



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2016-17)

Trabajo Fin de Grado

**Parto domiciliario planeado: nuevas
tendencias.**

Revisión bibliográfica.

Alumno/a: Nerea Rodríguez Niño

Tutor/a: D^a M^a José Villullas Mate

Junio, 2017

ÍNDICE

1. RESUMEN	Página 3
2. INTRODUCCIÓN.....	Página 5
2.1 Evolución del parto y las parteras durante la historia.....	Página 9
2.2 Legislación en los países desarrollados.....	Página 11
2.3 Complicaciones maternas y fetales durante el parto.....	Página 14
2.4 Justificación.....	Página 14
2.5 Objetivos.....	Página 15
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	Página 16
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	Página 19
4.1 Causas de la elección del parto domiciliario.....	Página 19
4.2 Valoración biopsicosocial de la mujer y su criatura.....	Página 20
4.3 Valoración del domicilio.....	Página 22
4.4 Asistencia al parto.....	Página 23
4.5 Traslado al hospital.....	Página 24
4.6 Complicaciones maternas y perinatales.....	Página 24
4.7 Características de las mujeres que lo eligen.....	Página 26
4.8 Beneficios de parir en casa.....	Página 27
4.9 Situación en España del parto domiciliario.....	Página 28
5. CONCLUSIONES.....	Página 31
6. BIBLIOGRAFÍA.....	Página 32
7. ANEXOS.....	Página 38
Anexo I.....	Página 39

1. RESUMEN

La desaprobación social de la sistematización consecuente a la institucionalización del parto ha provocado la desaprobación de muchas gestantes. El sentimiento de su falta de implicación en el proceso ha conllevado a la búsqueda de alternativas enfocadas a la personalización y la atención holística de los cuidados.

El objetivo principal de este trabajo busca conocer las causas que provocan este cambio de pensamiento, así como los beneficios y el perfil de las mujeres que eligen el parto domiciliario planeado como alternativa al parto hospitalario.

Tras la realización de una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, entre diciembre de 2016 y mayo de 2017, se ha llevado a cabo una lectura crítica de 38 documentos.

El resultado principal determina que estas vías alternativas proporcionan mayor autonomía y responsabilidad en las mujeres. Además, la creación de un vínculo de familiaridad y confianza con las personas que le acompañan en el momento del parto, transforma la experiencia en un proceso único.

Finalmente, los resultados dispares en cuanto a beneficios y complicaciones propuestos por diferentes autores no concluyen de forma unánime.

La necesidad de la modificación de los cuidados con la finalidad de garantizar el trato individualizado es la conclusión principal extraída. Para ello, se han creado los “Planes de trabajo de Parto” en busca de alcanzar partos de baja intervención y, de este modo, reducir los acontecimientos traumáticos.

La formación actualizada del personal sanitario transmitida a los pacientes, influye en la decisión de la gestante sobre su elección del método de parto. Por ello, es imprescindible la constante actualización académica y el respeto a la decisión final de la mujer por parte del personal sanitario.

PALABRAS CLAVE: Parto, parto domiciliario, home childbirth, planned home birth, parto en casa.

ABSTRACT

The social disapproval of the systematization consequent to the institutionalization of the birth has provoked the disapproval of many pregnant women. The feeling of their lack of involvement in the process has led to the search for alternatives focused on the process personalization and the holistic care.

The main objective of this study is to investigate the causes of this change in thinking, as well as the benefits and profile of women who have chosen home child birth as an alternative to hospital delivery.

After following a bibliographic review among several databases, a critical reading of 38 documents was carried out during the time period of December 2016 and May 2017.

The main result determines that these alternative routes provide greater autonomy and responsibility in women. In addition, creating a bond of familiarity and a feeling of trust with the people who accompany you at the time of childbirth transforms the experience into a unique process.

Finally, the unlike results in terms of benefits and complications proposed by different authors do not draw the same conclusions.

Our main determination points out the need of the care modifications to ensure and promote individualized patient treatment. For this purpose, the "Labor Plans of Childbirth" have been created. The objective is to accomplish low-intervention deliveries and, yet, reducing the traumatic events.

An up-to-date training by the health personnel - further transmitted to the patients - influences the decision of the pregnant woman about her choice in the delivery method. Hence, it is essential the constant academic update and respect for the women's final decision by the health personnel health staff.

KEYWORDS: Parto, parto domiciliario, home childbirth, planned home birth, parto en casa.

2. INTRODUCCIÓN

“El parto es el proceso fisiológico mediante el cual la mujer pone fin a la gestación. En él tiene lugar la expulsión de uno o más fetos y sus membranas desde la cavidad uterina hacia el exterior.” ⁽¹⁾

En el momento de parto están implicados factores físicos, psicológicos y socioculturales que convierten el proceso en una experiencia única. ⁽²⁾

La gestación y el parto son procesos naturales a los que la mujer está destinada desde el momento de su nacimiento, un proceso de transición en el que el cuerpo se prepara fisiológicamente durante las semanas de gestación para la expulsión del producto de la concepción en el momento del parto. ⁽³⁾

Durante muchos siglos el parto fue concebido como un acontecimiento natural en el que se debía intervenir lo menos posible, por ello, durante gran parte de la historia, las mujeres parían solas en sus casas o comunidades con la ayuda de una comadrona o partera tradicional que velaba por su bienestar. Los conocimientos que estas mujeres poseían eran transmitidos de forma oral de generación en generación. Durante el proceso de parto, la comadrona se encargaba de ayuda a la mujer en el proceso, de manera que ella lo sentía como un proceso fisiológico y natural, en un entorno familiar, adquiriendo un papel activo y de protagonismo. También la familia cobraba un papel importante, pues servía de ayuda a la mujer en los casos necesarios o se veía implicada en el proceso, creándose un clima de confianza y familiaridad que proporcionaba una influencia estimulante y positiva en la mujer, facilitando así el proceso. ⁽⁴⁾

Durante miles de años el cuerpo de la mujer era considerado sagrado, y como tal, centro de cultos, ritos y simbolismos que hoy en día conocemos gracias a pinturas, esculturas y escritos que han aumentado el conocimiento sobre la tradición antigua. Uno de los símbolos más importantes era aquel que representaba el paso de mujer a madre, obtenido por el proceso de embarazo y parto. De esta manera, este hecho era un acontecimiento importante no solo para la mujer, sino para la comunidad.

Sin embargo, con la llegada de la medicina moderna, en el S. XX, la influencia de la industrialización y el desarrollo de las primeras prácticas obstétricas el parto comienza a ser competencia del médico, quien va adquiriendo un papel autoritario en el proceso basado en el conocimiento científico y especializado. De este modo, la manera de concebir el proceso de parto toma un tono más científico, médico y tecnológico, dejando a un lado la visión plenamente natural, concebida hasta entonces.

La medicalización e institucionalización del parto se promovieron con el fin de la reducir la morbi-mortalidad materno-fetal, objetivo importante de la salud pública, que hasta ese momento había alcanzado niveles muy elevados. En 2008 The United Nations Children's Fund is a United Nations (UNICEF) publica datos significativos de la mejora de este perfil, mostrando una reducción de un 5.4% la tasa de mortalidad materna a nivel mundial entre 1990 y 2005, disminuyendo de 430 a 400 defunciones maternas por cada 100000 nacidos vivos. UNICEF afirma que estos datos se deben al aumento de la cobertura de la atención prenatal y la asistencia por personal cualificado en el momento del parto.

Pero el aumento del intervencionismo durante el parto ha hecho que la mujer reste protagonismo y se convierta en una espectadora más en muchos de los casos, siendo sometida a técnicas rutinarias invasivas. Sin embargo, varios son los organismos que defienden la falta de necesidad de la realización de tan elevado número de procedimientos. Así pues, la Organización Mundial de la Salud (OMS), emite un comunicado en 1985 proponiendo una disminución del número de cesáreas al 15-20% de nacimientos.

Esta despersonalización es la que da lugar al descontento de muchas familias que eligen otras vías alternativas, buscando que la mujer vuelva a ser protagonista del proceso y en el que el trato sea más humano, permitiendo la creación de vínculos entre los distintos miembros implicados. ⁽⁵⁾

Pero la llegada de la industrialización no solo se produjo a nivel de la medicina, sino que también se desarrolló el conocimiento farmacológico, aplicando los nuevos

conocimientos a nivel obstétrico durante el embarazo y parto, como es el uso de la oxitocina artificial para la inducción del parto en caso de necesidad, pero su uso acabó por estandarizarse, provocando partos más dolorosos y un incremento de la demanda de la analgesia epidural.

Del mismo modo las cesáreas cobraron importancia, pues alcanzaron niveles elevados, aumentándose un 10% en Reino Unido o un 25% en United States of America (USA).

A su vez, con los avances científico-técnicos disminuyeron la mortalidad materno-fetal gracias, en parte, a una monitorización fetal y el uso de partogramas. Es entonces cuando comienza a extenderse la idea de la medicalización invasiva del cuerpo y el sentimiento de pérdida de control de las funciones naturales del organismo.

También se fue implantando de forma sistemática la realización de la episiotomía después de los años 50. Fue entonces cuando grupos de mujeres se unieron, realizando campañas en contra de la realización de esta práctica en situaciones innecesarias.

En los años 50 surgen nuevas incógnitas sobre el parto y aparece un nuevo método: "Childbirth without pain", desarrollado por el doctor francés Frederik Leboyer, basado en las leyes de la naturaleza. Proponía una "droga" para abolir los dolores de parto, reeducando el embarazo con información sobre anatomía y psicología del neonato, parto y gestación. Requería un entrenamiento psicológico basado en ejercicios y técnicas de relajación, que contribuían a disminuir el dolor y aumentar el bienestar y la satisfacción de la parturienta, influyendo así en la reducción de técnicas obstétricas durante el proceso de parto. ⁽⁴⁾

En los años 70 tuvo lugar un nuevo cambio en la obstetricia, debido a la confrontación entre la sociedad y los obstetras en Europa y USA, dando paso a la escucha femenina. Esta mayor escucha junto al desarrollo de otras nuevas corrientes de pensamiento dio lugar a un cambio en las acciones políticas y en las Ciencias Sociales, promoviendo la igualdad de derechos, como el Año Internacional de la Mujer en 1975, la cumbre de

Ginebra en 1992 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en 1995, tratando en todos ellos el mismo tema, “el empoderamiento de la mujer”.

