

**Construcción de un modelo de plan de parto a partir de la percepción de embarazadas****Construção de um modelo de plano de parto a partir da percepção das gestantes****Building a model birth plan based on the perception of pregnant women**

 Nara dos Santos Costa<sup>1</sup>,  Efigênia Aparecida Maciel de Freitas<sup>2</sup>,  Ana Rita Marinho Machado<sup>3</sup>,  
 Andressa Cintra Ferreira<sup>4</sup>,  Carolina Feliciano Bracarense<sup>5</sup>,  Ana Lúcia de Assis Simões<sup>6</sup>

**Recibido:** 21/03/2023 **Aprobado:** 12/06/2023 **Publicado:** 14/07/2023

**Objetivo:** comprender la construcción de un plan de parto a partir de la percepción de embarazadas. **Método:** estudio de abordaje cualitativo realizado de julio a septiembre de 2020, con gestantes a partir de reclutamiento por grupo específico de *WhatsApp*, compuesto por gestantes, madres y profesionales de la salud. Se utilizó un guion y una entrevista en línea. Los discursos se analizaron a través del Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** participaron 50 gestantes, con una media de edad de 29 años, 58% casadas, y 76% con nivel superior. Se planteó el discurso: *Plan de parto: puntos revelados por las mujeres - Episiotomía, Kristeller, Libertad de posición y movimiento, Analgesia, Contacto piel con piel y lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido y Pinzamiento oportuno del cordón umbilical, Derecho a estar acompañada, Tacto vaginal, Inducción del parto.* **Conclusión:** Se percibió conocimiento sobre la temática por las características del público encuestado, orientando la construcción del plan de parto, con la adición de los elementos: baño temprano, prevención de la oftalmia neonatal, deseo de comer. El plan de parto se defiende como una posibilidad de asistencia individualizada y humanizada, con informaciones y orientaciones sobre los derechos de la embarazada, y dentro de sus deseos. **Descriptor:** Mujeres Embarazadas; Parto; Planificación; Toma de Decisiones.

**Objetivo:** compreender a construção de um plano de parto a partir da percepção das gestantes. **Método:** estudo de abordagem qualitativa realizado de julho a setembro de 2020, com gestantes a partir de recrutamento por grupo específico de *Whatsapp*, composto por gestantes, mães e profissionais de saúde. Utilizou-se um roteiro e entrevista no modo *online*. Os discursos foram analisados através do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** participaram 50 gestantes, com média de idade de 29 anos, 58% casadas, e 76% com nível superior. Levantou-se o discurso: *Plano de Parto: itens revelados pelas mulheres - Episiotomia, Kristeller, Liberdade de posição e movimento, Analgesia, Contato pele a pele e aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido e Clampeamento oportuno do cordão umbilical, Direito ao acompanhante, Toque vaginal, Indução de parto.* **Conclusão:** percebeu-se conhecimento sobre a temática pelas características do público pesquisado, direcionando a construção do plano de parto, com os acréscimo dos itens: banho precoce, prevenção de oftalmia neonatal, desejo de comer. Defende-se o plano de parto como possibilidade de assistência individualizada e humanizada, com informações e orientações acerca dos direitos das gestantes, e dentro de seus anseios. **Descritores:** Gestantes; Parto; Planejamento; Tomada de decisões.

**Objective:** to understand the construction of a birth plan based on the perception of pregnant women. **Methods:** qualitative approach study carried out from July to September 2020, with pregnant women recruited by a specific *WhatsApp* group, composed of pregnant women, mothers and health professionals. An online script and interview were used. The speeches were analyzed using the Collective Subject Discourse. **Results:** 50 pregnant women participated, with a mean age of 29 years, 58% were married, and 76% had a higher education degree. The subjects mentioned were: *Birth Plan: items revealed by women - Episiotomy, Kristeller, Freedom of position and movement, Pain medication, Skin-to-skin contact and breastfeeding in the newborn's first hour of life and Delayed clamping of the umbilical cord, Right to a companion, Vaginal touch, Labor induction.* **Conclusion:** there was a perceived knowledge on the subject by the characteristics of the researched public, directing the construction of the birth plan, with the addition of the items: early bath, prevention of neonatal ophthalmia, desire to eat. The birth plan is defended as a possibility of individualized and humanized assistance, with information and guidance about the rights of pregnant women, and within their desires. **Descriptors:** Pregnant Women; Parturition; Planning; Decision Making.

Autor Correspondiente: Nara dos Santos Costa – narasc29@gmail.com

1. Programa de Pós-graduação em Atenção Sanitária (PPGAS) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba/MG, Brasil.
2. Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Uberlândia/MG, Brasil.
3. Curso de Enfermagem da UFTM. Uberaba/MG, Brasil.
4. Curso de Medicina da UFU. Uberlândia/MG, Brasil.
5. Estratégia de Saúde da Família do Ayuntamiento de Uberaba /MG, Brasil.
6. Curso de Enfermagem e PPGAS -UFTM. Uberaba/MG, Brasil.

