

## Artículo original

# Actividad educativa sobre el plan de nacimiento en el control prenatal: factores relacionados

## *Educational activity on birth plan in prenatal care: related factors*

Encarnación López-Gimeno<sup>1</sup>, Gemma Falguera-Puig<sup>2</sup>, Laura Montero-Pons<sup>3</sup>, Inés María García-Martín<sup>4</sup>, Ainhoa Borràs-Reverter<sup>5</sup>, Gloria Seguranyes<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Matrona. Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) Roger de Flor. Barcelona. Instituto Catalán de la Salud (ICS). Miembro del Grupo de Investigación en Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (GRASSIR) del IDIAP Jordi Gol.

<sup>2</sup>RNM, MsC, PhD. Responsable de ASSIR Metropolitana Nord. ICS. Coordinadora del GRASSIR. <sup>3</sup>Matrona. ASSIR Santa Coloma de Gramanet. ICS. Miembro del GRASSIR. <sup>4</sup>Matrona. ASSIR Cerdanyola-Ripollet. ICS. <sup>5</sup>Matrona. ASSIR Mataró. ICS.

<sup>6</sup>Matrona y doctora. Profesora titular del Departamento de Enfermería SP, SM y MI. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Campus de Bellvitge. Universidad de Barcelona. Miembro del GRASSIR

### RESUMEN

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de la actividad educativa (AE) sobre el Plan de Nacimiento (PN) que realizan las matronas en el control prenatal de las gestantes y averiguar las semanas de gestación (SG) en que se efectúa, e identificar los factores asociados a la realización de la AE sobre el PN.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico, descriptivo, transversal, de asociación cruzada. La población de estudio estuvo compuesta por 3.749 gestantes atendidas en 5 unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) del Instituto Catalán de la Salud (ICS) entre 2015 y 2016 en Barcelona. Las principales variables fueron la AE sobre el PN, las SG en que se efectúa y si se realiza >24 SG, según el estándar de calidad del ICS. Los datos procedían de la historia clínica informatizada; se volcaron anonimizados en una hoja Excel, se analizaron con el programa SPSS 24.0 y se efectuó un análisis descriptivo e inferencial.

**Resultados:** Se excluyeron 812 (21,7%) gestantes y se evaluaron 2.937 (78,3%). La prevalencia de entrega del PN fue del 86,9% (n= 2.551; intervalo de confianza [IC] del 95%: 85,6-88,1). La media de SG fue de 24,7 (IC del 95%: 24,3-25,2) y se realizó AE a partir de las 24 SG en el 64,5% (n= 1.598) de las gestantes. Tener un menor número de partos es un factor independiente para recibir AE sobre el PN (*odds ratio* [OR]= 0,90); por el contrario, tener un nivel de riesgo obstétrico «muy alto» es un factor independiente para no recibirla (OR= 0,57). Las ASSIR

### ABSTRACT

**Objectives:** To establish the prevalence of the educational activity (EA) of birth plan (BP), that midwives perform in the prenatal control of the pregnant women, to find out gestation week (GW) in what it is carried out, and to identify the associated factors to the accomplishment of the EA in the BP.

**Material and methods:** Multicenter, descriptive, cross-sectional of crossed association study. The analyzed population was the computerized clinical records of 3,749 pregnant women in 5 units of Sexual and Reproductive Health Care (ASSIR) of the Catalan Health Institute (ICS) between 2015 and 2016 in Barcelona. The main variables were the EA on the BP, the GW in which it was carried out and if it was performed before the 24 weeks, according to the ICS quality standard. The data come from computerized clinical records. Data were introduced anonymously in an excel sheet and analyzed with the statistical package SPSS 24.0. Descriptive and inferential analysis were performed.