En nuestro país, en la Constitución Española de 1978, la mujer adquiere derechos civiles y, en la Declaración de Madrid del 2001 propone la equidad de género en la salud, aunque los cambios no se limitan al ámbito de la salud, sino que se produce una evolución a todos los niveles. En noviembre de 2004 se funda el Observatorio de Salud de las Mujeres por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Y se consigue la equidad de salud entre géneros. Finalmente, en 2007 se publica la Estrategia de Atención al Parto Normal (EPN), de la que se deriva la Iniciativa al Parto Normal (IPN) elaborada por la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), cuyo objetivo es el consenso entre la sociedad y los profesionales para un acuerdo de la atención, por ende, la creación del Plan de Parto. Muchos son los cambios que se producen en el Sistema Nacional de Salud (SNS) manteniendo una identidad común adaptado a cada Comunidad Autónoma. Todos estos cambios surgen de un proceso lento. El IPN es elaborado por las matronas españolas centrándose en la opinión de la comunidad, valorando la capacidad de decisión de las mujeres sobre su cuerpo.

Actualmente nos encontramos en un momento de cambio a todos los niveles en el que la mujer reivindica la naturalidad del proceso de parto a nivel mundial. ⁽⁶⁾

A mediados de la década de los 80 la OMS publica una serie de recomendaciones sobre el Parto Vaginal, con el objetivo de la estandarización de estos cuidados. Entre los que destacan: la elaboración de un plan personalizado, elección del lugar y la persona que asistirá el parto, el derecho de la mujer a permanecer acompañada durante el proceso por la familia que ella elija, ofrecimiento de alimentación oral durante el parto, no uso de métodos invasivos y farmacológicos de forma estandarizada sino proporcionar métodos y técnicas de relajación y masajes, libertad en la elección de la postura, estimular, favorecer y potenciar los cuidados afectivos entre la gestante y el bebé en el posparto inmediato (lactancia precoz y contacto piel con piel). ^(4, 7)

En los años 90 casi el 100% de las mujeres europeas acudían a los hospitales para el

momento del parto, sin embargo, en Holanda el 35% de los partos eran domiciliarios y en 1992 Reino Unido aconsejó el parto en casa de aquellas mujeres de bajo riesgo. ⁽⁷⁾

En 2002, se regula el Principio de Autonomía del Paciente, en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, según la cual el paciente tiene el derecho y el deber de poseer total libertad y responsabilidad en materia de su salud, decidiendo lo que es bueno para él, aunque su decisión no sea compartida por el médico.

Esta Ley, por tanto, se basa en los principios fundamentales de la bioética, exigiendo el respeto de la decisión de las personas, y el derecho a respetar su voluntad.

Con esta Ley se pone fin a un modelo sanitario paternalista, en el que la opinión del equipo médico es prácticamente autoritaria y la única válida.

Los profesionales, por tanto, deben respetar ese derecho y, en consecuencia, sus decisiones. El deber moral y legal de hacer el bien de los profesionales sanitarios debe guiarles a exponer, aclarar y completar esa información evidenciada, segura y actualizada.

Pero finalmente, será el paciente quien decida.

Por ello, este Principio se aplica también al tema concerniente. Si se aplica el mismo derecho de Autonomía del paciente también para la familia y la mujer gestante deberán ser ellos quienes decidan acerca de su voluntad sobre el lugar del parto, siempre y cuando su decisión esté tomada teniendo en cuenta una amplia gama de información científica y actualizada. ^(8, 9)

La decisión final está influenciada por múltiples factores, algunos de los que llevan a la gestante y su ámbito a tomar dicha elección se basan en la educación, condiciones socioeconómicas, historia de vida, antecedentes personales y familiares de parto, experiencias previas, así como conocimientos sobre gestación y parto. ⁽⁹⁾

2.1. EVOLUCIÓN DEL PARTO Y LAS PARTERAS DURANTE LA HISTORIA.

El parto es un proceso común en muchas especies, pero en la mujer, por el simple hecho de ser seres humanos, se encuentran implicadas muchas más connotaciones, como la racional y la emocional. Esto ha conllevado que el proceso se vea reflejado con un halo de misterio y temor, que unido al dolor ha hecho que a lo largo de la historia se

haya visto abordado de forma muy diferente.

Probablemente las gestantes no solo buscaron la ayuda para afrontar las complicaciones que pudieran surgir, sino que buscaban compañía y seguridad para combatir el miedo, la ansiedad y el dolor a los que se veían expuestas.

Según los conocimientos que poseemos sobre la sociedad antigua, sabemos que la división sexual del trabajo ocurre en el neolítico, momento en el que los hombres se dedicaban al trabajo productivo y las mujeres al reproductivo. Esto se ve inducido por el determinismo biológico. Por lo tanto, la mujer se dedicaba a las tareas del hogar, al cuidado de la comunidad y la crianza de los hijos. Así pues, desarrollaron conocimientos sobre remedios naturales para abordar determinados problemas de salud, el tratamiento de los enfermos o el cuidado de los mayores, así como la asistencia en los partos.

Sabemos que el conocimiento de las primeras mujeres dedicadas a la ayuda en la atención de partos se basa en la transmisión oral de generación en generación. El conocimiento se va ampliando con la práctica asistencial. Posteriormente y según vaya avanzando la historia, aparecerá un sistema de reglas y formación teórico-práctica que irá evolucionando a lo largo de los años, dependiendo del contexto espacio-temporal de cada momento.

Las mujeres y los hombres no tenían el mismo protagonismo en todas las actividades, pues siempre había campos monopolizados por uno de los sexos. El hecho de traer bebés al mundo ha sido un oficio femenino hasta fechas muy recientes. Las parteras o comadronas estaban inmersas en el mundo de la medicina popular, cuyo conocimiento era transmitido por vía oral sin necesidad de recurrir a la cultura escrita. La universidad, en la Edad Media, intentó establecer una diferencia entre ciencia y conocimiento popular, formando parte de este último practicantes, sangradores, cirujanos y parteras, considerando su oficio “trabajo manual” y calificado de forma “vil”. En España, además se encuentra el caso de las parteras moriscas, consideradas malditas, pues eran

acusadas de contaminar las criaturas al nacer.

En el siglo XVIII las mujeres podían ejercer como matronas, pero no como cirujanas, título exclusivo para el sexo masculino. Los comadrones-cirujanos masculinos se ocupaban de los partos de las mujeres de la corte, mientras que las matronas lo hacían del resto de la sociedad de clases inferiores. Las comadronas entonces vieron amenazada su independencia y comenzaron a crear asociaciones profesionales, interesándose por aumentar sus conocimientos teóricos, surgiendo normativas concretas en los distintos países en cuanto a su enseñanza y regulación civil, con el objetivo de mejorar la práctica profesional. A finales de siglo se establece un acuerdo general gracias al cual las comadronas debían recibir formación teórica y práctica seria y aprobar un examen sobre sus conocimientos antes de recibir la licencia legal para la práctica profesional. A pesar de ello, no se impuso a la vez en todas las naciones, incluso hoy en día en muchos lugares continúan atendiendo partos mujeres sin titulación.⁽¹⁰⁾

2.2. LEGISLACIÓN EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS.

CANADÁ.

La asistencia al parto se realiza principalmente en el entorno hospitalario y es llevada a cabo por el obstetra o el médico general. En el ámbito extrahospitalario los partos son atendidos por los médicos generales y las matronas, pero hay un bajo porcentaje de estos partos.

EEUU.

La Asociación Americana de Salud Pública ha adoptado políticas para conocer la viabilidad de los partos domiciliarios, aunque el Colegio de Obstetras y Ginecólogos se opone.

La atención de los partos domiciliarios la llevan a cabo las matronas, que en este país se dividen en matronas certificadas y en enfermeras tituladas con formación específica adicional en cuidado maternal.

El porcentaje de partos domiciliarios en Estados Unidos es inferior al 1%.

FRANCIA.

Existe un apoyo gubernamental completo del parto domiciliario. La familia lo pagará y será la Seguridad Social quien lo reembolse posteriormente.

Los partos domiciliarios son atendidos por un médico, pero en su mayoría son las matronas quienes se ocupan de ello.

Se estima que menos del 1% de los partos tienen lugar en el domicilio de forma planeada.

HOLANDA.

En Holanda el parto domiciliario ha sido muy extendido desde hace años y siempre ha contado con un gran apoyo gubernamental.

Dos tercios de los partos domiciliarios son atendidos por matronas y el resto por médicos generales. El sistema público de salud apoya la figura de la matrona, de manera que solo reembolsa los partos atendidos por obstetras cuando existen anomalías y no se reembolsa los servicios de los médicos generales en las zonas donde hay una matrona.

Los factores externos que influyen en la elección de este tipo de partos son la multiparidad, la edad superior a los 25 años, nacionalidad holandesa, así como la residencia en zonas urbanas pequeñas o rurales.

Un estudio realizado en Holanda demuestra que las mujeres que parían en casa percibían el proceso de forma más calmada, con poca intromisión del personal y entendían el dolor como una parte esperada del parto y como una forma de conocerse a sí mismas y sus capacidades.

ITALIA.

Faltan datos estadísticos que indiquen la situación del parto domiciliario en este país.

Algunas regiones sí han reconocido leyes específicas para el reembolso del parto domiciliario, como Piamonte, Emilia Romana, Marcas y Trentino.

Algunas carteras de servicios ofrecen el parto domiciliario a cargo siempre de matronas.

Aunque a parte de este servicio existen personas que lo ofertan desde 1980.

REINO UNIDO.

Hay diversas instancias que apoyan este servicio. En 1993 se publica un informe de un grupo de expertos, "Childbirth Trust", con él se impulsa la política de los cuidados de la maternidad y se ha ido actualizando con nuevas directrices. La libre elección de la madre es el centro de la política y los dos aspectos clave son: el profesional que la atiende y el lugar del parto.