## INTRODUCCIÓN

La intensificación de la atención al parto ha llevado a un aumento de las intervenciones innecesarias y la insatisfacción de las mujeres con la atención recibida, lo cual ha contribuido al surgimiento del movimiento por la humanización del parto en todo el mundo. El objetivo de este movimiento es mejorar la calidad de la atención ofrecida durante el parto, permitiendo que la mujer sea la protagonista de su propio parto y tome decisiones acorde a sus preferencias<sup>1</sup>.

Este movimiento propone la democratización a través de la libertad de elección femenina y el respeto a sus decisiones. El modelo actual de atención se centra en lo que conviene al médico en lugar de atender las necesidades particulares de la parturienta. En muchas ocasiones, las mujeres no tienen el derecho de elegir dónde dar a luz, la posición en la que quieren estar, la presencia de un acompañante y a qué procedimientos quieren o no someterse. Estas decisiones no surgen de una negociación, sino que son impuestas en su mayoría por los médicos<sup>1</sup>.

A finales de la década de 1970, surgió el plan de parto (PP), difundido por expertos en atención prenatal. Desde 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo recomienda como parte de las *“Buenas Prácticas de Atención al Parto y Nacimiento”*, con el objetivo de reestructurar y hacer que la atención al parto sea más respetuosa en todo el mundo. Se trata de un documento legal en el que las mujeres expresan por escrito sus deseos y expectativas sobre la atención que desean recibir durante el trabajo de parto y el parto, de acuerdo con sus necesidades y creencias, con el fin de evitar y reducir intervenciones innecesarias<sup>2-3</sup>.

El PP es una herramienta esencial que empodera la autonomía de las mujeres y las familias, fomentando la atención coparticipativa y la discusión sobre el escenario obstétrico<sup>3</sup>. Se utiliza durante el período prenatal, el parto y el puerperio, permitiendo el respeto del principio de la Bioética y la independencia en este período. Puede ser elaborado por la mujer con la orientación y ayuda de profesionales de la salud, especialmente enfermeros. El uso de este documento también garantiza la calidad de la atención brindada a la madre y al bebé, al favorecer la reducción y eliminación de prácticas negligentes, imprudentes o ineficientes. Además, puede fortalecer los lazos familiares cuando la mujer comparte o delega las decisiones sobre el proceso de parto con sus familiares, amigos y pareja<sup>4</sup>.

El PP debe ser elaborado después de brindar información a la mujer sobre cuestiones relacionadas con el embarazo, el parto, el derecho a elegir, los beneficios del parto natural, los riesgos de procedimientos innecesarios como la cesárea, y otras informaciones relevantes. Una

vez que la embarazada ingresa a la maternidad, el PP debe entregarse a los profesionales para que las decisiones se tomen en conjunto entre el equipo de atención al parto y la embarazada<sup>2-3</sup>.

Las mujeres se refieren al plan de parto como “cuidado/atención”, ya que representa la alineación entre el conocimiento científico y la atención respetuosa. No se trata simplemente de aceptar deseos y anhelos, sino que implica una mirada atenta y amable que proporciona seguridad y acogida, permitiendo a la mujer sentirse tranquila y satisfecha<sup>3</sup>.

Así, el PP es una herramienta tecnológica que promueve el respeto por el cuidado de la mujer y el recién nacido (RN), y ha facilitado la mejora de la calidad de la atención obstétrica. Sin embargo, existen obstáculos para implementar este instrumento, como la necesidad del aumento de la divulgación entre los profesionales y la motivación a las gestantes a utilizarlo, la introducción en los servicios de Atención Primaria a la Salud como una práctica habitual, brindar ayuda y orientación en la elaboración del documento para aumentar los índices de cumplimiento, especialmente por parte de los profesionales de salud obstétrica que conocen las particularidades clínicas de la gestante y el escenario real de los servicios obstétricos, y adaptar el PP a las variaciones imprevisibles del parto, con el fin de fomentar su implementación y cumplimiento, así como la satisfacción de la mujer.<sup>3-5</sup>.

Por lo tanto, dado el desconocimiento y la falta de uso por parte de los profesionales y las parturientas sobre los beneficios y ventajas de utilizar el PP de manera rutinaria en los servicios de salud, este estudio tuvo como objetivo conocer la construcción de un modelo de plan de parto a partir de la percepción de las gestantes.

## MÉTODO

Este es un estudio descriptivo con enfoque cualitativo. Se realizaron entrevistas a mujeres embarazadas residentes en el municipio de Uberaba, en Minas Gerais. Los criterios de inclusión fueron tener más de 18 años y cualquier edad gestacional, mientras que el criterio de exclusión fue la indicación absoluta de cesárea.

Para la recogida de datos, se utilizó un guion semiestructurado para las entrevistas y un formulario con preguntas sobre la caracterización sociodemográfica. Las entrevistas se llevaron a cabo entre julio y septiembre de 2020, y debido a la pandemia de COVID-19, se realizaron en línea.