**Results:** We excluded 812 (21.7%) pregnant women and we evaluated 2,937 (78.3%). The prevalence of BP delivery was 86.9% (n= 2,551; 95% CI: 85.6-88.1). The mean of GW was 24.7 (CI: 95% 24.3-25.2) and was performed from 24 GW in 64.5% (n= 1,598) pregnant women. Having a lower number of births is an independent factor to receive EA about the BP (*odds ratio* [OR]= 0.90); on the contrary, having a "very high" level of obstetric risk is an independent factor to not receive

Los datos de este artículo se han enviado como resumen al II Congreso de la Asociación Profesional de Matronas del Principado de Asturias (APROMAP) y XVII Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), celebrado los días 4-6 de octubre de 2018.

Fecha de recepción: 26/04/18. Fecha de aceptación: 31/05/18.

**Correspondencia:** G. Falguera-Puig. Instituto Catalán de la Salud (ICS). Ctra. de Barcelona, 473, 1.ª planta. 08203 Sabadell (Barcelona). Correo electrónico: gfalguera.mn.ics@gencat.cat

López-Gimeno E, Falguera-Puig G, Montero-Pons L, García-Martín IM, Borràs-Reverter A, Seguranyes G. Actividad educativa sobre el plan de nacimiento en el control prenatal: factores relacionados. *Matronas Prof.* 2018; 19(4): 117-124.

con mayor prevalencia de AE sobre el PN tienen menor cumplimiento del estándar de calidad del ICS.

**Conclusiones:** La prevalencia de realización de la AE sobre el PN es elevada. Cerca de dos tercios de las gestantes reciben la AE a partir de las 24 SG, pero hay una gran variabilidad según la ASSIR.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Plan de nacimiento, control prenatal, matrona, educación para la salud.

ing it (OR= 0.57). The ASSIRS that have a higher prevalence of EA over the BP had a lower compliance with the ICS quality standard.

**Conclusions:** The prevalence of EA on BP is high. Nearly two thirds of pregnant women receive EA from 24 GW, although results according to ASSIR show a great variability.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Keywords:** Birth plan, prenatal care, midwife, health education.

## INTRODUCCIÓN

El Plan de Nacimiento (PN) es un documento en el que las gestantes pueden expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento<sup>1</sup>. Estos documentos aparecieron en Europa en la década de 1980 como respuesta a las demandas de las mujeres ante la atención medicalizada del parto. Están diseñados para que las gestantes puedan planificar con anticipación el proceso del nacimiento, y especificar cómo quieren que se manejen las situaciones en cada momento<sup>2</sup>. También se utilizan como vehículo de comunicación con la pareja, los familiares y los profesionales de la salud<sup>3,4</sup>. La elaboración del PN es un proceso educativo para las mujeres, puesto que aumenta los conocimientos sobre el proceso del parto. Además, les permite conocer las diferentes alternativas sobre éste, enterarse de las políticas hospitalarias y abordar los temas que les preocupan<sup>5</sup>. El plan debe confeccionarse durante las visitas de seguimiento del embarazo mediante el diálogo con los profesionales. Durante este proceso, la mujer y el/la profesional comparten información y participan conjuntamente en la toma de decisiones<sup>3,6</sup>.

En España y en Cataluña, el PN se introdujo en 2007 con la «Estrategia de la Atención al Parto Normal», con el objetivo de que las mujeres participen en la toma de decisiones sobre el parto y ejerzan el derecho de autonomía en la toma de decisiones sobre su salud<sup>7,8</sup>.

El Informe sobre la «Atención al Parto y Nacimiento» de 2012 recomienda realizar una charla informativa, de forma sistemática, en la consulta en el último trimestre<sup>9</sup>. Posteriormente, en la «Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio» (GPCEP), del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI), se recomienda ofrecer a las mujeres embarazadas la posibilidad de elaborar un PN a partir de las 28 semanas de gestación (SG) y entregarlo en el hospital si así lo desean<sup>10</sup>. Por otra parte, el Departamento de Salud de Cataluña recomienda que se informe sobre el PN a las gestantes alrededor de las 32 SG<sup>8</sup>.