En cuanto a la legislación del parto domiciliario planeado es muy discordante en toda Europa, desde países que lo ofrecen en su servicio de salud hasta países que lo prohíben y lo sancionan.

Legislación del parto programado en casa en 2014:

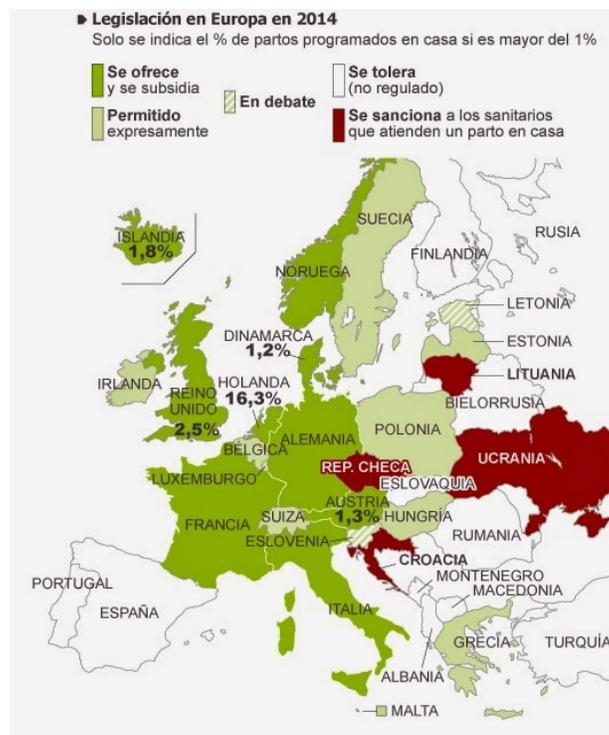


Figura I: Representación de la legislación del parto domiciliario programado en Europa. 2014:

Fuente: El País. (11, 12, 13)

2.3. COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES DURANTE EL PARTO.

COMPLICACIONES MATERNAS	COMPLICACIONES FETALES
Crisis convulsivas Síncope Estado de choque Hemorragia Inversión uterina Retención de placenta Distocia de hombros	Sufrimiento fetal Circular de cordón o cordón nual Prolapso de cordón umbilical

Tabla I: Complicaciones maternas y fetales durante el parto.

Fuente: Elaboración propia. ⁽¹¹⁾

2.4. JUSTIFICACIÓN.

El descontento que la institucionalización del parto ha provocado en muchas mujeres ha hecho que se planteen otras alternativas en la forma de parir. El proceso rutinario y de deshumanización que se está viviendo en todos los aspectos de la vida también se ha reflejado en el proceso de parto.

A la sensación de pérdida de control del cuerpo durante el momento del parto hay que añadir testimonios de mujeres que se ven molestas por la carencia de intimidad que se produce y la realización de procedimientos sin previo consentimiento de la gestante.

Todos estos motivos han hecho que se vuelva a plantear la idea del parto domiciliario, en España está aumentando el número de mujeres que lo solicitan, motivo por el cual se ha considerado conveniente realizar una revisión del tema.

2.5. OBJETIVOS.

Objetivo general:

- Conocer las causas por las cuales se solicita el parto domiciliario.

Objetivos específicos:

- Investigar sobre los beneficios y los riesgos de dicha asistencia domiciliaria.
- Conocer el funcionamiento de los partos planificados en domicilio.
- Conocer los requisitos necesarios para llevar a cabo un parto planificado en domicilio.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el parto domiciliario. La búsqueda se ha llevado a cabo desde diciembre de 2016 hasta mayo de 2017.

Para la realización de la búsqueda bibliográfica y la selección de artículos se ha realizado la siguiente pregunta PICO:

¿Cuáles son los motivos por los que las gestantes eligen el parto domiciliario planeado?

P: Población de pacientes	I: Intervención	C: Comparación	O: Resultado esperado
Gestantes	Parto domiciliario	Parto hospitalario	Causas /motivos Beneficios

Tabla II: Elaboración de la pregunta PICO.

Fuente: Elaboración propia.

Se han consultado diferentes bases de datos entre las que se encuentran Cuiden, LILACS, PubMed, SciELO, Google Academy.

En ellas se utilizaron diferentes palabras clave o descriptores mediante tesauros MeSH y DeCS combinados mediante el operador booleano "AND".

- *"Parto"*.
- *"Parto domiciliario"*.
- *"Planned home birth"*.
- *"Home childbirth"*.
- *"Parto en casa"*.

Para la selección de los artículos utilizados con motivo de la realización del trabajo se siguieron los siguientes criterios de búsqueda:

- Criterios de inclusión:
 - Artículos en español, inglés y portugués.
 - Artículos comprendidos en los últimos diez años.
 - Artículos con el texto completo gratuito disponible (*free full text*).
- Se excluyen aquellos artículos elegidos previamente en otras bases de datos que se encuentran en bibliografías posteriormente consultadas.

BASE DE DATOS	DESCRIPTORES	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	RESULTADOS APLICANDO CRITERIOS DE INCLUSIÓN	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
SCIELO	<i>“Parto domiciliario”</i>	39	31	11
	<i>“Parto en casa”</i>	60	47	1
LILACS	<i>“Parto domiciliario”</i>	121	40	3
	<i>“Home childbith”</i>	417	90	3
CUIDEN	<i>“Parto domiciliario”</i>	56	56	3
REPOSITORIO UVa	<i>“Parto”</i>	52	52	1
PUBMED	<i>“Planned home birth”</i>	417	84	3
GOOGLE ACADEMY	<i>“Planned home birth”</i>	18000	16100	6
OTRAS FUENTES				7

Tabla III: Búsqueda bibliográfica.
Fuente: Elaboración propia.

La selección de los artículos se realizó por discriminación según el título y el resumen del documento. De los elegidos se llevó a cabo una lectura crítica del artículo completo para finalmente seleccionar los 38 documentos que se utilizaron en la realización de este trabajo.

Todos los artículos fueron revisados con la parrilla de lectura crítica CaSPE (Critical Appraisal Skills Programme Español)⁽¹⁴⁾, la cual superaron.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. CAUSAS DE LA ELECCIÓN DEL PARTO DOMICILIARIO.

Las mujeres que eligen esta vía alternativa sienten que con el modelo del parto institucionalizado han perdido la autonomía y la responsabilidad durante el proceso, sintiéndose un sujeto pasivo en él, sin poder de elección y cediendo esta responsabilidad al personal sanitario que atiende el parto.

Otro motivo principal de aquellas que eligen el parto domiciliario es la tradición familiar. Durante cientos de generaciones el proceso de parto ha tenido lugar en los hogares, con la ayuda de la familia o de una partera que se desplazaba al hogar y ayudaba a la mujer en este proceso.

Algunas mujeres reflejan la inseguridad y desconfianza que sienten al dar a luz en el hospital. Argumentan que pierden la intimidad que les pueda proporcionar el hogar, que, añadido a experiencias negativas previas personales o familiares, les hacen replantearse otros métodos alternativos. ^(9, 4, 15, 16)

Pero el motivo principal por el que muchas mujeres eligen el parto domiciliario como la opción definitiva es la familiaridad y la privacidad que les aporta el hogar. Estas mujeres dicen querer sentirse parte activa del proceso, consideran el hogar como un lugar tranquilo, acogedor y privado, en el cual se crea un clima especial entre todos los miembros que participan en el proceso, esto hace que el sufrimiento y dolor materno del parto se vea disminuido, como aseguran cientos de estudios que demuestran que la desconfianza y la inseguridad aumenten el dolor, y ello conlleva al aumento del intervencionismo. ^(9, 16, 17, 18, 19, 20, 21)

Otro de los factores influyentes en este proceso son las condiciones socioeconómicas de la familia, pues aquellas que residen en un lugar alejado del hospital y en países donde el proceso de parto no está regulado por el Estado y cubierto por la Seguridad Social o el Sistema de Sanidad estatal, supone un importe económico muy elevado que no todas las familias son capaces de permitirse, por lo que no encuentran más solución que recurrir al parto en el domicilio. ^(9, 15, 22)

En otros casos es la experiencia la que influye en la toma de decisiones de este proceso. Gran parte de las mujeres que eligen esta vía son multíparas con malas experiencias previas en el ámbito hospitalario. También influye en gran medida los relatos positivos de familiares y conocidos en cuanto al parto domiciliario planeado. (8, 16, 23)

Un factor influyente a la hora de la elección del tipo de parto es el nivel cultural y acceso a la información de la familia. Diversos estudios reflejan que aquellas familias que poseen un grado de conocimiento cultural más alto y mayor acceso a la información son más exigentes a la hora de buscar otros métodos de parto. (4, 9, 19)

Las mujeres que se plantean parir en casa, suelen ser aquellas que han tenido un embarazo sin complicaciones. (23)

Y uno de los motivos principales a la hora de la toma de decisión es la información ofrecido por los profesionales sanitarios. Quienes debe proporcionar a la familia información sobre las distintas opciones de parto actualizada y verídica basada en el conocimiento científico. Además, el personal sanitario debe respetar la decisión de la familia y brindarle apoyo y confianza, sea cual sea la decisión. (4, 9, 23, 24, 25)

4.2. VALORACIÓN BIOPSIKOSIAL DE LA MUJER Y SU CRIATURA.

La valoración de la mujer debe hacerse de una manera holística, reuniendo todos los aspectos de su persona, considerando su estado de salud de una forma integral, teniendo en cuenta los aspectos físicos, psíquicos y socioculturales, pues todos los factores influyen entre sí a la hora del parto.

La Guía asistencial del parto en casa de Barcelona recomienda que las condiciones físicas de las mujeres que eligen esta modalidad de parto, se mantengan dentro de la normalidad durante todo el proceso de gestación hasta la llegada del momento del parto. También aconseja que el personal que atiende a estas mujeres conozca de antemano las expectativas que la mujer y el ámbito que le rodea tienen respecto al proceso, así como conocer los aspectos psicológicos y sociales de los mismos. Para

que esto se pueda llevar a cabo, es importante que el personal que atienda el parto cree un clima de confianza para que la familia pueda expresarse con libertad y sinceridad.