El reclutamiento se realizó a través de un grupo de WhatsApp. Este grupo era un espacio de intercambio de información basada en evidencia científica que ayudaba a promover un embarazo, parto y maternidad conscientes. Por lo tanto, el requisito principal era estar dispuesta a deconstruir para construir. Durante el período de recogida, el grupo contó con la

participación de gestantes, madres y profesionales de diferentes áreas, como enfermeras, doulas, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y psicólogas. Para unirse al grupo, era necesario ser recomendada por una integrante, que transmitiera las reglas a las nuevas integrantes.

Las mujeres embarazadas fueron invitadas a participar a través de mensajes privados en línea, donde se les explicaba la investigación y se les invitaba a participar de manera voluntaria. También se utilizó la técnica de bola de nieve para la recogida de datos<sup>6</sup>.

En cuanto al guion de la entrevista, se seleccionaron preguntas que guiaran una descripción basada en las narrativas de las mujeres, con el objetivo de comprender la construcción de un plan de parto, que fueron: *Tienes que aconsejar a una amiga sobre el uso del plan de parto, ¿qué le aconsejarías? Imagina que hablas con esa amiga sobre tu plan de parto, ¿qué le dirías? ¿Qué elementos crees que no pueden faltar en un modelo de PP?* Las entrevistas se grabaron y se transcribieron.

La información relacionada con la caracterización de las mujeres entrevistadas se analizó de forma descriptiva, calculando frecuencias absolutas y porcentajes.

Tras una lectura exhaustiva del material recogido de las declaraciones de las entrevistadas, se extrajo el conjunto de ideas y conceptos relevantes de cada declaración, identificando las ideas centrales y sus expresiones clave<sup>7</sup>.

El contenido extraído se sometió al análisis del método del Discurso del Sujeto Colectivo (DCS), desarrollado por Lefevre y Lefevre en la década de 1990. Este método es una técnica cualitativa de organización de datos basada en la Teoría de las Representaciones Sociales. Las ideas centrales se entienden como una síntesis precisa del significado de cada discurso, y las expresiones clave representan la esencia de los discursos<sup>7</sup>.

El tratamiento de estos datos dio lugar a la construcción de discursos del sujeto colectivo, que consisten en un discurso-síntesis que fusiona informes individuales similares. Estos discursos, escritos en primera persona del singular, buscan transmitir una impresión de "colectividad que habla", donde las opiniones e ideas de los participantes se solidifican y enriquecen<sup>7</sup>.

El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, bajo el dictamen número 3.957.474. La investigación siguió los aspectos éticos de la investigación con seres humanos, de acuerdo con la Resolución n.º 466/12 del Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CNS/MS). Todas las participantes firmaron un Término de Consentimiento y Asentimiento Libre e

Informado (TCLI) después de recibir una explicación sobre los propósitos del estudio y los detalles del proceso.

## RESULTADOS

### Caracterización de las participantes

Participaron 50 mujeres embarazadas de un grupo de 144 personas. La edad mínima de estas embarazadas era de 20 años y la máxima de 39, con una media de 29 años. En cuanto al estado civil, el 58% estaban casadas, el 34% vivían en pareja, el 6% eran solteras y el 2% estaban divorciadas. En cuanto a la educación, el 76% declaró tener enseñanza superior, el 36% completó la educación secundaria y el 2% completó la educación primaria.

Al ser preguntadas sobre su historial obstétrico, se constató que la edad del primer embarazo varió entre los 17 y los 39 años. En cuanto al número de embarazos, el 70% reportó haber tenido un solo embarazo, el 24% dos embarazos y el 6% tres embarazos. En relación con la vía de parto, el 22% tuvo una cesárea y el 4% un parto vaginal. Además, el 14% de las mujeres informaron haber tenido un aborto en algún momento de su vida, sin especificar el número de abortos.

Los Discursos del Sujeto Colectivo se clasificaron según temas comunes extraídos de sus expresiones clave, que eran similares y se agruparon en el *Plan de Parto: aspectos revelados por las mujeres - Episiotomía, Kristeller, Libertad de posición y movimiento, Analgesia, Contacto piel con piel y lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido y Pinzamiento oportuno del cordón umbilical, Derecho a estar acompañada, Tacto vaginal, Inducción del parto.*

### ***Plan de parto: aspectos revelados por las mujeres***

Los puntos mencionados en el PP se refieren a los derechos, deseos y participación activa de las mujeres en el proceso de parto.

