

El cumplimiento del plan de parto y su relación con los resultados maternos y neonatales

Pedro Hidalgo-Lopezosa¹
María Hidalgo-Maestre²
Maria Aurora Rodríguez-Borrego³

Objetivo: conocer el grado de cumplimiento de las solicitudes que las mujeres reflejan en sus planes de parto y determinar su influencia en los principales resultados obstétricos y neonatales. **Método:** estudio retrospectivo, descriptivo y analítico con 178 mujeres con plan de parto en hospitales de tercer nivel. **Criterios de inclusión:** gestación bajo riesgo, presentación cefálica, parto único a término. Se excluyeron cesáreas programadas y urgentes sin trabajo de parto. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de las variables. **Resultados:** el plan de parto se cumplió mayoritariamente solo en el 37% de las mujeres. El grupo de mujeres donde el cumplimiento fue bajo (menor o igual al 50%) tuvo un porcentaje de cesáreas del 18,8% y sus hijos tuvieron peores resultados en test de Apgar y pH de cordón; mientras que en mujeres con cumplimiento alto (75% o mayor), el porcentaje de cesáreas cayó al 6,1% y sus hijos obtuvieron mejores resultados. **Conclusión:** el plan de parto tiene un grado de cumplimiento bajo. A mayor cumplimiento mejores son los resultados maternos y neonatales. Puede constituir una herramienta eficaz en la consecución de mejores resultados en la madre y su hijo. Son necesarias medidas que mejoren su grado de cumplimiento.





Descriptores: Parto; Plan de Parto; Recién Nacido; Parto Humanizado; Salud Materno-Infantil.

¹ Doctor, Investigador, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)

² Maestría, Enfermera, Hospital San Juan de Dios, Córdoba, España

³ Doctor, Profesora Titular, Investigadora, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)

Cómo citar este artículo

Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2953. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2007.2953>. mes día año

Introducción

Las mujeres se están involucrando cada vez más en su propio proceso de parto. El plan de parto constituye una herramienta que contribuye a este hecho, ya que se trata de un documento escrito que la mujer presenta antes del parto a los profesionales que la van a atender y en el que reflejan sus preferencias, expectativas y temores sobre su propio proceso de parto. El plan de parto facilita así la comunicación con los profesionales, mejora la satisfacción de las mujeres, y fomenta la participación y la toma de decisiones de la mujer en su propio proceso de parto⁽¹⁻³⁾. Este documento lo prepara la mujer y su pareja durante el embarazo y suele contar con el asesoramiento de la matrona de atención primaria⁽¹⁻²⁾.

Al igual que el documento de consentimiento informado, el plan de parto supone un soporte documental para recoger la voluntad de la usuaria. Las decisiones libres e informadas de las usuarias han de respetarse independientemente de la forma y título que se le dé, incluso si éstas son expresadas solo verbalmente⁽⁴⁾.

El uso del plan de parto viene recomendado por instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que con él se fomenta un proceso más natural del parto y se evitan procedimientos rutinarios intervencionistas tales como la amniotomía temprana, la episiotomía sistemática y otros⁽⁵⁾.

En España, en los años 90, surgieron varias asociaciones en contra del excesivo intervencionismo en la atención al parto, que desde mediados del siglo pasado estaba institucionalizado y sometido a un importante grado de medicalización⁽⁶⁾. Los primeros planes de parto surgieron en torno a 2004 de la mano de algunas asociaciones, pero su uso se empezó a extender tras su institucionalización por parte del Ministerio de Sanidad, ya que el plan de parto se incluyó como herramienta en la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud y en la correspondiente Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto, documentos que recogen la evidencia científica y el mejor conocimiento disponible⁽⁷⁾.

Sin embargo, el uso de los planes de parto no está exento de polémica, pudiendo dar lugar a cierto grado de conflicto con los profesionales, que pueden ver mermada su autonomía y profesionalidad⁽⁸⁾. Ciertos autores han señalado que los planes de parto pueden crear tensiones entre las mujeres y los profesionales que las atienden, entre los que puede generarse actitudes negativas, que a su vez puedan influir negativamente en la atención clínica⁽⁹⁻¹¹⁾. Entre las principales causas que se describen como originarias de esta tensión se encuentra la

insatisfacción de las mujeres ante el incumplimiento de sus expectativas^(2,12).

