliviar el dolor	151	63	99	58	5	0,36
Tactos estrictamente necesarios	150	63	101	59	4	0,93
Presentación de los profesionales	140	59	103	61	-2	0,28
Lactancia precoz	128	54	123	72	-18	<0,001
Libertad de movimientos	148	62	122	72	-10	0,007
No separación del bebé	173	73	131	77	-4	0,09
Deseo de amamantar	172	72	136	80	-8	0,006
Poder ir al baño	160	67	137	81	-14	<0,001
Epidural	192	81	140	82	-1	0,16
Colecho	196	82	139	82	0	0,09
Donación de sangre de cordón	153	64	142	84	-20	<0,001
Posición cómoda	181	76	143	84	-8	0,024
Información sobre la evolución del parto	206	87	145	85	2	0,15
Ambiente tranquilo	209	88	146	86	2	0,53
Elegir al acompañante del parto y el nacimiento	224	94	158	93	1	0,3
Contacto precoz piel con piel	209	88	159	94	-6	<0,001

cipan en esa decisión. Coincidiendo con el documento de consenso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)³⁹, y aunque se observa una menor selección de dichas preferencias en el *post-test*, no fueron estadísticamente significativas. La no significación estadística, en nuestro estudio, no implica que no exista interés por la preferencia analizada, sino que no hay diferencias en su elección entre el test inicial y el final.

El análisis descriptivo del plan de parto mostró diferencias en cuanto al orden de las preferencias entre el antes y después de las sesiones de educación maternal. Como posteriormente se observó en el análisis bivariable, una de las interpretaciones que podemos hacer es que esas diferencias pueden ser explicadas por la intervención de los profesionales a lo largo de las distintas sesiones de educación maternal. Se aporta información ra-

zonada, se aclaran dudas y se exponen contenidos teniendo en cuenta las evidencias científicas del proceso. Ese aporte de información quizá podría explicar el cambio en el orden de las preferencias en el plan de parto final, teniendo en cuenta las limitaciones comentadas en el apartado correspondiente. Así pues, y respondiendo al objetivo general planteado, se puede concluir que en la muestra estudiada existe una asociación entre las preferencias del plan de parto y la participación en el programa de EM. Otra posible explicación al cambio de respuesta final podría atribuirse al propio interés de la gestante por las distintas preferencias del plan de parto que pueda favorecer su propia investigación, ya que el 40% tiene una titulación universitaria y puede disponer de otros recursos de información además de los nuestros.

Los elementos identificados más importantes en los planes de parto analizados que mostraron diferencias estadísticamente significativas entre antes y después de recibir las sesiones de educación maternal incluyen evitar la episiotomía, medidas de comodidad como ingerir líquidos, ir al baño cuando lo deseen, libertad de movimientos, monitorización intermitente, posición de expulsivo cómoda y otras preferencias, como realizar pujos espontáneos, pinzamiento del cordón tardío y cortarlo su acompañante, contacto piel con piel, y amamantamiento de la forma más precoz posible.

En cuanto a los objetivos específicos planteados, se detecta que las preferencias tienen un orden distinto en cuanto al número de selecciones entre la primera y la última sesión. Además, el perfil de la gestante que acude a la educación maternal en este estudio corresponde a una mujer de 31 años, en su primera gestación, casada, con estudios universitarios, trabajadora asalariada al igual que su pareja y de nacionalidad española.

Como futuras líneas de investigación, podríamos centrarnos en conocer tras el parto las preferencias respetadas y las no atendidas por el hospital del estudio, para poder analizar en cada caso las causas y desarrollar posibles mejoras. Sería de interés investigar en una muestra de mayor número de gestantes secundíparas, para comprobar si la variable paridad produce cambios en las preferencias del plan de parto. Un mayor equilibrio entre primíparas y secundíparas podría haber producido un cambio en los resultados obtenidos.