### ***Episiotomía***

Los discursos presentan informes de negación o deseos de no realizarla, pero con la justificación de que si sucede algo o es realmente necesaria, se permitirá o se puede permitir. También se mencionan informes de mujeres que saben que es innecesaria y que rechazaron su práctica en el momento de sus partos:

*Lo que más pienso es en la episiotomía, no quiero que me hagan este procedimiento, voy a poner que no lo quiero, pero si hay alguna complicación grave y es un procedimiento que sea realmente necesario, puedo cambiar de opinión en ese momento, pero no quiero que ocurra el día del parto. Es un procedimiento muy común, la mayoría de las mujeres que conozco aquí en Uberaba que han tenido parto natural tuvieron episiotomías, muchas veces sin*

*necesidad. Ese es mi mayor miedo, es algo que me preocupa tanto que tengo mucho miedo. No lo quiero en absoluto, solo si es realmente necesario (04, 07, 12, 13, 17).*

*Tengo el derecho de decir si quiero o no. No acepto la episiotomía, los cortes, la incisión. Por lo que he leído, no es recomendable ni necesario, la gente solo lo hace para acelerar el parto. Muchos médicos no te piden autorización, incluso si está en el plan de parto (19, 32, 33, 34, 36, 38, 44, 46).*

### **Kristeller**

La maniobra de Kristeller, caracterizada por la presión en el abdomen, puede ocasionar numerosas complicaciones graves y no hay pruebas que demuestren beneficios para la madre y el bebé. El siguiente discurso representa a algunas de las mujeres que reconocen la falta de uso de esta práctica:

*Me gustaría que todos esos procedimientos que la Organización Mundial de la Salud ha eliminado, porque son peligrosos para la madre y el bebé, como la maniobra de Kristeller, no se realicen. No acepto esa falta de respeto al cuerpo de la mujer al ponerse encima del abdomen (04, 13, 25).*

### **Libertad de posición y movimiento**

El derecho a caminar, moverse durante el parto y tener libertad para elegir la posición de parto se consideran buenas prácticas de atención humanizada al parto y al nacimiento y están representadas en el siguiente discurso:

*Poder dar a luz en la posición que quiero, en la posición que resulte más cómoda, y tener libertad de movimientos, poder desplazarme (04, 05, 16, 25, 34).*

### **Analgesia**

*La cuestión de la medicación, que quede muy claro para quienes me acompañen, si quiero recibir analgesia o no. Diría que quiero recibir anestesia [risas]. No sé hasta qué punto se puede administrar analgesia ni durante cuánto tiempo, pero lo desearía (02, 09).*

*Aún están ahí insistiendo, ¿sabes?, como “no, toma analgesia”. También creo que esto es importante para aquellas que están dispuestas a hacerlo de manera muy natural, porque a veces no quieren, pero cuando llega el dolor, si no dejan de hablar, hablar y hablar, al final cedes (37).*

### **Contacto piel con piel y lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido y Pinzamiento oportuno del cordón umbilical**

Aunque algunas mujeres demostraron tener conocimientos sobre el pinzamiento oportuno del cordón umbilical, no mencionaron quién les gustaría que realizara el corte o la sección del cordón. Este es un punto que generalmente se aconseja incluir en el plan de parto:

*Algunas piensan que eso de golden hour es una tontería, también lo he oído, pero creo que es un elemento esencial, siempre y cuando el bebé no tenga que ir corriendo a la UCI. Que tenga contacto con la madre en la primera hora, si está bien y la madre también. Que no se lo lleven de mí ni toquen a mi bebé innecesariamente. Quiero pasar la primera hora con él, ya sabes, quiero disfrutar de ese pequeño momento, quiero que venga directo a mi regazo, a mi brazo,*

*piel con piel y dejarle mamar. Y aunque sea una cesárea, porque ya he intentado averiguar que es posible que el bebé venga y tenga contacto conmigo. Así que, por lo que he leído, creo que esto es algo que debería estar en todos los planes de parto (04, 06, 07, 08, 10, 16, 19, 26, 49).*

*Ya está todo muy bien definido en mi cabeza, el tema de cortar el cordón umbilical, pinzamiento tardío, por lo que he visto la importancia de esperar a que deje de pulsar y quiero lo máximo posible. No estoy de acuerdo en que el bebé nazca y se corte inmediatamente, porque sé que la sangre que está en la placenta volverá toda a él (04, 06, 12, 13, 16, 19, 34, 43).*

### ***Derecho a estar acompañada***

Las mujeres embarazadas revelan el deseo de tener un acompañante durante el proceso de nacimiento de sus hijos, mostrando conocimiento sobre la Ley que garantiza este derecho: *Creo que el compañero debe estar ahí todo el tiempo, nunca debe estar prohibido, ni siquiera en esta época de pandemia. Creo que es una persona que te da fuerza, es fundamental que esté y vea todo lo que está pasando. Tener mi participación activa y la de mi compañero en todo lo que sea posible. Leí sobre eso y sé que tengo derecho, y lo que más quiero es esto (05, 10, 28, 44).*

### ***Tacto vaginal***

Entre las intervenciones innecesarias, las mujeres destacaron los tocamientos excesivos realizados indiscriminadamente:

*Me molestan mucho los tocamientos innecesarios, repetitivos. De hecho, no quiero que me toquen, solo si es estrictamente necesario. Tengo esta barrera, mi plan de parto así lo establece, es algo más personal para mí, pero para mí es muy importante (26, 28).*