El número de visitas que el personal realice debe estar planificado durante el seguimiento del embarazo y es importante que al menos una de ellas tenga lugar en el hogar donde se va a producir el acontecimiento.

Durante todo el seguimiento de la gestación se debe conocer las medidas antropométricas, la presión arterial de la gestante, la altura uterina, la estática fetal (frecuencia cardiaca fetal, movimientos fetales y crecimiento intrauterino), así como la exploración física de la paciente (pelvis, genitales, edemas...).

La Guía también hace hincapié en la importancia del seguimiento y el control de las analíticas y ecografías, sin olvidar el fomento de la confianza y convicción necesarios durante todo el proceso, promocionando los recursos existentes de forma real y evitando la creación de falsas expectativas.

También recomienda que el Plan se realice antes del séptimo mes de embarazo y que la evaluación de la normalidad sea continua durante todas las visitas.

Para incluir a la mujer en el Plan de Atención al Parto Domiciliario y poder ser atendida de esta forma, establece la necesidad de que:

- El plan de nacimiento se establezca antes de las 28 semanas de gestación.
- La realización de un mínimo de 4 visitas clínicas antes de la asistencia al parto y de que al menos una de ellas se realice en el domicilio.
- Las mujeres deberán aportar todos los controles ecográficos y analíticos, así como otras pruebas complementarias que el personal crea necesario.
- La gestación será solo de un feto y en presentación cefálica.
- El parto se asistirá en el domicilio entre la semana 37 y 42 de gestación.
- Es imprescindible que los criterios de normalidad se mantengan durante toda la gestación y en caso de no ser así, será el personal quien decida la realización del parto en casa o no.

- La decisión de parir en casa debe ser una decisión informada y libre de la mujer. Es crucial que la mujer y la pareja asuman la responsabilidad desde el principio del proceso.
- La mujer deberá complementar la historia clínica, cuya información será confidencial y será archivada y custodiada por el profesional.
- El domicilio en el que tenga lugar el parto debe contar con agua corriente y calefacción, y que el hospital más cercano se encuentre a una distancia inferior a media hora. ^(7, 19, 26)

4.3. VALORACIÓN DEL DOMICILIO.

Es necesaria al menos una visita en el domicilio para verificar que reúne las condiciones y requisitos necesarios para que pueda darse el parto en casa.

- Valorar el domicilio (acceso, temperatura, higiene), así como el material necesario que debe haber en el momento del parto.
- Conocer a las personas que acompañarán a la gestante en el momento del parto y conocer las expectativas de cada una de ellas. Que conozcan las tareas y el apoyo que deberán aportar en el momento del parto.
- Obtener la firma del consentimiento informado de la gestante para la realización de esta práctica.
- Comprobar que todos los informes clínicos, documentos y enseres personales y del feto están preparados en caso de que se requiera el traslado al hospital de forma urgente.

Esta visita debe realizarse antes de la semana 37 de gestación.

La Guía al Parto en Casa que propone Barcelona, recomienda que las personas que acompañarán a la gestante se encuentren presentes en el momento de la visita y que comenten con el personal asistencial todas las dudas, inquietudes y expectativas que posean, creando así un clima de confianza y seguridad que facilite el parto.

Además, es necesario que la familia posea un coche disponible en el momento del parto y que se encuentre cerca del domicilio, así como que conozcan el camino al hospital y urgencias obstétricas si se requiere el traslado de urgencia.

El personal que atenderá el parto deberá estar disponible las 24 horas del día entre la semana 37 y 42 de gestación. Además, deberá enseñar a la mujer gestante y a su pareja o acompañante a reconocer los signos y síntomas que indiquen el comienzo del parto. ^(7, 26)

Material básico necesario para la atención de un parto domiciliario planeado

- Gasas estériles.
- Pera de goma con punta fina y larga para aspirar posibles mucosidades del bebé.
- Espejo de 15 x 20 cm.
- Foco de luz móvil con alargador o una linterna.
- Toallas para el bebé y un medio para calentarlas.
- Empapadores desechables.
- Dos palanganas de unos 30 cm de diámetro.
- Un hule de plástico grande y una sábana para cubrirlo.
- Compresas de algodón.
- Bolsa de agua caliente para calmar las posibles molestias.
- Un cepillo para el lavado de las manos.

Tabla IV: Material básico necesario para la asistencia al parto domiciliario planeado.

Fuente: Guía de asistencia del parto en casa. Barcelona 2010. ⁽²⁶⁾

4.4. ASISTENCIA AL PARTO.

La mujer gestante deberá avisar al personal que atienda el parto ante la aparición de sintomatología que corresponda con el inicio del parto. En ese caso se pondrá en contacto con las comadronas por vía telefónica. Éstas decidirán, analizando la

situación, el momento ideal para el desplazamiento al domicilio, y una vez allí realizarán la valoración inicial.

Tras atender el parto, las comadronas deberán analizar la situación vital del bebé realizando el test de Apgar, entre otros controles. ^(7, 26)

4.5. TRASLADO AL HOSPITAL.

El traslado se deberá realizar en coche particular, siendo el conductor del vehículo conocedor del camino al hospital. La matrona acompañará a la gestante continuando con la coordinación integral proporcionada hasta el centro hospitalario.

A la llegada, la matrona informará al equipo de guardia de la evolución del parto hasta ese momento y serán los profesionales del centro hospitalario los que continuarán con los cuidados obstétricos.

Si el traslado se realiza con urgencia será la matrona quien avise a la sala de partos y la valoración del envío de una ambulancia que traslade de forma urgente a la parturienta. ^(7, 26)

4.6. COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES.

Para la mujer:

Colacioppo P. y colaboradores en su artículo "*Parto domiciliario planeado*", así como Pimienta A., Brocklehurst, Snowden J. y Van Haaren-ten Haken coinciden en que el parto domiciliario planeado favorece que el parto sea por vía vaginal. ^(27, 28, 29, 30, 31)

El parto hospitalario está relacionado con mayor intervencionismo, como es el caso del parto instrumental, cesárea o métodos de inducción al parto, así lo afirman Brocklehurst, Janssen P., Snowden J. y Van Haaren-ten Haken. ^(29, 30, 31, 32)

En cuanto al riesgo de presentar complicaciones en el momento del parto se encuentra controversia, afirmando Brocklehurst y Janssen P. que es mayor el riesgo de padecerlas en el medio hospitalario, en contraposición con lo que encuentra Méndez-González en su estudio. ^(29, 32, 33)

Sin embargo, en relación al número de traumatismos perineales, se obtienen resultados más unánimes, siendo en el hospital en el medio donde más se producen, así lo afirman Colacioppo P., Brocklehurst, Janssen P., Méndez-González y colaboradores. (27, 29, 32, 33)

Los estudios realizados por Colacioppo P. y Janssen P. demuestran que las episiotomías solo se llevan a cabo en medio hospitalario, por lo que es una consecuencia del parto institucionalizado. (27, 31, 33)

En cuanto a la hemorragia posparto Brocklehurst y De Jonge A. afirman que los partos hospitalarios requieren mayor probabilidad de transfusiones sanguíneas, mientras que Snowden J., en su artículo “*Planned Out of Hospital Birth and Birth Outcomes*” concluye lo contrario. (29, 30, 34)

Para el bebé:

Los estudios revisados demuestran que los resultados de las tasas de morbi-mortalidad perinatales son adversos, Colacioppo P., Snowden J. y De Jonge A. afirman que los resultados son similares en el parto hospitalario como en el domiciliario, mientras que Méndez-González demuestra que los resultados perinatales en los partos domiciliarios tienen peor pronóstico que los resultados en los partos hospitalarios. (29, 30, 33, 35)

Según De Jorge A., Li Y. y Janssen P. los hijos de mujeres primíparas nacidos en el domicilio tienen mayor riesgo de sufrir muerte intraparto, muerte neonatal inferior a las 24 horas y muerte en los primeros días de vida e ingreso en UCI neonatal.

Snowden J. obtiene resultados similares tanto en el parto domiciliario como en el parto institucionalizado. Mientras que Van der Goes B., Towned J., y Page L. demuestran que los hijos nacidos en el hospital son más propensos al ingreso en UCI. (30, 32, 35, 36)

Pero no hay evidencias estadísticamente significativas encontradas que se postulen a favor o en contra del grado de seguridad del parto domiciliario programado y el parto hospitalario.

4.7. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES QUE ELIGEN EL PARTO DOMICILIARIO.

