

¿Es Posible Humanizar la Asistencia al Parto a través del Plan de Parto?

Is it Possible to Humanize birth Assistance using the Birth Plan?

Irene González Pérez
Universidad de La Laguna, España

La restricción de los Derechos Humanos en maternidad es conocida mundialmente. Tras la medicalización del parto, la mujer perdió autonomía, se vulneraron sus Derechos Humanos y se comenzó a percibir un atisbo de violencia obstétrica. Incluir a la embarazada en la toma de decisiones y respetar sus necesidades son recomendaciones de la evidencia científica para humanizar la asistencia a la maternidad; y la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Sanidad reconocen el Plan de Parto (PP) como el instrumento de apoyo para esto. Esta investigación analizará si presentar un PP influye en la humanización del parto y, consecuentemente, en la experiencia de parto de las madres.

Descriptor: Derechos de la mujer; Salud de la mujer; Asistencia sanitaria; Planificación; Toma de decisiones.

The lack of Human Rights in maternity is a global concern. After the medicalization of childbirth, the woman lost autonomy, basic human rights were violated and early signs of obstetric violence were identified. Including pregnant women in decision-making and respecting their needs are evidence based practices to humanize childbirth; the World Health Organization and Ministerio de Sanidad recognize the Birth Plan as the tool to support this. The aim of this study is to analyse the effect of submitting a birth plan on the humanization of childbirth and on women's birth experiences.

Keywords: Women's rights; Women's health; Health care; Planning; Decision-making.

Introducción

Tras la medicalización del parto en los años 60, se consideró el proceso fisiológico del parto una patología que requería asistencia médica, lo que contribuyó a un institucionalismo del parto manifestado en la hegemonía profesional, donde el sanitario toma las decisiones y las gestantes adoptan un rol pasivo.

En la actualidad, se pretende abandonar este sistema paternalista (el que la autonomía de la gestante es casi inexistente) por uno participativo y centrado en las necesidades de la mujer, donde las decisiones las toman las usuarias (se propone modelo *partnership*, adoptado ya por los sistemas neozelandés y anglosajón). Esto se corresponde con las recomendaciones promovidas por el Ministerio de Salud para humanizar el parto y disminuir el intervencionismo mencionado.

El Plan de Parto es un instrumento que contribuye a la humanización del parto.

Fundamentación teórica

La medicalización de los servicios de maternidad y el nacimiento de la era tecnológica disminuyó el número de partos eutócicos, pues el objetivo principal fue reducir la morbilidad materno-infantil, ignorando la satisfacción materna y realizando intervenciones no avaladas científicamente (episiotomías, rasurados, enemas, etc.).

Actualmente, y pese a la evidencia científica existente, las intervenciones durante el parto siguen en aumento. En España, la instauración de estas recomendaciones ha sido lenta. Se constata con una tasa de cesáreas e inducciones por encima de las recomendaciones de la OMS. La falta de actualización del personal sanitario, la diversidad de opiniones entre profesionales, las prácticas intervencionistas muy arraigadas o la falta de autonomía de la matrona son algunos de los motivos que contribuyen a entorpecer la instauración de las recomendaciones. Esto ha generado, incluso, un movimiento social que da visibilidad a la situación de la obstetricia en España, en la que instituciones como la “Federación de Asociaciones de Matronas de España” y “El Parto es Nuestro” han cobrado protagonismo en la lucha por el parto respetado y humanizado.

Igualmente, la evidencia en morbilidad postnatal ha dejado patente la importancia de la dimensión psicológica del parto, ya que la experiencia de parto de una mujer puede tener implicaciones en su salud, así como definir la relación con su hijo. Una experiencia positiva de parto es el resultado subjetivo con el que la mujer se siente satisfecha tras el cuidado personalizado durante el parto. Pese a conocerse la importancia de una experiencia de parto positiva, dentro del sistema sanitario español, se siguen encontrando carencias en cuanto al soporte psicológico que desde las instituciones se les ofrece a las mujeres.

Si bien, se plantea también un dilema tras la implantación del PP en los hospitales: ¿los profesionales ofrecen a las gestantes la opción de decidir durante el parto? ¿Y deciden todo estas o los profesionales limitan sus opciones?

Utilizando el PP se pretende humanizar la asistencia en maternidad, respetando las decisiones de las gestantes y apoyándolas. De esta manera se previenen trastornos por estrés postraumático, depresiones posparto o complicaciones derivadas de prácticas innecesarias (episiotomías, monitorización interna, etc.).

Esta investigación promueve, además, el cuidado liderado por las matronas para las gestaciones fisiológicas y un modelo asistencial holista, que asegura un mayor número de partos eutócicos, mejores experiencias de parto, un coste-beneficio mayor y favorece las tasas de lactancia materna mayores por el apoyo individualizado, lo que supone un beneficio económico a largo plazo para toda la sociedad y para el medio ambiente.

Objetivo

Determinar si presentar un Plan de Parto humaniza los cuidados de las gestantes.

Método

Diseño del estudio: estudio descriptivo, observacional.

Ámbito de estudio: paritorios y planta postparto de los hospitales donde se lleva a cabo la investigación (visto bueno de los comités éticos aprobado).

Sujetos de Estudio: gestantes asistidas durante la fase de captación de este estudio en los hospitales donde se lleva a cabo la investigación; que presenten PP, cumplan los criterios de inclusión y acepten, de manera voluntaria y previo consentimiento informado, participar en el estudio. Las participantes serán captadas aleatoriamente tras el parto. Posteriormente, y siempre dentro de las dos semanas posparto, realizarán la encuesta.
Tamaño muestral: $n = 222$

Intervención: encuesta COMFORTS validada y cuestionario (elaboración propia).
Recogida de datos: de la encuesta y de la historia clínica (variables sociodemográficas y

obstétricas).

Determinaciones: análisis de datos con el programa SPSS 20.0.

Limitaciones: diferentes niveles de adherencia del personal al PP y la denegación en la concesión de permiso para el acceso a historias clínicas al amparo de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Cronograma:

- Diseño (Octubre 2016-Abril 2017)
- Captación sujetos (Mayo 2017-Marzo 2019)
- Análisis resultados (Abril 2019)
- Elaboración memoria (Noviembre 2018-Mayo 2019)

Resultados

Grupo con PP: N = 122

Grupo sin PP: N = 100

Paridad: El porcentaje de primíparas es mayor (66,4%) en el grupo con PP. La multiparidad predomina más en el grupo sin PP.

Nivel de estudios: superior en grupo con PP.

Realizan actividad laboral: con PP=73,8%; sin PP=70%

Satisfacción: gestantes con PP =87,9%; sin PP=51%

Vivencia global del nacimiento: gestantes con PP=87,9%; sin PP=51%

Respeto a su intimidad: gestantes con PP=75,4%; sin PP=49%

Su experiencia de parto fue lo que esperaba: gestantes con PP =62,3%; sin PP=26%

Se sintió en control de su parto: gestantes con PP muy satisfechas=60,7%; sin PP=26%

Cómo se sintió tras completar su PP: 30% del grupo con PP refirió sentirse empoderada, 24% tranquila, 18% segura, 12% informada, 6% no sintió nada diferente, 10% no responde.

¿Revisó su PP con su matrona?: 47% lo revisaron.

¿Cree que se respetó su PP?: 54,9% aseguran que se respetó su PP.

¿Completar el PP ha mejorado su experiencia de parto?: 91,8% afirmaron que sí.

Tipo de parto:

- Cesáreas: 16,4% grupo con PP; 22% grupo sin PP.
- Partos instrumentales: 23% grupo con PP; 11% grupo sin PP.

Uso de oxitocina intraparto: 68,9% grupo con PP; 54% grupo sin PP.

Amniorraxis espontánea: 63,1% grupo con PP; 58% grupo sin PP.

Conclusiones

La humanización del cuidado en maternidad no se entiende sin los conceptos de autonomía y atención personalizada.

La titular del derecho a ponderar y decidir durante el embarazo es la gestante, amparada por la Ley de autonomía, La Constitución Española y Los Derechos Humanos.

La gestante tiene derecho a proteger la vida y salud de su hijo no nato conforme a su propia moral e ideología y no conforme a la de los profesionales.

Incluyendo a la embarazada en la toma de decisiones y respetando sus necesidades se obtienen experiencias más positivas de parto; y el PP es el instrumento de apoyo para esto.

La función del PP no es solo planificar. Existe un conflicto de términos.

Se necesita formar al personal sanitario en PP.

Facilitando el acceso a mujeres a la atención por matronas se obtienen mejores experiencias de parto.

Quizá, el verdadero logro del PP sea que entre las mujeres y los profesionales haya confianza mutua y no tengan que utilizarlo.

Referencias

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2007). *Plan de parto y nacimiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. París: Naciones Unidas.

OMS. (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*.