En Cataluña, el control prenatal se realiza en los centros de salud de atención primaria, en las unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR). Las matronas efectúan el control prenatal de las gestantes de bajo y medio riesgo, y colaboran en el control del embarazo de alto y muy alto riesgo que realizan los obstetras. Alrededor de las 34-36 SG las gestantes con control prenatal en la ASSIR tienen el primer contacto con el hospital de referencia en el que tendrán el parto<sup>8</sup>.

En la comunidad autónoma de Cataluña existen diferentes PN que han sido consensuados entre las ASSIR y los hospitales de referencia<sup>11,12</sup>. La información sobre los PN se puede ofrecer a las gestantes en el control prenatal, en la actividad grupal de preparación al nacimiento o en el hospital de referencia donde tendrá lugar el parto.

En la intranet del Instituto Catalán de la Salud (ICS) están disponibles los PN con el propósito de que las matronas puedan entregarlos a las gestantes. Además, en la estación clínica informatizada de atención primaria (ECAP) hay un módulo específico de la ASSIR donde los profesionales registran la actividad asistencial y educativa que realizan durante el control prenatal y el puerperio.

Uno de los estándares de calidad asistencial del control prenatal del ICS es la realización de la actividad educativa (AE) del PN a partir de las 24 SG<sup>13</sup>. Cuando las matronas asesoran a la gestante-pareja sobre el PN, registran esta actividad y las SG en que se realiza, como dos ítems específicos, en la ECAP.

Desde la implantación del PN en España se han publicado diferentes estudios sobre la entrega de los PN en los hospitales, el contenido de éstos y su relación con la satisfacción y el cumplimiento de las expectativas de las mujeres<sup>14,15</sup>. También se ha evaluado su utilidad y si mejoran la comunicación entre las gestantes y los profesionales<sup>16</sup>. Sin embargo, hay poca información sobre en qué momento reciben las gestantes el asesoramiento del PN.

## OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de la actividad educativa (AE) sobre el Plan de Nacimiento (PN) que realizan las matronas en el control prenatal de las gestantes y averiguar las semanas de gestación (SG) en que se efectúa, e identificar los factores asociados a la realización de la AE sobre el PN.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño

Estudio multicéntrico, descriptivo, transversal, de asociación cruzada.

### Ámbito de estudio

Se realizó en 5 centros ASSIR de la provincia de Barcelona, en atención primaria del ICS.

### Sujetos

Se incluyeron en el estudio todas las gestantes ( $n=3.749$ ) con un proceso de embarazo finalizado en las unidades anteriormente citadas, entre el 1 de septiembre de 2015 y el 31 de agosto de 2016. Se excluyeron las gestantes cuyas historias clínicas presentaban un infraregistro del  $\geq 30\%$  o constaban valores atípicos en las principales variables de estudio.

### Variables

Las principales variables fueron la realización de la actividad educativa sobre el PN, las SG en que se efectuó y si se realizó a partir de las 24 SG según el estándar de calidad del ICS. Las variables secundarias fueron la ASSIR de referencia y las variables sociodemográficas y obstétricas de las gestantes: la edad, la procedencia (autóctona y extranjera), el número de partos previos y el nivel de riesgo obstétrico (bajo, medio, alto y muy alto).

### Fuentes de datos

Las fuentes fueron las historias clínicas de la ECAP.

### Procedimiento de recogida de datos

Entre octubre y diciembre de 2017 se realizó la extracción electrónica de la ECAP del ICS. Los datos se volcaron en una hoja de cálculo Excel, y la calidad de los mismos fue evaluada por el equipo investigador.

### Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria (IDIAP) (P16/157). Se garantizó el anonimato de la información obtenida de

las historias clínicas según la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal<sup>17</sup>.

### Análisis de los datos

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

Se han descrito las características sociodemográficas, clínicas y otras variables de interés de las gestantes incluidas en el estudio. Se han calculado la media y la desviación estándar (DE) y otras medidas de centralización, en el caso de las variables cuantitativas, y las frecuencias y los valores porcentuales para las variables categóricas. En las principales variables de resultado se calcularon los intervalos de confianza (IC) del 95%.