Colacioppo P., Pimenta A., De Jonge A., Feyer I., Pereira A., afirman que las mujeres que eligen el parto en casa son adultas jóvenes, con educación secundaria. (27, 28, 34, 35, 37, 38, 39)

En cuanto a la relación de pareja, Colacioppo P. y Feyer I., demuestran que la mayoría de ellas poseen pareja estable mientras que Pereira A. afirma que gran porcentaje de ellas están solteras. (27, 37, 39)

En relación a la economía también se encuentran disparidad de resultados, Colacioppo P., Feyer I. y García Carabantes A. declaran que son mujeres que pertenecen a la clase social de economía media. De Jorge A. y Pereira A. afirman que pertenecen a la clase económica baja y van der Goes B., en los estudios analizados, demuestra que pertenecen a la economía alta. (27, 34, 35, 37, 38, 39)

Colacioppo P., García Carabantes A. y Pereira A. afirman que la mayoría de las gestantes que eligen el parto domiciliario planeado son primíparas, en contraposición con los resultados de Pimenta A., de Jonge A. y van der Goes B. (27, 28, 34, 35, 38, 39)

En cuanto a la edad gestacional en la que se produce con mayor frecuencia el parto en domicilio, Colacioppo., De Jonge A., van der Goes B., y Feyer I. demuestran que la mayoría de ellos tienen lugar entre las 40-41 semanas mientras que los resultados de Pimenta A. afirma que ocurre antes de la semana 37 de gestación. (27, 28, 34, 35, 38)

4.8. BENEFICIOS DE PARIR EN CASA.

Multitud de estudios han intentado comparar los beneficios del parto en casa con los del parto hospitalario, pero no han podido obtener resultados muy significativos, pues el porcentaje de mujeres que eligen el parto en casa como principal opción es muy bajo

en relación con los hospitalarios, pero sí se ha demostrado que entre los principales beneficios del parto domiciliario son:

- Las mujeres que eligen el parto en casa dicen sentirse más tranquilas y esto es debido principalmente a que el ambiente que les rodea, al serles familiar les es más confortable. Además, la compañía y el apoyo de sus seres queridos hacen que el momento sea más reconfortante. (3, 17, 20, 40, 41)
- Muchas mujeres que eligen parir en casa buscan sentirse una parte activa del proceso, adquiriendo un papel principal, que dicen encontrar en esta alternativa de parto. (7, 17, 42, 43)
- Una gran mayoría de estudios están de acuerdo en que el parto en casa va acompañado de una reducción del intervencionismo, menor número de partos inducidos, lo que provoca una disminución de la necesidad de anestesia epidural. Además, múltiples estudios aseguran que el aumento del intervencionismo en el parto supone la aparición de ciertas enfermedades en el puerperio de la mujer, como es el caso de la depresión posparto.
La disminución del intervencionismo y el hecho de la mayor tranquilidad de la mujer, hacen que haya una reducción del miedo, ansiedad y dolor, que conduce a partos espontáneos. (5, 7, 17, 18, 20, 21, 40, 42)
- El parto en el domicilio ofrece una mayor privacidad para la mujer, lo que muchas consideran un factor imprescindible a la hora de tomar la decisión del lugar de parto. (7, 20, 40, 42, 43)
- Múltiples estudios afirman que con el parto domiciliario se ven reducidas las probabilidades de infección, el número de episiotomías realizadas, así como las cesáreas. (7, 18, 40)
- La mayoría de estas mujeres son partidarias de la lactancia materna como alimentación exclusiva del bebé durante los primeros meses de vida, por lo que el parto domiciliario contribuye a la lactancia materna. (7).
- En el domicilio, la mujer posee completa libertad de movimiento y de actuación, teniendo la posibilidad de caminar, alimentarse y expresarse con total libertad. (7, 41)

4.9. SITUACIÓN EN ESPAÑA DEL PARTO DOMICILIARIO.

Hoy en día hay colectivos, en su mayoría mujeres, que se dedican a acompañar a la familia durante los procesos de gestación, parto y puerperio. Son las llamadas doulas. Estas mujeres no tienen formación académica, pero sí poseen los conocimientos básicos sobre estos procesos, fisiología del embarazo, parto, puerperio, lactancia materna...

Su función principal es la de acompañar a la familia.

En Europa las doulas son muy habituales e incluso en alguno de los países están reguladas por la Seguridad Social. En España aún no se reconoce esta profesión, aunque actualmente se encuentran en Madrid, Córdoba, Guadalajara, Sevilla, Barcelona, Málaga, Valencia, Vizcaya, Segovia y Granada. ^(11, 44)

También existen centros denominados “Casas de Partos”, que se introducen en Europa en el año 1970.

Se denominan así a los lugares donde la gestante acude para parir de forma extrahospitalaria. Son lugares acondicionados para este fin. Su funcionamiento consiste en que cuando la gestante comience el proceso de parto debe llamar a esos centros y acudir allí. Una vez desplazada será evaluada por las matronas para comprobar que el parto tiene una buena progresión y que no ha habido complicaciones durante la gestación.

Las matronas realizarán los controles oportunos siguiendo los protocolos establecidos durante todo el proceso, pero siempre permitiendo que sea un sujeto activo, proporcionándole completa libertad a la hora de actuar. Estas mujeres serán atendidas por las matronas durante el proceso de parto y el puerperio inmediato, favoreciendo la lactancia materna, y serán trasladadas al hospital en caso de complicación durante el parto para poder ser atendidas por personal médico.

El mobiliario de estos centros proporciona la creación de intimidad y calidez, sin dejar de lado las innovaciones técnicas y necesarias que debe poseer un centro de alumbramiento. ^(25, 45)

Como consecuencia de este cambio de pensamiento y la nueva tendencia de parir en

casa de manera planificada, el sistema nacional de salud, planteó cambios a la hora de la asistencia al parto para mejorar la calidad de los mismos. Para ello se están elaborando Planes de trabajo de parto que ayudan a conocer al personal sanitario mediante una encuesta, que debe cumplimentar la mujer gestante, sobre las preferencias respecto al momento de parto. (Anexo I).⁽⁴⁶⁾

En la actualidad ya hay hospitales en España que se unen a esta iniciativa del parto.

La incidencia del parto domiciliario en España por provincias en el año 2013:

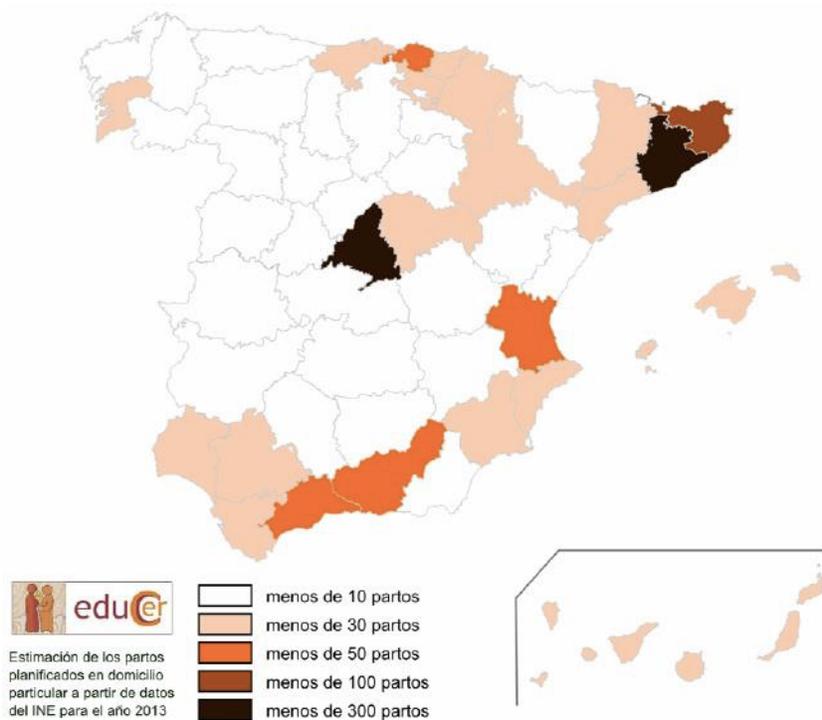


Figura II: Mapa de incidencia del parto planificado en casa por provincias en el año 2013.

Fuente: Educuer.

En relación al coste económico, en el ámbito hospitalario la asistencia a un parto normal de bajo riesgo es superior a los 1600 euros. En caso de ser cesárea el precio rondaría los 3000 euros, según los datos de las facturas informativas sanitarias publicadas por los departamentos de sanidad de varias comunidades autónomas.

El coste de un parto domiciliario programado de bajo riesgo y sin complicaciones, incluyendo las visitas previas y pruebas necesarias antes y durante el parto es de 1800 euros aproximadamente. ⁽¹¹⁾

5. CONCLUSIONES.

- La falta de intimidad, el no sentirse parte activa del proceso, no decidir la forma de parto y el aumento de intervencionismo, provoca un descontento de la parturienta, variando la forma de concepción de parto, provocando el descontento social.
- La información ofrecida por parte del personal sanitario influye en la decisión de la mujer sobre la elección del modo de parto. Por lo que para informar de forma correcta y basada en la evidencia científica el personal sanitario debe estar actualizado y respetar la decisión de la paciente, como así lo expresa el Principio de Autonomía del Paciente.
- El intervencionismo y la deshumanización que tiene lugar en el medio hospitalario hace que cada vez más gestantes busquen una alternativa para parir. Esto ha hecho que la Sanidad Pública Española se plantee cambios en la atención al parto, creándose así los denominados “Partos de baja intervención” o el “Plan de trabajo de Parto”, los cuales se centran en las preferencias de la mujer gestante, convirtiéndola en parte activa del proceso de parto.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Bombí I. Salud Familiar | Mujer | El parto [Internet]. Mapfre Salud. 2017 [Acceso 30 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/el-parto/definicion-de-parto/>
2. Definición de parto normal - FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España [Internet]. Federacion-matronas.org. 2017 [Acceso 30 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/definicion-de-parto-normal>
3. Martins C, Almeida N, de Mattos D. Parto domiciliario planeado: asistido por enfermero obstetra. Enfermería Global. 2012;11(27):306-11.
4. Souza R, Soares L, Quitete J. Home parturition: power to feminine nature and a challenge for the obstetric nurse. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. 2014;6(1):118-31.
5. Parto en Casa Planificado con Asistencia Profesional: Recuperando el Protagonismo. Universidad de Chile; 2015.
6. Castaño Molina M. La asistencia al parto: del hogar al hospital. Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades. 2014;18(39):9-11.
7. Chapman V, Charles C. The midwife's labour and birth handbook. 2nd ed. Blackwell Publishing; 2013.
8. Sanfelice C, Shimo A. Social representations on home birth. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem. 2015;19(4).
9. Sanfelice C, Shimo A. Home Birth: Understanding the reasons for this choice. Texto & Contexto - Enfermagem. 2015;24(3):875-82.