AGRADECIMIENTOS

A todas aquellas gestantes que participaron en el estudio y a la Dirección del Hospital Universitario de La Ribera por su apuesta por la investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, n.º 102, 29 de abril de 1986.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman (NICE) 2003, 41. Clinical Guideline 6.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud y Consumo, 2007.
4. Moore M, Hopper U. Do birth plans empower women? Evaluation of a hospital birth plan. *Birth*. 1995; 22(1): 29-36.
5. Stapleton H, Kirkham M, Thomas G. Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care. *BMJ*. 2002; 324(7.338): 639.
6. Iglesias Casás S, Conde García M, González Salgado S. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas Prof*. 2009; 10(2): 5-11.
7. Whitford HM, Hillan EM. Women's perceptions of birth plans. *Midwifery*. 1998; 14(4): 248-53.
8. Bick DE, Rycroft-Malone J, Fontenla M. A case study evaluation of implementation of a care pathway to support normal birth in one English birth centre: anticipated benefits and unintended consequences. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009; 9: 47.
9. De Molina I, Muñoz Sellés E. El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él? *Matronas Prof*. 2010; 11(2): 53-7.
10. Estrategia del parto normal en la Comunidad Valenciana. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2009 [citado el 15 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/AtencionPartoNormal_cas.pdf
11. Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. The influence of childbirth expectations on Western Australia women's perceptions of their birth experiences. *Midwifery*. 2007; 23(3): 235-47.
12. Bailey JM, Crane P, Nugent CE. Childbirth education and birth plans. *Obstet Gyn Clin North Am*. 2008; 35(3): 497-509.
13. Gagnon AJ, Sandall J. Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, n.º 4. Oxford: Update Software Ltd., 2008. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, issue 3. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd., 2008).
14. Aragon 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.
15. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical guideline 55. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG55FullGuideline.pdf>
16. Conselleria de Sanitat. La aventura de ser padres. Guía para la educación grupal del embarazo, parto y puerperio. Valencia: Generalitat Valenciana, 2004 [citado el 24 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://publicacions.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.5209-2004.pdf>
17. Villar J. Recomendaciones de la Declaración de Helsinki en investigación clínica y principales guías en el uso y manejo de animales. *Med Clin (Barc)*. 1988; 91(18): 702-3.
18. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; issue 7 [citado el 13 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000330/frame.html>
19. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; issue 4 [citado el 15 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001236/frame.html>
20. Dawood F, Quenby S. Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; issue 6 [citado el 15 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD007715/frame.html>
21. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; issue 10 [citado el 11 de diciembre de 2012].

- Disponible en: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003934/frame.html>
22. Alfievic Z, Devane D, Gyte Gillian ML. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; issue 3 [citado el 11 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006066/frame.html>
 23. Smyth RMD, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; issue 6 [citado el 11 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006167/frame.html>
 24. Kenyon S, Tokumasu H, Dowswell T, Pledge D, Mori R. High-dose versus low-dose oxytocin for augmentation of delayed labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; issue 7 [citado el 11 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD007201/frame.html>
 25. Smith Caroline A, Collins Carmel T, Cyna Allan M, Crowther Caroline A. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; issue 4 [citado el 11 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003521/frame.html>
 26. Anim-Somuah M, Smyth Rebecca MD, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; issue 12 [citado el 11 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000331/frame.html>
 27. Ullman R, Smith Lesley A, Burns E, Mori R, Dowswell T. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; issue 9 [citado el 25 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD007396/frame.html>
 28. Prendiville Walter JP, Elbourne D, McDonald Susan J. Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; issue 3 [citado el 15 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000007/frame.html>
 29. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; issue 1 [citado el 5 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000081/frame.html>
 30. McDonald Susan J, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008; issue 2 [citado el 15 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004074/frame.html>
 31. Rabe H, Reynolds Graham J, Díaz-Roselló JL. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; issue 4 [citado el 15 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003248/frame.html>
 32. Moore Elizabeth R, Anderson Gene C, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; issue 3 [citado el 5 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003519/frame.html>
 33. Sharifah H, Lee Kim S, Ho JJ. Separate care for new mother and infant versus rooming-in for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; issue 3 [citado el 21 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006641/frame.html>
 34. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; issue 5 [citado el 21 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001141.pub4/abstract>
 35. Jaafar SH, Lee KS, Ho JJ. Separate care for new mother and infant versus rooming-in for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; issue 9 [citado el 21 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006641.pub2/abstract>
 36. Palda VA, Guise JM, Wathen CN. Interventions to promote breastfeeding: applying the evidence in clinical practice. *CMAJ.* 2004; 170(6): 976-8.
 37. Hodnett Ellen D, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; issue 2 [citado el 18 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003766/frame.html>
 38. Instituto Valenciano de Estadística. Movimiento natural de la población 2012. Nacimientos de madre extranjera 2012. Valencia: Generalitat Valenciana, 2012 [citado el 24 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.ive.es/ivepegv/portal_file_c.php?nodourl=mnv/MNP_2012/UC/ultimascifras.html
 39. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Iniciativa al Parto Normal, documento de consenso. FAME, 2007.