### ***Inducción del parto***

*Lo esencial es que no me pongan esa inyección que va a aumentar el dolor, inducción de oxitocina, por una cuestión personal mía, porque pienso que si quiero un parto normal, desde el momento en que me lo inducen con un producto químico, ya estoy dejando de hacer el parto lo más natural posible, para mí no funcionaría, pero hay mujeres que están de acuerdo con la oxitocina. Quería que me preguntaran primero para ver si quiero y solo si es de extrema necesidad (08, 09, 18, 19).*

## **DISCUSIÓN**

Es ampliamente conocido según evidencias científicas que no existen indicaciones reales para realizar una episiotomía. La episiotomía no facilita el paso de la cabeza del feto ni tiene efectos protectores contra las laceraciones, ya que en sí misma es un desgarró de segundo grado. Además, no mejora los resultados para la madre y el feto durante el parto, ni en casos de distocias como la de hombros o la necesidad de utilizar instrumentos como fórceps o ventosas<sup>8-9</sup>.

No hay pruebas claras que respalden las indicaciones reales de la episiotomía<sup>1,4</sup>, y una revisión sistemática publicada en la Biblioteca Cochrane señaló que no hay pruebas definidas

sobre las indicaciones de las episiotomías realizadas de forma rutinaria<sup>8</sup>. Las Directrices Nacionales de Atención al Parto Normal y la Organización Mundial de la Salud desaconsejan realizar episiotomías de forma rutinaria en el parto natural<sup>10-11</sup>.

La práctica de la episiotomía en mujeres durante el parto con la intención de facilitar el paso del feto conlleva complicaciones, especialmente dolor en la zona de la incisión, dolor durante las relaciones sexuales, miedo a retomar las actividades sexuales, pérdida de sensibilidad vaginal y complejos relacionados con la aceptación y autoestima corporal debido a los cambios en la anatomía del órgano sexual<sup>3,8</sup>.

Los estudios demuestran que las mujeres no reciben información sobre el procedimiento, ni durante el embarazo ni en ninguna etapa del parto. Algunas mujeres solo se enteran de que se les ha realizado una episiotomía en el momento de la sutura<sup>8</sup>.

La realización de episiotomías por parte de profesionales de la salud sin aclarar adecuadamente el procedimiento implica una pérdida del protagonismo de la mujer ante su propio cuerpo y refleja un ejercicio de poder sobre su derecho de decisión<sup>7</sup>. El uso frecuente de este procedimiento solo puede justificarse con datos científicos que respalden su real necesidad y sus efectos positivos, por lo que la episiotomía practicada rutinariamente y sin el consentimiento de la mujer se considera violencia obstétrica<sup>12</sup>.

En cuanto a la maniobra de Kristeller, la Federación Brasileña de las Asociaciones de Ginecología y Obstetricia (FEBRASGO) prohíbe esta práctica debido a las complicaciones maternas y neonatales asociadas, y las Directrices Nacionales para el Parto Normal no la recomiendan<sup>10,13</sup>.

Sin embargo, una encuesta nacional realizada en Brasil, en la que se entrevistó a 23.894 mujeres, reveló que el 36% declararon haberse sometido a esta maniobra. Estos informes indican que esta práctica continúa y que no se registra en los historiales clínicos, lo que demuestra que se lleva a cabo de manera encubierta<sup>14</sup>.

En cuanto a la libertad de posición y movimiento, en una encuesta titulada "Nacer en Belo Horizonte" (Nacer en Belo Horizonte) que incluyó un cuestionario sobre el trabajo de parto y el parto, las mujeres encuestadas reconocieron los beneficios de adoptar posiciones verticales durante el parto. Estas posiciones resultan menos incómodas, contribuyen a la movilidad y participación de la mujer, y reducen la fatiga y la necesidad de hacer fuerza durante el periodo de expulsión<sup>15</sup>.

El uso de analgesia farmacológica puede alterar el curso del trabajo de parto, aumentando la probabilidad de un parto instrumental y prolongando su duración, especialmente en embarazos de alto riesgo. Esta asociación no depende de la edad de la madre,

del número de partos previos, de la presencia de un acompañante o doula, ni de cuántos centímetros de dilatación tenga la madre en el momento de administrar la analgesia<sup>16</sup>.

Es importante discutir el significado del dolor durante el parto y proporcionar asesoramiento a la mujer sobre los riesgos y beneficios de la analgesia, brindándole la oportunidad de elegir. Asimismo, el uso adecuado de las herramientas tecnológicas es primordial para evitar la iatrogenia en el parto y el descrédito de una atención consonante pero poco tecnológica<sup>16</sup>.

Las buenas prácticas de atención basadas en el respeto a las decisiones de la mujer han demostrado reducir la demanda de analgesia<sup>13</sup> (14%) en un estudio realizado en Belo Horizonte con 238 mujeres de dos instituciones en las que el parto y el nacimiento son atendidos por médicos y enfermeras obstétricas. La oferta más limitada de analgesia, junto con orientaciones sobre los riesgos y beneficios, debe ser considerada como una práctica que promueve la humanización del parto<sup>15</sup>.

Colocar al recién nacido en contacto piel con piel con la madre durante el parto vaginal o cesárea es una práctica significativa para ambos y de bajo costo económico. Esta práctica contribuye a una mejor adaptación fisiológica tanto de la madre como del recién nacido<sup>3,17</sup>.

Una revisión integradora demostró la importancia de los beneficios del contacto piel a piel para la díada madre-hijo. Sin embargo, para que se convierta en una práctica rutinaria y exitosa, especialmente durante los primeros sesenta minutos después del nacimiento, es necesario que los profesionales de la salud promuevan estos cuidados y creen un entorno propicio para la interacción madre-bebé<sup>17</sup>.

En cuanto al contacto madre-bebé después del nacimiento, se ha debatido sobre el momento en que se realiza el pinzamiento del cordón umbilical. El pinzamiento tardío es un procedimiento sencillo que, al mismo tiempo, permite un contacto temprano entre la madre y el bebé, fortaleciendo el vínculo entre ambos y favoreciendo el éxito de la lactancia materna<sup>16</sup>.

Las directrices de reanimación neonatal recomiendan que el pinzamiento del cordón umbilical se realice entre uno y tres minutos después del nacimiento en bebés a término y en buen estado de salud al nacer<sup>18</sup>.

Los beneficios del pinzamiento oportuno incluyen el aumento de las reservas de hierro en el recién nacido, una menor probabilidad de hemorragia intraventricular, menor riesgo de enterocolitis necrotizante, menor riesgo de sepsis neonatal y menos necesidad de transfusiones de sangre<sup>18</sup>.

En una encuesta realizada a 84 mujeres embarazadas en Belo Horizonte, sobre sus deseos y preferencias expresados en un plan de parto, el 51,19% eligió que el pinzamiento del

cordón fuera realizado por su esposo/pareja/padre del bebé, mientras que el 46,43% optó por el profesional de salud y solo el 2,38% prefirió hacerlo ellas mismas<sup>2</sup>.

Además, es importante brindar orientación e información adecuada durante el control prenatal sobre los derechos de la mujer y las condiciones en las que se puede permitir que otras personas realicen este procedimiento, aparte del equipo médico<sup>2</sup>.

En 2005, se promulgó por la Ordenanza del Ministerio de la Salud la Ley 11.108, que garantiza la presencia de un acompañante elegido por la mujer en todas las etapas del ciclo de embarazo y posparto, es decir, en cualquier momento durante el trabajo de parto, el parto y el inmediato posparto, hasta 10 días después<sup>19</sup>.

La presencia de un acompañante durante el trabajo de parto y el parto se considera beneficiosa, ya que brinda a la mujer una sensación de seguridad en un momento de vulnerabilidad emocional y dolor. El acompañante tiene el objetivo de alentar y brindar apoyo verbal o gestual a las mujeres para garantizar un buen progreso del parto<sup>11</sup>.

Sin embargo, a pesar de los avances después de la implementación de la ley, aún existen deficiencias en este aspecto de la atención obstétrica. Una encuesta a nivel nacional mostró que el 24,5% de las mujeres no tuvo acompañante, el 56,7% tuvo acompañamiento parcial y solo el 18,8% tuvo acompañamiento continuo. Al comparar con variables socioeconómicas, se encontró que la presencia de un acompañante todavía está limitada a una minoría privilegiada, como mujeres blancas, con mayor poder adquisitivo y mayor nivel educativo, que contratan servicios privados y han tenido cesáreas<sup>20</sup>.

Es fundamental que el acompañante se integre en actividades educativas y consultas prenatales desde las primeras etapas del embarazo, para que pueda brindar un apoyo continuo y efectivo. El profesional o acompañante que atiende a la mujer en trabajo de parto debe ser capaz de brindar orientación, calmar la angustia y atender las necesidades de la mujer, además de fomentar una buena relación entre ella, su familia y el equipo médico<sup>11,21</sup>.

En cuanto al tacto vaginal, una revisión sistemática no encontró datos convincentes que respalden su realización rutinaria durante el parto. El tacto vaginal debe evitarse fuera del trabajo de parto activo, es decir, cuando la mujer no presenta contracciones rítmicas<sup>21,22</sup>. Además, la OMS recomienda que el tacto vaginal para evaluar el progreso del trabajo de parto se realice al menos cada cuatro horas intermedias.

La infusión de oxitocina sintética y la rotura artificial de las membranas amnióticas son técnicas ampliamente utilizadas para acelerar el trabajo de parto. Al comparar esta intervención con factores socioeconómicos, se observa que es más frecuente en mujeres embarazadas que utilizan el Sistema Único de Salud y que tienen un nivel educativo más bajo<sup>14</sup>.

En una encuesta nacional, se descubrió que el 41,7% de las mujeres recibieron una infusión de oxitocina de manera inadecuada durante la primera etapa del parto, lo que demuestra que prácticas intervencionistas como la ruptura artificial de la bolsa amniótica, el uso indiscriminado de oxitocina y la administración indiscriminada de analgesia aún se añaden a las prácticas de los profesionales<sup>16</sup>.

Una de las cuestiones más preocupantes en la atención obstétrica en Brasil es la falta de paciencia para esperar el momento del parto, sin respetar el protagonismo de la mujer en este proceso. Las altas tasas de intervenciones innecesarias, incluyendo cesáreas, se justifican por el control excesivo de la duración y el desarrollo del proceso de parto, lo que hace que la atención obstétrica en el país se centre en manos de los profesionales y no en la fisiología y el cuerpo de la mujer. Esto comienza durante la atención prenatal, cuando las mujeres no reciben la orientación e información adecuadas sobre las buenas prácticas y una atención obstétrica efectiva, así como sobre los beneficios del parto natural, y no se les anima a tomar el control de su propio parto<sup>14</sup>.

## CONCLUSIÓN

Muchas mujeres tienen conocimientos sobre algunos aspectos que pueden formar parte de un Plan de Parto, aunque con algunas debilidades en sus respuestas, como la episiotomía. Saben que no es un procedimiento necesario y que no afecta el resultado materno-neonatal, pero se sienten inseguras al defender este conocimiento, lo que las hace vulnerables y frágiles ante la posibilidad de realizarlo.

Algunos aspectos esperados no fueron mencionados, como los procedimientos innecesarios en recién nacidos, como el baño precoz y la prevención de la oftalmia neonatal sin base científica, entre otros procedimientos o prácticas.

Los relatos de las participantes presentaron aspectos considerados importantes como herramientas para discutir conductas con su profesional prenatal. Surgieron elementos que abarcan no solo temas relacionados con prácticas consideradas innecesarias, sino también aquellos que son derechos de la mujer asistida.

El Plan de Parto es un documento flexible que permite a cada usuaria agregar lo que considere más conveniente de acuerdo a sus necesidades. A través del Plan de Parto, es posible conocer y analizar si durante la atención prenatal, la mujer está recibiendo una atención individualizada y humanizada, con información y orientación sobre sus derechos y de acuerdo a sus deseos.

Como limitación, se tuvo en cuenta la pandemia de COVID-19, ya que la idea inicial era realizar entrevistas a mujeres atendidas en un centro de atención primaria de salud. Al reclutar mujeres de un grupo de WhatsApp, se observó que el grupo estaba conformado por mujeres informadas sobre el tema, incluso aquellas que contrataban equipos privados de doulas y enfermeras obstétricas. Además, no se especificó si las entrevistadas eran usuarias del sistema de salud público o privado.

Es destacable el hecho de que, a pesar de que el grupo estaba informado, se notó la necesidad de difusión y concienciación sobre los derechos de las mujeres en relación con el embarazo, trabajo de parto y parto.

Por otro lado, cabe preguntarse: “¿Cómo es posible que, a pesar de tener conocimiento sobre la humanización en el parto, las mujeres encuestadas tengan un historial de cesáreas mayor que el de parto vaginal?” Vale la pena reflexionar sobre los caminos recorridos por las mujeres para encontrar un enfoque respetuoso y basado en evidencia científica en la atención obstétrica, lo cual requiere más estudios sobre el tema en diferentes contextos, ya sean públicos o privados.

## REFERENCIAS

1. Aquino LS. O movimento de humanização do parto como movimento social e suas semelhanças com os protestos que tomaram o mundo em 2013. Revista Novos Saberes [Internet]. 2016 [citado el 10 oct 2020]; 3(1):46-58. Disponible en: <https://pesquisadores.uff.br/academic-production/o-movimento-de-humaniza%C3%A7%C3%A3o-do-parto-como-movimento-social-e-suas-semelhan%C3%A7as-com>
2. Gomes RPC, Silva RS, Oliveira DCC, Manzo BF, Guimarães GL, Souza KV. Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres. REME Rev Min Enferm. [Internet]. 2017 [citado el 12 oct 2020]; 21:e1033. Disponible en: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v21/1415-2762-reme-20170043.pdf>
3. Santos FSR, Souza PA, Lansky S, Oliveira BJ, Matozinhos FP, Abreu ALN, et al. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da exposição sentidos do nascer. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [citado el 29 nov 2020]; 35(6):e00143718. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FrXHFqx57JpZBsFV5Xdt3jB/?format=pdf&lang=pt>
4. Silva ALNV, Neves AB, Sgarbi AkG, Souza RA. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. Rev Enferm UFSM. [Internet] 2017 [citado el 10 oct 2020]; 7(1):144-51. Disponible en: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22531/pdf>
5. Medeiros RMK, Figueiredo G, Correa ACP, Barbieri M. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2019 [citado el 10 oct 2020]; 40:e20180233. Disponible en: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22531/pdf>
6. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temat. [Internet] 2014 [citado 27 abr 2023]; 22(44):203-20. Disponible en: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>
7. Lefevre F, Lefevre AMCM, Marques MCC. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2009 [citado el 20 oct 2020]; 14(4):1193-204. Disponible en: [https://www.scielo.br/j/csc/a/bLYcq4qWYB\]nrfZzbVrZm\]h/?format=pdf&lang=pt](https://www.scielo.br/j/csc/a/bLYcq4qWYB]nrfZzbVrZm]h/?format=pdf&lang=pt)

8. Marambaia CG, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Almeida VLM, Calvão TF. A sexualidade da mulher no puerpério: reflexos da episiotomia. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2020 [citado el 20 oct 2020]; 25:e67195. Disponible en: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/67195/pdf>
9. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Syst Rev.* [Internet] 2017 [citado el 31 nov 2020]; (2):CD000081. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/full#0>
10. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado el 20 nov 2020]. 51p. Disponible en: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
11. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive child-birth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1095300/retrieve>
12. Carniel F, Vital DS, Souza TDP. Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica. *J Nurs Health* [Internet]. 2019 [citado el 20 ene 2021]; 9(2):e199204. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047273/9.pdf>
13. Nascimento KIM, Lima VS, Novaes CDP, Ponte AR, Cardoso LRC, Aragão CRB, et al. Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica [Internet]. 2021 [citado el 20 nov 2020]; 4(2):7362-80. Disponible en: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/27710/21918>
14. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado el 10 dic 2020]; 30(Supl 1):S17-S32. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWFgGd/?format=pdf&lang=pt>
15. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* [Internet]. 2016 [citado el 20 nov 2020]; 20(2):324-31. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/xDQqdphRKhRc7K6HRV3TWdF/?format=pdf&lang=pt>
16. Felisbino-Mendes MS, Santos LO, Amorim T, Costa IN, Martins EF. O uso de analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto? *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2017 [citado el 20 nov 2020]; 30(5):458-65. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ape/a/mkd4SCSBbv5gDTQsFCW85zG/?format=pdf&lang=pt>
17. Bezerra LDA, Pereira AMM, Jorge HMF, Melo LPT, Feitoza SR, Amorim MLS. Benefícios do contato pele a pele para o recém-nascido. *ReTEP: Revista Tendências da Enfermagem Profissional* [Internet] 2016 [citado el 20 nov 2020]; 8(4):2019-2050-55. Disponible en: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2015/12/retep-8-4.pdf>
18. Wyckoff MH, Aziz K, Escobedo MB, Kapadia VS, Kattwinkel J, Perlman JM, et al. Part 13: Neonatal Resuscitation: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* [Internet]. 2015 [citado el 20 nov 2020]; 132(18 Suppl 2):S543-60. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/reader/10.1161/CIR.0000000000000267>
19. Presidência da República (Brasil). Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS [Internet]. D.O.U. Brasília, DF, 8 abr 2005 [citado el 23 nov 2020]; Seção 1:1. Disponible en: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)
20. Diniz CSG, D'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado el 23 nov 2020]; 30 (Supl 1):S140-S153. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YwCMB4CMGHxLtbMtzgnhjx/?format=pdf&lang=pt>

21. Waldman R. ACOG Practice Bulletin No. 198: prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2019 [citado el 23 nov 2020]; 133(01):185. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003041
22. Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Syst Rev*. [Internet]. 2013 [citado el 23 nov 2020]; 7: CD010088. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010088.pub2/full#0>

**Editor Asociado:** Rafael Gomes Ditterich.

**Conflicto de Intereses:** los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

**Financiación:** no hubo.

### CONTRIBUCIONES

**Nara dos Santos Costa** participó en la concepción, recogida y análisis de datos y redacción. **Efigênia Aparecida Maciel de Freitas** contribuyó en la concepción y redacción. **Ana Rita Marinho Machado** actuó en la concepción, recogida y análisis de datos, redacción y revisión. **Andressa Cintra Ferreira** contribuyó en la recogida, análisis de datos y revisión. **Carolina Feliciano Bracarense** colaboró en la revisión. **Ana Lúcia de Assis Simões** colaboró en la concepción del estudio y en la revisión.

### Como citar este artículo (Vancouver)

Costa NS, Freitas EAM, Machado ARM, Ferreira AC, Bracarense CF, Simões ALA. Construcción de un modelo de plan de parto a partir de la percepción de embarazadas. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* [Internet]. 2023 [citado el *insertar el día, mes y año de acceso*]; 11(2):e6759. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

### Como citar este artículo (ABNT)

COSTA, N. dos S.; FREITAS, A. M. F.; MACHADO, A. R. M.; FERREIRA, A. C.; BRACARENSE, C. F.; SIMÕES, A. L. A. Construcción de un modelo de plan de parto a partir de la percepción de embarazadas. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, Uberaba, MG, v. 11, n. 2, p. e6759, 2023. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso el: *insertar el día, mes y año de acceso*.

### Como citar este artículo (APA)

Costa, N.S., Freitas, A.M.F., Machado, A.R.M., Ferreira, A.C., Bracarense, C.F., & Simões, A.L.A. (2023). Construcción de un modelo de plan de parto a partir de la percepción de embarazadas. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 11(2). Recuperado el: *insertar el día, mes y año de acceso de insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.



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