10. Ganso Pérez A. Las parteras, un arte de mujeres para mujeres. Una investigación sobre en pasado. [Doctorado]. Universidad de Valladolid; 2016.
11. Martínez Galiano J. Parto domiciliario, ¿Una elección de futuro? [Grado]. Universidad de Jaén; 2016.
12. Junta de Andalucía. Parto a domicilio programado. Situación actual en los países desarrollados. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.; 2007.
13. Núñez García Ó, Núñez García E, Ibáñez Gabarrón A, Rojo Atenza E. Mortalidad perinatal en la Unión Europea ¿Influye si el parto es hospitalario o domiciliario? Revisión de la literatura. Revista científica de enfermería. 2014;(08):1-14.
14. Cabello JB. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español [Sede Web]. Alicante: CASPe; 2005 [acceso 2 de enero de 2017]. Disponible en: <http://redcaspe.org>
15. Laza Vázquez C. Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional. Rev Cub Salud Publica. 2015;41(3):487-96.
16. Pimenta D, Azevedo Cunha M, Andrade-Barbosa T, Oliveira e Silva C, Xavier-Gomes L. El parto realizado por matronas: una revisión integradora. Enfermería Global. 2013;12(2):482-93.
17. Cavalcanti Frank T, Marisa Pelloso S. The perception of professionals regarding planned home birth. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(1):22-29.
18. Planned home births assisted by nurse midwives: maternal and neonatal transfers. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(1):15-21.

19. De Figueiredo Pereira A, Domingos Bento A. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Revista Rene*. 2011;12(3):471-77.
20. Fróes de Oliveira Sanfelice C, de Souza Freitas Abbud F, Separavich Pregnoatto O, Gonçalves da Silva M, Keiko Kakuda Shimo A. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Revista Rene*. 2014;15(2):362-70.
21. Green Koettker J, Brüggemann O, Mucha Dufloth R, Monticelli M, Knabel. Comparação de resultados obstétricos e neonatais entre primaras e multaras assistidas no domicilio. *Ciencias y enfermería*. 2015;XXI(2):113-25.
22. Meneses B. A, Torres de P. P, Páez M. N, Narváez R. B, Cárdenas S. L, Farías V. I et al. Argumentos de mujeres atendidas en su parto y nacimiento de sus bebés por parteras. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2010;5(5):16-22.
23. Martínez-Mollá T, Solano Ruiz C, Siles González J, Sánchez-Peralvo M, Méndez-Pérez G. The father's decision making in home birth. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2015;33(3).
24. Lessa H, Tyrrell M, Alves V, Rodrigues D. Information for the option of planned home birth: women's right to choose. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2014;23(3):665-72.
25. Etcheverry Martínez G. Prácticas que hacen a la humanización del parto y el nacimiento. Presentación publicada en; 2014.
26. Domínguez Cano P, Gonzalo de Moral T, Lainez Villabona B, Eligio Torres M. Guía de asistencia del parto en casa. Col-legi Oficial Infermeria de Barcelona; 2010.

27. Colacioppo P, Koiffman M, Riesco M, Schneck C, Osava R. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*. 2010; 3 Serie (nº 2):81-90.
28. Pimenta A, Nazareth J, Souza K, Pimenta G. Programa "Casa Das Gestantes": perfil das usuárias e resultados da assistência à saúde materna e perinatal. *Texto contexto - enferm*. 2012;21(4):912-20.
29. Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study: *BMJ Publishing Group Ltd*. 2011 25 noviembre 2011; 343
30. Snowden J, Tilden E, Snyder J, Quigley B, Caughey A, Cheng Y. Planned Out of Hospital Birth and Birth Outcomes. *The New England Journal of Medicine*. 2015; 373(27):2642-53.
31. Van Haaren-ten Haken T, Hendrix M, Smits L, Nieuwenhujize M, Severens J, de Vries R, et al. The influence of preferred place of birth on the course of pregnancy and labor among healthy nuliparous women: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy & Childbirth* 2015;15(1):33.
32. Janssen P, Saxell L, Page L, Klein M, Liston R, Lee S. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Canadian Medical Association Journal*. 2009;181(6-7):377-83.
33. Méndez-González R, Cervera-Montejano M. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Salud pública Méx*. 2002; 44(2).

34. De Jonge A, Mesman J, Mannien J, Zwart J, van Dillen J, van Roosmalen J. Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. *BMJ Publishing Group Ltd* 2013 13 junio 2013; 346
35. De Jonge A, van der Goes B, Ravelli A, Amelink-Verburg M, Mol B, Nijhuis J, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529.688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG: Obstet Gynecol Int J*. 2009;116(9):1177-84.
36. Li Y, Townend J, Rowe R, Brocklehurst P, Knight M, Linsell L, et al. Perinatal and maternal outcomes in planned home and obstetric unit births in women at "higher risk" of complications: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2015;122(5):741-53.
37. Feyer I, Monticelli M, Knobel R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. *Esc Anna Nery*. 2013;17(2):298-305.
38. García Carabantes A. Parir en casa, una realidad. Experiencia 1986-2006. *Medicina Naturista*. 2006;(10):592-97.
39. Pereira A, Lima T, Schroeter M, Gouveia M, Nascimento S. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery*. 2013;17(1):17-23.
40. De la Torre del Jesús V. ¿Parto en casa o en el hospital? Beneficios del parto en casa. *Nuevas tendencias*. [Grado]. Universidad de Jaén; 2015.

41. "Parir en Casa" se debate en Telemadrid con Sánchez Dragó [Internet]. 2012 [Acceso 20 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=q9TXRwjbkHc>
42. L. Ferrado M. El parto en casa causa el doble de muertes de bebés que en el hospital. Revista del Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá. 2010;29(3):98-99.
43. Santos A, Nunes I, Cardoso Coelho E, Ferreira de Souza K, Souza Lima J. Speeches of women who experienced home childbirth as option. Journal of Nursing UFPE. 2014;8(8):2716-23.
44. Doulas.es | Doulas en España [Internet]. Doulas.es. 2017 [Acceso 20 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://doulas.es>
45. López G, Jiménez M. Las casas de parto dentro del sistema hospitalario. Matronas Profesión. 2009;10(2):12-15.
46. Plan de Parto y Nacimiento, [monografía en internet], Ministerio de Sanidad, acceso: Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/planPartoIntro.htm>

7. ANEXOS.

ANEXO I



Plan de Parto y Nacimiento

Estrategia de Atención
al Parto Normal

Estrategia Nacional
de Salud Sexual
y Reproductiva

Agencia de Calidad
del Sistema Nacional de Salud

Observatorio de Salud
de las Mujeres



Documento elaborado por el Grupo de Trabajo creado en el seno de los Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.



Este plan de parto es *un documento* en el que la mujer puede *expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas* sobre el proceso del parto y el nacimiento. Disponer de esta información por escrito será de gran ayuda para el equipo profesional que atiende en el momento del parto, facilitará la comprensión del proceso y la participación activa tanto de la mujer como de su pareja o acompañante, y evitará tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable y la mujer se halla centrada en el proceso vivencial.

Este documento **no sustituye** a la información que proporciona el equipo *profesional* que atiende durante el embarazo (matrona, médico). Acudir a sesiones de *preparación para el nacimiento* puede ayudar a que todo el proceso sea una experiencia satisfactoria.

Se puede elaborar un plan de parto y nacimiento en cualquier momento de la gestación, aunque un buen momento son las semanas **28-32**, preguntando cualquier duda a la matrona o personal médico.

En el momento del parto la gestante podrá **modificar** cualquiera de las preferencias aquí escritas, según su estado y el desarrollo de los acontecimientos.

Este documento no contempla la posibilidad de elección de prácticas no aconsejadas actualmente por la evidencia científica por ser innecesarias o perjudiciales en el curso de un parto normal.



Por este motivo, se informa de forma resumida sobre las *prácticas adecuadas* para la asistencia al parto y nacimiento, recogidas en las recomendaciones de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, en la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*, del MSPSI, y en la *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal*.

Se aconseja la lectura de la Guía dirigida a mujeres embarazadas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad:

http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm

Un plan de parto no tiene como objetivo planificar el desarrollo del parto y nacimiento. Si surgen circunstancias imprevisibles, el personal sanitario aconsejará la intervención más oportuna, y la realizará tras informar adecuadamente y pedir el consentimiento. El resto de cuidados y buenas prácticas se seguirán realizando, según las recomendaciones de las guías de evidencia y protocolos, así como de las preferencias expresadas por la mujer en su plan de parto.

La necesidad de consentimiento informado está establecida en el art. 4.1 de la 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. Implica el derecho de los pacientes a conocer «con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma», información que «comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias».



1

LLEGADA AL HOSPITAL

En el momento de la admisión en Maternidad es importante recordar que la gestante que no presenta riesgos no es una paciente enferma, aunque se encuentra en un momento de especial vulnerabilidad emocional. Se procurará mantener la intimidad y su derecho a permanecer acompañada de forma ininterrumpida por la persona de su elección, salvo circunstancia clínica justificada que lo impida.

La evolución natural del parto está dirigida por la parte más instintiva del cerebro. Se favorecerá una buena evolución evitando hacer pensar o hablar a la mujer, disponiendo de focos de luz poco intensa o que se pueda graduar, no generando desconfianza, miedo o falta de intimidad, y todo ello con el fin de facilitar que el proceso de parto no se detenga o entorpezca.

ACOMPAÑAMIENTO: PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA PAREJA / ACOMPAÑANTE

Es recomendable el acompañamiento de la mujer durante el preparto, parto y posparto, por una persona de confianza, si ese es su deseo. Si la evolución del parto lo permite, la pareja o acompañante de su elección podrá participar en todo el proceso, ayudada por el personal que le atiende.

■ *Durante mi parto, deseo estar acompañada / por:*

■ *No deseo estar acompañada por*

■ *Otras observaciones:*





NECESIDADES ESPECIALES POR DIFERENCIA DE CAPACIDAD:

- *Tengo las siguientes necesidades o circunstancias que desearía se tuvieran en cuenta en el momento de mi parto:*

NECESIDADES ESPECIALES POR MOTIVOS DE CULTURA O IDIOMA:

- *Tengo las siguientes necesidades o circunstancias que desearía se tuvieran en cuenta en el momento de mi parto:*

ESPACIO FÍSICO

La oferta en cuanto a tipos de salas de parto, equipamiento, comodidades, etc., no es igual en todos los hospitales. Si se tiene oportunidad, es bueno visitar previamente el centro al que se acudirá para el parto, informarse sobre sus protocolos y pensar si se tiene alguna preferencia o se quiere hacer alguna petición.