Por otra parte, hay algunos estudios en los que se ha hallado menor tasa de cesáreas⁽¹³⁾ y mejores resultados neonatales⁽¹⁴⁾ en mujeres con plan de parto con respecto a otras que no lo presentaron, aunque estos estudios son muy escasos.

En Andalucía, España, a raíz del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía, el sistema de salud ofrece la posibilidad de presentar un plan de parto⁽¹⁵⁾. Existe un modelo de plan de parto creado por la propia institución, en el que la mujer solo tiene que señalar los ítems que considere oportunos; o bien puede confeccionar su propio plan libremente. El número de mujeres que presenta un plan de parto sigue siendo escaso en la actualidad, si bien parece incrementarse muy lentamente.

A partir del conocimiento de que muchas de las peticiones que las mujeres reflejaban en sus planes de parto no llegaban a cumplirse, se planteó la hipótesis de que cuanto mayor fuese dicho cumplimiento, mejores podrían ser los resultados obtenidos tras el parto. El objetivo de este trabajo fue conocer el grado de cumplimiento de las propuestas reflejadas en los planes de parto y determinar su influencia en los principales resultados obstétricos (proporción de cesáreas y partos por vía vaginal), y neonatales (test de Apgar y pH de sangre arterial de cordón umbilical).

Método

Se trata de un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y analítico llevado a cabo en hospitales de tercer nivel del Sistema Público Andaluz de Salud. Se seleccionó un hospital público de tercer nivel en cada provincia, el de mayor cobertura. La muestra está constituida por aquellas mujeres que presentaron un plan de parto a su ingreso en el hospital de referencia entre Enero de 2009 y Enero de 2013. Los datos fueron extraídos de forma anónima de las historias clínicas correspondientes. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: gestación de bajo riesgo, presentación cefálica, parto único y a término. Se excluyeron las cesáreas programadas y urgentes sin trabajo de parto. El tamaño muestral se realizó con el programa Epidat versión 3.1. La muestra final quedó constituida en 178 historias clínicas de mujeres atendidas de parto.

Se analizaron variables sociodemográficas y obstétricas para determinar las características de las gestantes y el grado de cumplimiento del plan de parto. Para esto se examinaron detenidamente los planes de parto y se extrajeron las cuatro preferencias más

comúnmente solicitadas durante el proceso de parto, puntuando a cada una de ellas con un 25%. Estas cuatro demandas fueron: no empleo de oxitocina durante el parto, evitar la amniotomía temprana, libertad de movilidad durante el proceso de parto, y por tanto no monitorización continua, y evitar la realización de episiotomía. Las variables resultado que se evaluaron fueron: proporción de cesáreas y partos vaginales, el test de Apgar al minuto y 5 minutos, y pH de sangre arterial de cordón umbilical, considerando el valor de $\text{pH} < 7,20$ como patológico.

Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de las variables con el programa PASW Statistic versión 19. Las variables cualitativas se expresaron en número (n) y porcentajes (%), y las cuantitativas en media y desviación estándar (SD). Se utilizaron las pruebas estadísticas de contraste de hipótesis según el tipo de variable. Para contrastes bilaterales se empleó la prueba de Ji², con Test exacto de Fisher en variables cualitativas y prueba *t* de Student para cuantitativas. Se asumió un error α del 5% ($p \leq 0,05$), mostrándose los valores exactos de *p* para cada estadístico.

Para el acceso y recopilación de los datos de las historias clínicas se contó con el permiso del comité de ética de los distintos hospitales.

Resultados

La muestra final quedó constituida en 178 historias clínicas de mujeres. En cuanto a las características generales cabe destacar que la edad media fue de $33,00 \pm 4,32$ años, con una edad mínima de 19 y máxima de 42 años. El porcentaje de mujeres con estudios universitarios fue del 49,3%, un 45% de éstas son procedentes del sector sanitario y docencia.

Los resultados obstétricos concluyeron que el 75% de las mujeres eran primigestas, el 73% tuvieron un inicio espontáneo del parto mientras que el 27% restante fueron partos inducidos. Además, al 43% de las mujeres se le practicó episiotomía, a otro 43% se le administró oxitocina durante el parto, se practicó amniotomía temprana al 34% de las mujeres, y analgesia epidural al 70% de ellas. El 76% de las mujeres tuvieron monitorización continua, por lo que al 24% restante solo se practicó monitorización intermitente y tuvieron libertad de movimiento. Entre las monitorizadas de forma continua, el 68% lo fue con monitorización externa, mientras que el 8% fue con monitor interno. Los resultados sobre la finalización del parto quedaron de la siguiente forma: el 67% de las mujeres tuvieron un parto normal o espontáneo, el 19% tuvieron un parto instrumentado, y en el 14% se practicó una cesárea.

En la Tabla 1 se expresan con detalle las características socio-demográficas y obstétricas de las mujeres.

Tabla 1 - Características de las mujeres que presentaron un plan de parto (N=178). Hospitales de tercer nivel del Sistema Público Andaluz de Salud, CAA, España, 2009-2013

Variable	n	(%)
Nivel de estudios		
Primarios	35	(23,3)
Secundarios	41	(27,3)
Universitarios	74	(49,4)
Paridad		
Primigesta	134	(75,3)
Secundigesta	37	(20,8)
Tercigesta o más	7	(3,9)
Semana de gestación		
< 40	66	(37,0)
40 - 40+6	64	(36,0)
> 41	48	(27,0)
Inicio del parto		
Espontáneo	130	(73,0)
Inducido	48	(27,0)
Cesárea previa	8	(4,5)
Analgesia epidural	124	(69,7)
Amniotomía temprana	61	(34,3)
Episiotomía	76	(43,0)
Uso de oxitocina	75	(42,1)
Monitorización		
Intermitente	42	(24,0)
Externa continua	120	(68,0)
Interna	16	(8,0)
Tipo de parto		
Normal	119	(66,9)
Instrumentado	34	(19,1)
Cesárea	25	(14,0)

Los datos referentes al cumplimiento del plan de parto (Tabla 2) establecieron que en el 3,4% de las mujeres su plan de parto no se cumplió en ninguno de sus puntos; en el 27% de las mujeres solo se cumplió al 25% del total de preferencias; en el 32,5% de ellas su plan de parto se llevó a cabo al 50%; en el 29,2% de las mujeres éste se cumplió en su mayor parte (75%); y se cumplió en su totalidad solo en el 7,9% de las mujeres.

Tabla 2 - Cumplimiento del plan de parto. Hospitales de tercer nivel del Sistema Público Andaluz de Salud, CAA, España, 2009-2013

Cumplimiento del plan de parto (%)	n	(%)
0	6	(3,4)
25	48	(27,0)
50	58	(32,5)
75	52	(29,2)
100	14	(7,9)

Al comparar el grado de cumplimiento del plan de parto con los resultados obtenidos en el tipo de parto, se comprobó que el porcentaje de partos por vía vaginal aumentó conforme el cumplimiento aumentaba. Así, cuando el cumplimiento fue del 50% o menor, la proporción de partos por vía vaginal fue del 81,3%; mientras que cuando dicho cumplimiento fue mayor o igual al 75%, los partos vaginales llegaron al 93,9%. En cuanto a la proporción de cesáreas, cuando el cumplimiento fue bajo (menor o igual al 50%), el porcentaje de cesáreas fue del 18,8%; mientras que cuando el cumplimiento fue alto (75% o mayor), el porcentaje de cesáreas cayó al 6,1%, $p = 0,023$. El 84% de las cesáreas se produjeron en el grupo de mujeres con un cumplimiento menor o igual al 50%, mientras que en el grupo de mujeres con un grado de cumplimiento alto solo se produjo el 16% de las cesáreas. Los datos se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Resultados materno-neonatales según grado de cumplimiento del plan de parto. Hospitales de tercer nivel del Sistema Público Andaluz de Salud, CAA, España, 2009-2013.

Variable	Cumplimiento $\leq 50\%$		Cumplimiento $\geq 75\%$		p
	n	%	n	%	
Tipo de parto*					0,023
Vaginal	91	(81,3)	62	(93,9)	
Cesárea	21	(18,8)	4	(6,1)	
pH umbilical†					
pH $\geq 7,20$	76	(85,4)	48	(98,0)	0,024
pH $< 7,20$	13	(14,6)	1	(2,0)	
Apgar 5min*					
> 7	108	(96,4)	65	(98,5)	0,653
≤ 7	4	(3,6)	1	(1,5)	
Apgar 1min†					
> 7	95	(88,8)	57	(98,3)	0,034
≤ 7	12	(11,2)	1	(1,7)	

*N = 178, †N = 138, ‡N = 165

Datos obtenidos con el estadístico χ^2 y Test exacto de Fisher

Valor de significación de p ajustado mediante el método de Finner

En cuanto a los resultados neonatales (Tabla 3), los hijos de madres con alto cumplimiento del plan de parto obtuvieron mejores puntuaciones en test de Apgar al minuto y mejores resultados en pH de sangre de cordón que los hijos de madres con bajo cumplimiento. Así, en el grupo de bajo cumplimiento se halló una tasa de pH $< 7,20$ del 14,6%, muy superior a la del grupo de alto cumplimiento, que fue solo del 2% ($p = 0,024$). No se hallaron diferencias significativas en test de Apgar a los 5 minutos.

Discusión

Si se observan los resultados sobre el grado de cumplimiento del plan de parto entre las mujeres que lo presentaron, en su mayoría (63%), éste se cumplió o se llevó a cabo como máximo en un 50% de sus peticiones; además, solo en el 37% de las mujeres su plan de parto se ha cumplido en su mayor parte, y de éstos solo en el 8% de ellas su plan de parto se ha cumplido totalmente. Es lógico pensar que la satisfacción tras el parto será directamente proporcional al grado de cumplimiento de las expectativas atendidas y cumplidas, tal como aseguran muchos autores^(3,12-13,16).

Las razones para este bajo grado de cumplimiento pueden ser múltiples, pero es necesario aquí hacer mención de dos principales. En primer lugar y como ya se ha mencionado, el transcurso del proceso de parto es incierto y puede complicarse en cualquier momento, o bien pueden surgir imprevistos que obliguen a obviar las peticiones del plan de parto y que hagan cambiar el rumbo de los acontecimientos. Por otra parte, puede generarse tensión entre la parturienta y el profesional que la asiste debido a la no aceptación de la pérdida de autonomía profesional; en estos casos el plan de parto podría actuar más bien como una barrera⁽⁸⁻¹¹⁾. Como cauces para disminuir esta tensión se menciona el diálogo entre las partes y la importancia de la educación prenatal^(8,17). Hay autores que establecen que las mujeres que presentaban un plan de parto están menos satisfechas con sus matronas que las mujeres del grupo control⁽⁶⁾. Sin embargo, en un estudio realizado en un hospital de España, sus autores encontraron que las mujeres sí estaban satisfechas con sus matronas y el 95% volverían a presentar un plan de parto, aunque solo el 43% afirmó que se cumplieron sus expectativas⁽¹⁸⁾. Ciertos autores no hallaron diferencias significativas en cuanto a satisfacción entre ambos grupos⁽¹⁹⁾, mientras otros sí encontraron mayor nivel de satisfacción en mujeres con plan de parto⁽²⁰⁾.

En relación a los resultados hallados, resulta llamativo que el 84% de las cesáreas se produzcan en el grupo de mujeres con un cumplimiento menor o igual al 50%, mientras que en el grupo con grado de cumplimiento alto, 75% o más, solo se producen el 16% del total de cesáreas. En este mismo sentido, aunque no se han hallado estudios que relacionen directamente el cumplimiento del plan de parto con los resultados obtenidos, sí hay algunos trabajos que concluyen que las mujeres con plan de parto tuvieron un riesgo menor de cesárea⁽²⁰⁻²²⁾. Otros autores sugieren que las mujeres con plan de parto no tienen una tasa de cesáreas más alta que las que no presentan plan de parto⁽²³⁾. En esta misma dirección apuntan los resultados de otros estudios en los que no se halló diferencias significativas en la tasa de cesáreas entre los dos grupos^(14,24).

Los resultados neonatales de este estudio muestran que a mayor cumplimiento del plan de parto,

mejores son los resultados en Apgar al minuto y en pH de cordón umbilical. Otros trabajos no muestran diferencias en test de Apgar entre recién nacidos de madres con o sin plan de parto^(10,14), a excepción de un trabajo en el que sí se encontró mejor media de puntuación en Apgar en hijos de mujeres con plan de parto⁽²⁰⁾. En cuanto a los resultados sobre la variable pH de sangre arterial de cordón umbilical, resulta aún más difícil compararlos con los de otros estudios por no haberse encontrado ninguno semejante. Sin embargo, en un estudio previo de este equipo de investigación sobre el plan de parto en el que no se tenía en cuenta el grado de cumplimiento, los hijos de madres con plan de parto obtuvieron menor proporción de pH patológicos que los hijos de madres de un grupo control⁽¹⁴⁾. Cierta paralelismo podría establecerse con estudios sobre *birth centers* o centros alternativos en los que se atienden partos de baja intervención. En este sentido hay autores que compararon medias de pH de cordón y encontraron que la media era mayor en niños nacidos en "centros de parto" que los nacidos de forma convencional en un hospital⁽²⁵⁾. Sin embargo, presentar un plan de parto no conlleva solo poder tener un parto con menos intervenciones; sino que además hay que tener en cuenta que estas mujeres suelen tener mayor preparación, mayor control y participación en el proceso, elementos que podrían jugar un importante papel en disminuir el grado de ansiedad y de estrés durante el proceso de parto.

Las limitaciones de este estudio fueron fundamentalmente la heterogeneidad de los profesionales en la atención al parto, así como la heterogeneidad de los propios planes de parto, ya que en unos casos se presenta el modelo institucionalizado y en otros uno original manuscrito por la propia mujer.

Conclusión

En conclusión, el plan de parto tiene un grado de cumplimiento bajo ya que solo en el 37% de las mujeres que lo presentaron éste se cumplió mayoritariamente. Sin embargo, se demuestra una relación directa entre obtener mayor grado de cumplimiento del plan de parto con la consecución de mejores resultados tanto en la madre como en su hijo. De esta forma, a medida que el cumplimiento del plan de parto aumenta, disminuye la tasa de cesáreas y mejoran los resultados en test de Apgar al minuto y en pH de sangre arterial de cordón umbilical.

Implicaciones para la práctica clínica: el plan de parto puede constituir una herramienta eficaz para favorecer un proceso de parto más natural y fisiológico, una mejor comunicación con los profesionales, un mayor control del propio proceso de parto, unos mejores resultados obstétricos y neonatales y un mayor grado de satisfacción. Mejorar el grado de cumplimiento de los planes de parto resulta fundamental en la consecución

de estos resultados. Se hacen necesarias políticas que favorezcan el uso de los planes de parto y que mejoren la implementación y cumplimiento de los mismos.

Referencias

1. Bailey JM, Crane P, Nugent CE. Childbirth education and birth plans. *Obstet Gyn Clin N Am*. 2008; 35: 497-509. doi: 10.1016/j.ogc.2008.04.005. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18760232>.
2. Martin CJH. Birth planning for midwives and mothers. *BJM*. 2008; 16: 583-7. doi: 10.12968/bjom.2008.16.9.30881. Available from: https://www.researchgate.net/publication/281691687_Birth_planning_for_midwives_and_mothers.
3. Kuo S, Lin K, Hsu C, Yang C, Chang M, Tsao C, et al. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2010; 47: 806-14. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20036361>.
4. Ministerio de la Presidencia (ES). Capítulo II 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. BOE-A-2002-22188. Madrid: Ministerio de la Presidencia; Actualizado 22 de Septiembre de 2015. [Acceso 15 Oct 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>.
5. World Health Organization (WHO). Care in normal birth: a practical guide [Internet]. 1996. [cited Ago 13, 2016]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.
6. Federación de Asociación de Matronas de España (FAME). Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso[Internet]. 2007. [Acceso 15 Oct, 2016]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>.
7. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Plan de Parto y Nacimiento. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Plan de Parto y Nacimiento. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad; 2008. [Acceso 15 Oct 2016]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>.
8. Lothian J. Birth plans: the good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006; 35: 295-303. doi: 10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16620258>.
9. Simkin P. Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. *Birth*. 2007; 34: 49-51. doi:10.1111/j.1523-536X.2006.00126.x. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17324178>.
10. Lundgren I, Berg M, Lindmark G. Is the childbirth experience improved by a birth plan? *J Midwifery*

- Wom Heal. 2003; 48: 322-8. doi: 10.1053/s1526-9523(03)00278-2. Available from: https://www.researchgate.net/publication/9066412_Is_the_childbirth_experience_improved_by_a_birth_plan.
11. Welsh J, Symon A. Unique and proforma birth plans: A qualitative exploration of midwives' experiences. *Midwifery*. 2014; 30: 885-91. doi: 10.1016/j.midw.2014.03.004. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24703440>.
12. 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: 979-85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24246397>.
13. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23(3): 520-6. doi: 10.1590/0104-1169.0067.2583. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26155015>.
14. Hidalgo-Lopezosa P, Rodríguez-Borrego MA, Muñoz-Villanueva MC. Are birth plans associated with improved maternal or neonatal outcomes? *MCN-Am J Matern-Chil*. 2013; 38: 150-6. doi: 10.1097/NMC.0b013e31827ea97f. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23625102>.
15. Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía (SSPA). Plan de parto y nacimiento. Consejería de Salud [Internet]. Sevilla; 2009. [Acceso 20 Oct 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/plan_parto_nacimiento_2016/plan_parto_nacimiento_19_10_2016.pdf.
16. Mei JY, Afshar Y, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth Plans. What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth*. 2016; 43:144-50. doi:10.1111/birt.12226. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26915304>.
17. De Baets AM. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *Am J Obstet Gynecol*. 2017; 216(1): 31.e1-31.e4. doi:10.1016/j.ajog.2016.09.087. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27664497>.
18. Victoria Nieto FD, Hidalgo Sáez MJ, Navarro Navarro P, Fernández Salmerón P, Moreno Ruiz G, Caño Aguilar A. Los planes de parto en el Hospital Universitario San Cecilio: Una nueva experiencia. *Biblioteca Las casas*. 2008; 4(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0305.php>.
19. Magoma M, Requejo J, Campbell O, Cousens S, Merialdi M, Filippi V. The effectiveness of birth plans in increasing use of skilled care at delivery and postnatal care in rural Tanzania: a cluster randomised trial. *Trop Med Int Health*. 2013; 18: 435-43. doi: 10.1111/tmi.12069. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23383733>.
20. Farahat AH, Mohamed ES, Abd Elkader S, El-Nemer A. Effect of Implementing A Birth Plan on Womens' Childbirth Experiences and Maternal & Neonatal Outcomes. *J Educ Practice*. 2015; 6(6). Available from: <http://www.iiste.org/Journals/index.php/JEP/article/view/20039/20397>.
21. Hadar E, Raban O, Gal B, Yogev Y, Melamed N. Obstetrical outcome in women with self-prepared birth plan. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012; 25: 2055-7. doi:10.3109/14767058.2012.678438. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14767058.2012.678438>.
22. Afshar Y, Wang ET, Mei J, Esakoff TF, Pisarska MD, Gregory KD. Childbirth Education Class and Birth Plans Are Associated with a Vaginal Delivery. *Birth*. 2017; 44: 29-34. doi: 10.1111/birt.12263. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12263/full>.
23. White-Corey S. Birth Plans: Tickets to the OR? *MCN-Am J Matern-Chil*. 2013; 38: 268-73. doi: 10.1097/NMC.0b013e31829a399d. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23797662>.
24. Deering SH, Zaret J, McGaha K, Satin AJ. Patients presenting with birth plans: a case-control study of delivery outcomes. *J Reprod Med*. 2007; 52: 884. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17977160>.
25. Gaudineau A, Sauleau EA, Nisand I, Langer B. Obstetric and neonatal outcomes in a home-like birth centre: a case-control study. *Gynecol Obstet Fertility*. 2012; 40: 524-8. doi: 10.1016/j.gyobfe.2012.07.001. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/22976132/>.

Recibido: 22.1.2017

Aceptado: 22.8.2017

Correspondencia:

Pedro Hidalgo-Lopezosa
Hospital Universitario Reina Sofía
Av. Menéndez Pidal s/n
Bairro: Andalucía
CEP:14004, Córdoba, España
E-mail: phlopezosa@uco.es / pedroparto@hotmail.com

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.