Las diferencias en cuanto a las características de las gestantes en función de la realización de la AE sobre el PN y la adecuación del periodo en que se realiza, en relación con la ASSIR, se han calculado mediante el test de la  $\chi^2$  o test de Fisher (si en algún caso la frecuencia observada era  $<5$ ) para las variables de tipo cualitativo. Las variables cuantitativas se han comparado mediante el test de la  $t$  de Student.

Se ha realizado un estudio previo sobre los posibles factores de confusión e interacción. Se ha ajustado por las variables clínicas o bibliográficamente relevantes que han mostrado asociación en el análisis bivariado. Se ha construido un modelo multivariado de regresión logística con el objetivo de identificar las variables relacionadas con la realización de la AE sobre el PN, y otro modelo sobre si se realizó a partir de las 24 SG. Se contempló como variable dependiente la realización de la AE y si ésta se realizó en el periodo indicado ( $>24$  SG). Se han determinado las *odds ratio* (OR) e IC del 95%. En todos los test se ha aceptado una diferencia significativa a partir de un valor de  $p < 0,05$ . Para el análisis de datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 24.0 para Windows.

## RESULTADOS

Tras el análisis de los 3.749 registros existentes, se excluyeron 812 (21,7%) y se analizaron 2.937 (78,3%) historias de las gestantes, que presentaban información de las variables de estudio.

En la tabla 1 se presentan los resultados del perfil sociodemográfico y obstétrico de las gestantes y se detallan según reciben o no la AE sobre el PN.

El perfil sociodemográfico de las mujeres corresponde a una media de edad de 31,08 (DE= 5,7) años, y eran autóctonas 1.568 gestantes (53,4%).

**Tabla 1. Características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes según reciben o no AE sobre el PN**

	Total n= 2.937	Sí n (%) n= 2.551 (86,9)	No n (%) n= 386 (15,1)	p
<b>AE sobre el PN</b>				
<b>Edad (años)</b>				
• Media (DE)	31,08 (5,7)	31,07 (5,7)	31,15 (5,6)	0,786*
<b>N.º de partos</b>				
• Media (DE)	1,26 (1,1)	1,24 (1,1)	1,37 (1,2)	0,041*
<b>Partos previos</b>				
• Sí	2.166 (73,7)	1.881 (86,8)	285 (13,2)	0,967**
• No	771 (26,3)	670 (86,9)	101 (13,1)	
<b>Procedencia</b>				
• Autóctona	1.568 (53,4)	1.360 (86,7)	208 (13,3)	0,833**
• Extranjera	1.369 (46,6)	1.191 (87)	178 (13)	
<b>Riesgo obstétrico</b>				
• Bajo	803 (27,3)	715 (89)	88 (11)	
• Medio	995 (33,9)	875 (87,9)	120 (12,1)	
• Alto	896 (30,5)	764 (85,3)	132 (14,7)	
• Muy alto	243 (8,3)	197 (81,1)	46 (18,9)	0,004**

AE: actividad educativa; DE: desviación estándar; PN: plan de nacimiento. \*t de Student; \*\* $\chi^2$ .

**Tabla 2. AE sobre el PN**

	n (%)	IC del 95%
Prevalencia de la AE sobre el PN	2.551 (86,9)	85,6-88,1
SG en que se realizó la AE sobre el PN, media (DE)	24,7 (11,2)	24,3-25,2
Prevalencia de la AE >24 SG	1.598 (64,5)	62,6-66,3

AE: actividad educativa; DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; PN: plan de nacimiento; SG: semanas de gestación.

Respecto al perfil obstétrico, 2.166 gestantes (73,7%) habían tenido partos previos. El nivel del riesgo obstétrico más frecuente que presentaron las gestantes (995) fue «medio» (33,9%).

La prevalencia de la AE sobre el PN fue del 86,9% (n= 2.551; IC del 95%: 85,6-88,1). Las SG en que se realizó la AE se registraron en 2.479 gestantes (97,2%). La media de SG en que se realizó esta actividad fue de 24,7 (DE= 11,2; IC del 95%: 24,3-25,2), con un valor de la mediana de 28 (mínimo 5 y máximo 39). Se realizó la AE sobre el PN, según el estándar de calidad del ICS (>24 SG), en el 64,5% (n= 1.598) de las gestantes (IC del 95%: 62,6-66,3) (tabla 2).

La clasificación por intervalos de las SG en que se realizó la AE se presenta en la tabla 3. Los resultados mues-

**Tabla 3. Distribución de la AE sobre el PN según las SG**

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

AE: actividad educativa; PN: plan de nacimiento; SG: semanas de gestación.

tran que 584 gestantes (23,6%) recibieron información antes de alcanzar las 12 SG y que esta actividad se ofreció a 1.322 gestantes (53,3%) después de las 28 SG.

Se analizó si había relación entre la edad, el lugar de procedencia, el número de partos, el nivel de riesgo obstétrico y haber recibido la AE sobre el PN (tabla 1). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables número de partos y nivel de riesgo obstétrico. Las gestantes que recibieron la AE tenían una media de partos menor (1,24) que las que no la recibieron (1,37) (p= 0,041). Las gestantes con un «riesgo

**Tabla 4.** Realización de la AE sobre el PN según la ASSIR y adecuación del periodo en que se realiza la información

	Total	Sí n (%)	No n (%)	p
<b>AE sobre el PN</b>	<b>n= 2.937</b>	<b>2.551 (86,9)</b>	<b>386 (15,1)</b>	
• ASSIR 1	388 (13,2)	302 (77,8)	86 (22,2)	<0,001*
• ASSIR 2	752 (25,6)	632 (84)	120 (16)	
• ASSIR 3	531 (18,1)	492 (92,7)	39 (7,3)	
• ASSIR 4	691 (23,5)	616 (89,1)	75 (10,9)	
• ASSIR 5	575 (19,6)	509 (88,5)	66 (11,5)	
<b>Informa &gt;24 SG</b>	<b>n= 2.479</b>	<b>1.598 (64,5%)</b>	<b>881 (35,5)</b>	
• ASSIR 1	294 (11,9)	276 (93,9)	18 (6,1)	<0,001*
• ASSIR 2	620 (25)	496 (80)	124 (20)	
• ASSIR 3	492 (19,8)	326 (66,3)	166 (33,7)	
• ASSIR 4	589 (23,8)	317 (53,8)	272 (46,2)	
• ASSIR 5	484 (19,5)	183 (37,8)	301 (62,2)	

AE: actividad educativa; ASSIR: unidad de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva; PN: plan de nacimiento; SG: semanas de gestación. \* $\chi^2$ .

muy alto» (n= 46) no recibieron con mayor frecuencia (18,9%) la AE sobre el PN que las de «bajo riesgo» (n= 88), que fue del 11% (p= 0,004).

Los resultados sobre la realización de la AE según la ASSIR de referencia y la adecuación del periodo de realización de la información se presentan en la tabla 4. Las gestantes atendidas en la ASSIR 1 recibieron la AE sobre el PN con menor frecuencia (77,8%) que en el resto de los centros, con unas diferencias estadísticamente significativas (p <0,001).

Cuando se analizó si el periodo de realización de la AE era a partir de las 24 SG, se observó que en la ASSIR 1 lo hicieron con mayor frecuencia (93,9%) que en el resto de los centros, con un rango de proporciones que osciló entre el 37,8 y el 93,9%, con diferencias estadísticamente significativas (p <0,001).

### Relación entre las variables independientes y la realización de la actividad educativa sobre el plan de nacimiento e información en el periodo adecuado

Los resultados del modelo multivariado (tabla 5) mostraron que los factores independientes que aumentaron la probabilidad de recibir AE sobre el PN fueron tener un menor número de partos (OR= 0,90; p <0,021) y poseer el control prenatal en las ASSIR 2-5. Sin embargo, tener un nivel de riesgo obstétrico «muy alto» (OR= 0,57; p <0,007) fue un factor independiente que incrementó la probabilidad de no recibir la AE sobre el PN.

Respecto a la realización de la AE a partir de las 24 SG, los resultados del modelo multivariado mostraron que

tener un nivel de riesgo obstétrico «muy alto» aumentó la probabilidad (OR= 0,61; p <0,008) de no recibir AE. Sin embargo, realizar el control prenatal en las ASSIR 2-5 incrementó la probabilidad de no recibir la AE sobre el PN en el periodo indicado (>24 SG) (tabla 5).

### DISCUSIÓN

Se constata que la prevalencia de realización de la actividad educativa sobre el PN en las ASSIR de estudio es elevada, puesto que se realizó en un 86,9% de las gestantes. No obstante, esta prevalencia es menor respecto a la que se obtuvo en un estudio realizado en Cataluña, con una muestra de 204 púerperas, que mostró una prevalencia del 98,8% de AE durante el embarazo<sup>16</sup>.

El cumplimiento del estándar de calidad del ICS sobre informar a las gestantes a partir de las 24 SG sobre el PN sólo se cumple en un 64,4% de las embarazadas<sup>13</sup>. Las preocupaciones, percepciones y expectativas de las gestantes varían según el periodo de gestación<sup>18</sup>, y durante el primer trimestre el riesgo de aborto y los resultados del diagnóstico prenatal son los aspectos más relevantes para las embarazadas<sup>18,19</sup>, por lo que recibir la AE sobre el PN antes de dicho periodo no se ajusta a las necesidades de las gestantes.

Cabe destacar que el 23,6% de las gestantes recibió la AE sobre el PN antes de las 12 SG, aunque no parece que este periodo sea el oportuno. En la primera visita de control prenatal, la gestante recibe mucha información sobre los cambios corporales y psicológicos que se producen durante el embarazo, los hábitos saludables

**Tabla 5. Factores relacionados con la realización de la AE del PN y con la adecuación del periodo en que se realiza la información**

Realizan AE sobre el PN	OR ajustada	IC del 95%	p
<b>Edad</b>	<b>1,01</b>	<b>0,99-1,03</b>	<b>0,382</b>
<b>N.º de partos</b>	<b>0,90</b>	<b>0,81-0,98</b>	<b>&lt;0,021</b>
<b>Nivel de riesgo obstétrico:</b>			
• Bajo*	1		
• Medio	0,95	0,70-1,28	0,735
• Alto	0,79	0,58-1,07	0,126
• Muy alto	0,57	0,38-0,86	<0,007
<b>ASSIR de referencia:</b>			
• ASSIR 1*	1		
• ASSIR 2	1,55	1,13-2,11	0,006
• ASSIR 3	3,75	2,50-5,65	<0,001
• ASSIR 4	2,36	1,68-3,31	<0,001
• ASSIR 5	1,94	1,34-2,80	<0,001
<b>Informan en el periodo indicado &gt;24 SG</b>			
	<b>OR ajustada</b>	<b>IC del 95%</b>	<b>p</b>
<b>Edad</b>	<b>0,99</b>	<b>0,98-1,01</b>	<b>0,522</b>
<b>N.º de partos</b>	<b>0,97</b>	<b>0,89-1,05</b>	<b>0,471</b>
<b>Nivel de riesgo obstétrico:</b>			
• Bajo*	1		
• Medio	1,26	0,99-1,59	0,053
• Alto	0,81	0,63-1,03	0,087
• Muy alto	0,61	0,42-0,88	<0,008
<b>ASSIR de referencia:</b>			
• ASSIR 1*	1		
• ASSIR 2	0,27	0,16-0,45	<0,001
• ASSIR 3	0,12	0,07-0,20	<0,001
• ASSIR 4	0,07	0,04-0,12	<0,001
• ASSIR 5	0,04	0,02-0,06	<0,001

AE: actividad educativa; ASSIR: unidad de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva; OR= odds ratio; PN: plan de nacimiento; SG: semanas de gestación.  
\*Categoría de referencia.

para un buen desarrollo de éste y las pruebas diagnósticas que se llevan a cabo, y se resuelven las dudas de las mujeres. Además, hay que tener en cuenta que en este periodo hay mayor riesgo de que la gestación finalice en un aborto<sup>20,21</sup>. Asimismo, la información sobre el PN en un periodo tan precoz tampoco se ajusta a las recomendaciones de las guías de práctica clínica<sup>10</sup> ni a las de otros estudios realizados<sup>22,23</sup>.

Por otra parte, el 9% de las gestantes recibió la AE del PN a partir de las 37 SG. Esta situación no permite una elaboración paulatina del PN durante las diferentes visitas de control de embarazo en la ASSIR<sup>6</sup>, ya que habitualmente a partir de estas semanas las gestantes se derivan al hospital donde tendrá lugar el parto<sup>8,12</sup>.

Respecto a la prevalencia de realización de la AE por centros, existe una gran variabilidad en los resultados, tanto por la realización como por la adecuación del momento. Se observa que la ASSIR 1 es la que realiza con menor frecuencia la AE (77,8%) pero, en contrapartida, las gestantes de este centro reciben con mayor frecuencia (93,9%) la información en el periodo adecuado.

El análisis multivariante muestra que tener un menor número de partos es un factor independiente para recibir AE y, por el contrario, presentar un nivel de riesgo obstétrico «muy alto» aumenta las probabilidades de no recibir AE sobre el PN.

De hecho, las gestantes de «muy alto riesgo» realizan un menor número de visitas con las matronas, puesto

que comparten el control prenatal con los obstetras, además de que los profesionales ante un embarazo de estas características perciben mayor presión y responsabilidad y se centran en la supervivencia materna y del feto y en la intervención médica. Todos estos aspectos podrían actuar como barreras que no favorecen la comunicación entre la mujer y el profesional<sup>24</sup>. Además, un estudio descriptivo realizado en Canadá muestra que la mayoría de las gestantes de «muy alto riesgo» desean tener un rol participativo en la toma de decisiones<sup>25</sup>.

Este estudio presenta algunas limitaciones. La muestra analizada es sensiblemente inferior a los procesos de embarazo atendidos en dichas ASSIR durante el año de estudio, cuya causa es el infrarregistro. Esto sucede porque la fuente de información fue la historia clínica. En este estudio se evalúa el proceso de atención de los profesionales a partir del registro que efectuaron en la historia clínica. Los resultados dependen de la calidad del mismo, pero no permiten evaluar, de forma detallada, las deficiencias o las ventajas atribuibles a dicho resultado<sup>26</sup>.

Otra posible limitación del estudio es que la ECAP sólo dispone de un único campo para el registro de la actividad de la AE y no permite evaluar si esta información del PN ha sido abordada en diferentes visitas.

Los resultados de este estudio permiten definir aspectos de mejora en la realización de la AE sobre el PN. Creemos que es necesario disminuir la disparidad entre centros sobre el momento adecuado en el que se debe efectuar la AE, por lo que se recomienda realizar actividades formativas a los profesionales sobre el asesoramiento del PN y el registro del mismo. Además, se debería mejorar el registro de la historia clínica electrónica para que refleje el proceso de elaboración del PN. En un futuro se debería evaluar si estas actuaciones favorecen que las gestantes reciban información sobre el PN.

## CONCLUSIONES

La prevalencia de realización de la AE sobre el PN es elevada. Más de tres cuartas partes de las gestantes reciben AE sobre el PN en las 5 ASSIR de estudio.

Los factores que están asociados a la no realización de la AE sobre el PN son tener un mayor número de partos y un nivel de riesgo obstétrico «muy alto».

Cerca de dos tercios de las gestantes reciben la AE a partir de las 24 SG y los resultados según la ASSIR muestran una gran variabilidad. Tener un nivel de riesgo obstétrico «muy alto» y ser atendida en un determinado centro son factores asociados a la no realización de la AE en el periodo adecuado.

Los centros que tienen una mayor prevalencia de AE sobre el PN la efectúan con menor frecuencia en el periodo indicado (>24 SG).

## AGRADECIMIENTOS

A Ana María Rodríguez Martínez, Javier Sevilla Merino y Andrea Sánchez Callejas, que colaboraron en la extracción de la información de la ECAP.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Observatorio de Salud de las Mujeres. Plan de Parto y Nacimiento. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
2. Simkin P. Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. *Commentary. Birth.* 2007; 34(1): 49-51.
3. Lothian J. Birth plans: the good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006; 35(2): 295-303.
4. Kaufman T. Evolution of the birth plan. *J Perinat Educ.* 2007; 16(3): 47-52.
5. Aragon M, Chhoa E, Dayan R, Klufftinger A, Lohn Z, Buhler K. Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. *J Obstet Gynaecol.* 2013; 35(11): 979-85.
6. Tricas Goberna J. Dones i procreació: ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2009.
7. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, 1.ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
8. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol per a l'assistència natural al part normal, 1.ª ed. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2007.
9. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Observatorio de Salud de las Mujeres; 2012.
10. Grupo de Trabajo. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, 1.ª ed. Sevilla: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.
11. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Cartera de Serveis de les Unitats d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva, 1.ª ed. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació; 2007.
12. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció Maternoinfantil als Hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública a Catalunya, 1.ª ed. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació; 2008.
13. Institut Català de la Salut. Contracte de gestió ASSIR 2016. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2016.
14. Biescas H, Benet M, Pueyo MJ, Rubio A, Pla M, Pérez-Botella M, et al. A critical review of the birth plan use in Catalonia. *Sex Reprod Health.* 2017; 13: 41-50.
15. Higuero JC, Crespillo E, Mérida JM, Martín SR, Pérez E, Mañón JC, et al. Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. *Matronas Prof.* 2013; 14(3-4): 84-91.
16. Boadas N, Badosa E, Conejero L, Martí D, Martí R. El plan de nacimiento, según las madres, mejora el conocimiento del proceso de parto y la comunicación con las profesionales. *Matronas Prof.* 2017; 18(4): 125-32.
17. Protección de Datos de Carácter Personal. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, n.º 298 (14-12-1999).
18. Peñacoba C, Monge FJ, Morales DM. Pregnancy worries: a longitudinal study of Spanish women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011; 90(9): 1.030-5.

19. Lou S, Frumer M, Schlütter MM, Petersen OB, Vogel I, Nielsen CP. Experiences and expectations in the first trimester of pregnancy: a qualitative study. *Health Expect*. 2017; 20(6): 1.320-9.
20. Ammon L, Galindo C, Li DK. A systematic review to calculate background miscarriage rates using life table analysis. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2012; 94(6): 417-23.
21. Protocolo aborto espontáneo. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2010.
22. Kuo SC, Lin KC, Hsu CH, Yang CC, Chang MY, Tsao CM, et al. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: a randomized controlled trial. *Inter J Nurs Stud*. 2010; 47(7): 806-14.
23. Anderson CM, Monardo R, Soon R, Lum J, Tschann M, Kaneshiro B. Patient communication, satisfaction, and trust before and after use of a standardized birth plan. *Hawaii J Med Public Health*. 2017; 76(11): 305-9.
24. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Leduc N, Misago C. Humanized birth in high risk pregnancy: barriers and facilitating factors. *Med Health Care Philos*. 2010; 13: 49-58.
25. Harrison MJ, Kushner KE, Benzies K, Rempel G, Kimak C. Women's satisfaction with their involvement in health care decisions during a high-risk pregnancy. *Birth*. 2003; 30(2): 109-15.
26. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care, 1966. *Milbank Q*. 2005; 83(4): 691-729.