Otras opciones: *(marcar x según preferencia)*

- *Desearía usar mi propia ropa* _____
- *Desearía usar ropa facilitada por el hospital* _ _ _





INTIMIDAD

Para garantizar el derecho de la mujer a su intimidad, sólo estarán presentes en el parto las personas necesarias. La sensación de confianza de la mujer sobre los profesionales que la atienden puede aumentar cuando éstos se presentan e identifican. Hay hospitales que tienen profesionales en formación con capacidad asistencial que actuarán siempre bajo la supervisión necesaria, y con previo conocimiento y autorización de la mujer. En caso de presencia o participación de otras personas se solicitará el consentimiento de la mujer.

2 PERIODO DE DILATACIÓN: ASISTENCIA, CUIDADOS, ALIMENTACION:

PERSONAL ASISTENCIAL

En la medida de lo posible la atención se llevará a cabo por parte del mismo personal durante todo el proceso, salvo que la organización del trabajo lo impida.

ENEMA ANTES DEL PARTO

No se aconseja la administración de enemas antes o durante el parto. Si en una excepción se indica, se informará del motivo a la mujer y se solicitará su consentimiento.

RASURADO ANTES DEL PARTO

No es necesario el rasurado del vello genital antes del parto. Tampoco es necesario si hay que reparar una episiotomía o desgarró, aunque se puede rasurar o recortar una pequeña zona en ese momento, si esto facilita la sutura.





LÍQUIDOS DURANTE LA DILATACIÓN

Se puede **beber agua o zumo** durante la dilatación. Consultar al personal sanitario si no es posible por alguna circunstancia.

ELECCIÓN DEL LUGAR Y POSICIÓN DURANTE EL PARTO

Hay diversas posturas que se pueden adoptar para el parto (acostada, de pie, en cuclillas, etc.) y **varios posibles lugares** donde dar a luz (en la cama, taburete, en silla de parto vertical, etc.).

En la actualidad no está demostrado cuál es la postura o el lugar más adecuado para facilitar el parto. **La elección depende de cada mujer** y de sus necesidades o deseos en cada fase del parto. Si hay algún motivo para aconsejar una postura, se le explicará el motivo.

Prefiero:

MOVILIDAD DURANTE EL PARTO

Se aconseja que la mujer pueda moverse con libertad durante el parto y **elija lo que prefiera** en cada momento. En caso necesario, el personal sanitario indicará la posición más adecuada para llevarla a cabo.





TRATAMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR

Antes del parto es conveniente pedir información al personal sanitario que sigue el embarazo y así conocer las alternativas disponibles en el hospital para poder tomar decisiones.

Es muy diverso el manejo del dolor durante el parto, así como las posibilidades de tratamiento. Durante la estancia se cuidarán aspectos como la intimidad, un ambiente tranquilo sin frío ni luces intensas, favorecer movilidad y relajación evitando que la mujer sienta miedo y tensión. Esto contribuye a una disminución de la percepción del dolor y por tanto de la necesidad de analgesia, ya que en estas condiciones el cerebro de la mujer produce sustancias analgésicas. Si se necesitan métodos para aliviar el dolor, se pueden ofrecer técnicas no farmacológicas, y si se precisa analgesia farmacológica, preferiblemente vía epidural.

Aquí, puede expresar sus deseos, aunque en el momento del parto se puede cambiar de idea y elegir entre todas las opciones disponibles en el centro al que se acude:

- ***No deseo (en principio) ningún tipo de analgesia farmacológica,*** _____
- ***En principio deseo analgesia epidural. Se precisa la cumplimentación del documento de consentimiento informado antes de su utilización.*** _____
- ***Prefiero otros tipos de analgesia (bañera caliente, óxido nítrico, inyecciones de agua estéril, uso de materiales de apoyo ...)*** _____

DESEARÍA:





USO DE MATERIAL DE APOYO PARA EL PARTO

Dependiendo de la disponibilidad de cada centro, se podrán usar elementos como pelotas, espejos, cuerdas, cojines, etc., u otro material que la mujer traiga y sea posible utilizar en el espacio del hospital.

Desearía utilizar:

USO DE BAÑERA / DUCHA DURANTE LA DILATACIÓN

La inmersión en agua caliente durante la dilatación reduce la percepción del dolor y disminuye la necesidad de medicamentos analgésicos. En caso de disponibilidad en el centro sanitario, se puede solicitar el uso de bañera o ducha durante el parto, siempre que la evolución del parto lo permita. El personal sanitario aconsejará sobre cómo utilizarla del modo más eficaz.

Preferiría

OTRAS PREFERENCIAS RESPECTO A LOS CUIDADOS

Deseo:

10



2.1 INTERVENCIONES:

Debe existir **una justificación para realizar cualquier intervención, control o administración de medicación** durante un parto. Por este motivo, en el plan de parto se ofrece una información resumida sobre algunas de estas intervenciones, considerando que sólo se utilizarán en caso de que exista una indicación que lo justifique.

MONITORIZACIÓN FETAL

Durante el parto se debe controlar el estado del bebé. Esto se puede hacer de forma tradicional escuchando los latidos del corazón con una trompetilla (estetoscopio de Pinard) o con aparatos electrónicos que actualmente permiten realizar esta vigilancia de forma más precisa y continua en caso necesario. En el control de un parto que evoluciona normalmente no se requiere estar conectada permanentemente a un monitor, lo que permite una mayor libertad de movimiento y más comodidad. Si se opta por el uso de anestesia epidural será necesario un control más continuado.

De ser necesaria una monitorización continua, se puede realizar de forma externa, con un aparato sujeto por correas al abdomen de la mujer. Sólo si hay necesidad se realizará de forma interna por vía vaginal, lo que requiere que la bolsa esté rota y colocar un electrodo en la cabeza del bebé.

TACTOS VAGINALES

En todos los casos se deben realizar el mínimo número necesario de tactos vaginales para evaluar la evolución del parto por el personal que asiste a la mujer, y siempre pidiendo su consentimiento. En caso de que los realice otro profesional, por razones de consulta o formación, informará y solicitará autorización.





ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ACELERAR EL PARTO

No se administrarán medicamentos (oxitocina u otros) para acelerar el parto por rutina, salvo que exista una indicación para ello. En caso necesario se informará y solicitará el consentimiento de la mujer.

CANALIZACIÓN DE VÍA VENOSA

La canalización de una vía venosa no es imprescindible en los cuidados de un parto normal. No obstante, si es necesaria se puede mantener sin estar conectada a un sistema de goteo; esto permite una buena movilidad.

Opciones: (marcar x según preferencia)

- No deseo la colocación de una cánula intravenosa salvo que esté clínicamente indicada.**

SONDAJE VESICAL

No es preciso colocar una sonda en la vejiga durante un parto normal. En caso de ser necesario, se informará del motivo, se explicará el procedimiento y se solicitará consentimiento.

ROTURA DE LA BOLSA

En general, la bolsa que envuelve y protege al bebé se rompe espontáneamente y no es necesario hacerlo de forma artificial antes ni durante el parto. Existen situaciones clínicas en que está indicado, en ese caso se informará de los motivos y se solicitará consentimiento previo.



3

PERIODO EXPULSIVO (SALIDA DEL BEBE)

PUJOS

El esfuerzo de empujar durante la salida del bebé se llama pujo. En un parto normal se debe realizar cuando la mujer siente la necesidad de hacerlo y la dilatación es completa. Empujar en otros momentos y/o de forma continuada no es necesario ni beneficioso. En algunas situaciones, como bajo los efectos de la anestesia epidural, que produce una disminución de la sensibilidad y del deseo de empujar, puede ser útil que los profesionales le puedan orientar sobre el momento adecuado para empujar.

EPISIOTOMÍA

La episiotomía es un corte que se practica en el periné. Actualmente no se considera adecuado realizarla de forma rutinaria, ya que puede tener complicaciones y efectos negativos. Únicamente se realizará en algunas situaciones en las que se precisa facilitar la salida del bebé.

NACIMIENTO

Es un momento único, íntimo y especial, en el que se debe procurar que el primer contacto del bebé sea con la madre a través de la piel, la mirada, el olfato, el sonido y el reflejo de succión. Se evitarán luces potentes o ruidos que molesten al bebé, el ambiente será cálido, evitando interferencias en ese primer contacto madre-bebe que facilita la creación del vínculo afectivo y biológico. Se ayudará al padre, si ambos lo desean, a permanecer en ese espacio de intimidad compartida. Los mínimos controles y vigilancia necesarios los realizará el personal sanitario manteniendo el ambiente silencioso y tranquilo.



CONTACTO INMEDIATO PIEL CON PIEL TRAS EL NACIMIENTO

El contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido tras el parto es una práctica beneficiosa e imprescindible tanto para el recién nacido como para la madre. Se debe colocar al bebé en contacto directo piel con piel con la madre al menos las dos primeras horas de vida o durante el tiempo que ella desee. En caso de no ser posible se explicará el motivo.

Preferencias para este momento:

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES Y SONDAJES TRAS EL NACIMIENTO

La aspiración de secreciones o la realización de sondajes (introducción de sonda al estómago o por el ano) tras el nacimiento de un bebé sin problemas es una práctica desaconsejada. En caso de ser necesario se le informará y pedirá consentimiento previo para realizarla.

ATENCIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO

Se deben posponer las actuaciones no urgentes (peso, talla y otros cuidados o tratamientos) en el recién nacido, para permitir el mantenimiento del contacto madre/hijo – hija en intimidad.



CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL

El cordón umbilical se corta cuando ya ha dejado de latir, salvo que exista alguna circunstancia justificada que haga necesario seccionarlo antes.

Si se va a donar sangre del cordón, se seguirá el protocolo establecido para ello, del que se podrá informar durante el embarazo.

INICIO PRECOZ DE LA LACTANCIA

La leche materna es el alimento ideal durante la crianza para mantener la salud y prevenir infecciones y otras enfermedades en el recién nacido. En caso de haber optado por dar lactancia materna, el inicio debe ser inmediato tras el parto, salvo que el estado de la madre o el bebé no lo permitan. Para ello se colocará al bebé sobre el pecho desnudo de la madre, en contacto piel con piel, dejando que comience a mamar de forma espontánea y sin interferencias innecesarias, durante el tiempo que precise para ello, y con la adecuada supervisión.

Opciones:

■ **Corte del cordón por la pareja/acompañante/la propia madre.**

Si lo desea, usted misma, su pareja o acompañante pueden cortar el cordón. Siempre por indicación del personal sanitario y si las circunstancias lo permiten.

Deseo, si es posible, que uno de nosotros corte el cordón

■ **Donación de sangre del cordón.**

Si desea donar la sangre del cordón umbilical hágalo saber a su matrona o ginecólogo/a para que le informen y le indiquen el procedimiento.

He autorizado la extracción de sangre de cordón para su donación



4

ALUMBRAMIENTO DE LA PLACENTA

Las actuales guías de práctica clínica aconsejan ayudar a la salida de la placenta con masajes e inyección de medicamentos. No obstante, la mujer debe recibir información sobre ventajas e inconvenientes. El alumbramiento espontáneo o fisiológico es una opción si la mujer lo solicita.

Expresa aquí tus preferencias, si lo deseas:

5

CUIDADO Y ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

SEPARACIÓN DE LA MADRE Y REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Siempre que sea posible, la hija o el hijo recién nacido permanecerán *junto a la madre*. La separación sólo habrá de realizarse por **motivos claramente justificados** que deberán constar en la historia clínica. En caso necesario se informará y solicitará consentimiento previo

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PREVENTIVOS Y VACUNACIÓN.

Se realizarán con el bebé en contacto piel con piel con la madre, o durante el amamantamiento. Tras el nacimiento, pasadas las primeras horas de intimidad madre-bebé, las autoridades sanitarias y organizaciones científicas recomiendan la administración a todos los recién nacidos de:.



- Colirio o pomada antibiótica oftálmica, en una sola dosis, ya que previene infecciones oculares severas. No obstante se debe retrasar su aplicación en las primeras dos horas de vida para no impedir el contacto visual del bebé con su madre.
- Vacuna de Hepatitis B (1ª dosis)(*). Se administra vía intramuscular. Puede hacerse tras permitir el establecimiento del vínculo madre – recién nacido y el inicio de la lactancia. Para su realización no es conveniente la separación.
- Vitamina K para la prevención de hemorragias. El método de administración, más frecuente y aconsejado, es vía intramuscular. Al igual que la vacunación, puede demorarse y hacerse manteniendo el contacto piel con piel. Existe la alternativa de administración oral de la vitamina K, que resulta igual de eficaz, siempre que se realice de forma estricta, de acuerdo a la pauta prescrita.

(*) Para aquellas comunidades autónomas que contemplan en su calendario de vacunas la primera dosis tras el nacimiento.

Opciones: (marcar x según preferencia)

- **Deseo que se administre vitamina K oral a mi bebé tras el nacimiento y me comprometo a la continuidad de su administración en domicilio de acuerdo a la pauta que se prescriba.**

Si se desea exponer algún comentario sugerencia o indicación al respecto, hacerlo a continuación.



HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO

No se aconseja bañar al recién nacido en las primeras horas de vida, pudiendo retrasarse hasta el segundo día o más si las condiciones así lo permiten. Cuándo hacerlo por primera vez, es una decisión personal.

En caso necesario se informará y solicitará consentimiento. El personal de la planta de maternidad ayudará a adquirir las habilidades necesarias y a resolver dudas respecto al cuidado del bebé.

Opciones en la planta de maternidad:

(marcar x en la opción preferida)

- *Deseo realizar yo misma los cuidados e higiene de mi bebé, si es posible. — — — — —*
- *Deseo realizar los cuidados e higiene del bebé con el apoyo de mi acompañante o pareja. — — — — —*
- *Si yo no puedo hacerlo, deseo que mi pareja u otra persona de mi elección realice dichos cuidados. — —*

6

PERIODO DE PUERPERIO

TRASLADO A PLANTA Y ESTANCIA EN LA MATERNIDAD TRAS EL NACIMIENTO

El traslado se realizará con la madre y el bebé en contacto piel con piel, cubiertos por una sábana o manta y con el acompañamiento de la persona elegida. Se procurará el mayor grado de intimidad dentro de las posibilidades de cada centro.

Preferencias personales:

18



DURACIÓN DE LA ESTANCIA Y COHABITACIÓN MADRE – RECIÉN NACIDO

La duración de la estancia se ajustará a la situación de salud tanto de la madre como del recién nacido. En cualquier caso ésta será la mínima posible. En los partos sin complicaciones graves, madre y bebé compartirán siempre la misma habitación. El colecho (compartir la cama con el bebé) se considera una práctica beneficiosa, y cómoda para la madre. En caso de ingreso de uno de ellos en unidades especiales, se facilitará el alojamiento conjunto madre-bebé, o la estancia en unidades neonatales de puertas abiertas con la posibilidad de practicar los cuidados madre-canguro.

Desearía:

LACTANCIA

La lactancia materna es la mejor opción para la alimentación del recién nacido y además ayuda a una buena evolución del puerperio. Ha de realizarse, salvo indicación médica, de forma exclusiva, y cuando el bebé lo demande. No deben, por tanto, establecerse horarios ni duración de la toma.

No se deben ofrecer sueros, infusiones, chupetes ni tetinas a recién nacidos alimentados al pecho, y tampoco ofrecer suplementos de leche artificial, puesto que todo ello puede dificultar o impedir una lactancia materna exitosa. Se consultará a la madre antes de dar cualquier otro tipo de alimentación al bebé en el caso de que fuese necesario.

Si existen circunstancias de tipo personal o de salud que pueden dificultar o impedir la lactancia materna, el personal sanitario informará a la madre.



Plan de Parto y Nacimiento

En caso de optar por la lactancia materna, siempre que sea posible, se debe iniciar inmediatamente después del nacimiento o durante la hora posterior al mismo.

El personal sanitario asesorará sobre la forma adecuada de ofrecer al bebé el pecho, y en su caso, de cómo preparar y administrar leche de fórmula.

Se puede solicitar información al personal sanitario sobre grupos de apoyo a la lactancia materna.

Opciones: (marcar x en la opción que se prefiera)

■ **Deseo dar el pecho** _____

■ **He decidido dar a mi bebé leche de fórmula** _____

■ **Tomaré la decisión más adelante** _____

■ **Deseo contactar con asociaciones de apoyo a la lactancia materna** _____

■ **En mi caso quiero señalar:**



LEGISLACIÓN ESTATAL

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 274 (15 de noviembre de 2002).

LEGISLACIÓN AUTONÓMICA

HOSPITAL:



HOJA DE REGISTRO HOSPITALARIA SOBRE PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

Nombre: _____

Nº Historia clínica / Nº Seguridad Social: _____

Desea estar acompañada por: _____

ATENCIÓN AL PARTO

Desea usar su propia ropa <input type="checkbox"/>	No desea canalización IV rutinaria <input type="checkbox"/>
Elección del lugar y posición durante el parto _____ _____	Uso de material de apoyo para el parto: Del centro <input type="checkbox"/> Propio (Especificar) <input type="checkbox"/>
Participación del acompañante/pareja: Desea su participación <input type="checkbox"/> No desea participación <input type="checkbox"/>	Necesidades específicas en caso de discapacidad: _____
No desea analgesia farmacológica <input type="checkbox"/> Desea analgesia epidural <input type="checkbox"/> Desea otros tipos de analgesia <input type="checkbox"/> Especificar: _____	Desea que su pareja corte el cordón <input type="checkbox"/> Ha autorizado la donación de cordón <input type="checkbox"/>

MULTICULTURALIDAD E INMIGRACIÓN

Idioma principal: _____ Otros idiomas que domina: _____ _____	Requerimientos específicos: _____
Solicita traducción <input type="checkbox"/> Aporta traductor/a <input type="checkbox"/>	

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

Profilaxis Vitamina K IM <input type="checkbox"/> Vacuna Hep. B <input type="checkbox"/> _____	Preferencias sobre el contacto piel con piel y participación del acompañante: _____
Lactancia Desea dar el pecho <input type="checkbox"/> No desea dar el pecho <input type="checkbox"/> Desea contacto con grupos de apoyo <input type="checkbox"/>	Desea realizar cuidados e higiene <input type="checkbox"/> Desea la colaboración de su pareja <input type="checkbox"/> Desea que su pareja realice los cuidados <input type="checkbox"/>

Plan de Parto y Nacimiento. Hoja de Registro Hospitalaria. ANVERSO



HOSPITAL:

Observaciones e indicaciones recogidas en el Plan de Parto y Nacimiento o expresadas por la gestante, no recogidas en la tabla anterior:

Observaciones de la matrona que revisa y registra el Plan de Parto y Nacimiento:

Indicaciones para la cumplimentación de este registro:

- Pregunte al ingreso de la gestante si ha realizado un Plan de Parto y Nacimiento.
- Revise junto con la mujer y su pareja o acompañante los aspectos recogidos en el mismo, aclarando cualquier duda. Modifique en su caso cualquier cuestión sobre la que haya podido cambiar de opinión y hágalo constar en este documento.
- Registre los principales aspectos recogidos en el Plan de Parto y Nacimiento entregado, marcando con una X la casilla correspondiente. En su caso describa aquellas opciones sobre las que hay respuestas escritas y haga las observaciones que considere pertinentes.
- Adjunte este documento a la historia clínica para su revisión por los/las profesionales que atenderán el parto.

Plan de Parto y Nacimiento. Hoja de Registro Hospitalaria. REVERSO



DOCUMENTO FIRMADO POR:

D^a _____

Declaro que he leído el presente documento y he cumplimentado las opciones que he estimado convenientes para determinar mi “Plan de Parto y Nacimiento”. En todo caso me reservo el derecho a modificar el mismo antes del parto o revocarlo de forma oral total o parcialmente durante el parto y la estancia hospitalaria.

Fecha:

Firma:

