

## Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado<sup>1</sup>

María Suárez-Cortés<sup>2</sup>

David Armero-Barranco<sup>3</sup>

Manuel Canteras-Jordana<sup>4</sup>

María Emilia Martínez-Roche<sup>3</sup>

**Objetivos:** conocer, analizar y describir la situación actual de los Planes de Parto y Nacimiento en nuestro entorno, comparando el proceso de parto y la finalización del mismo entre las mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento y las que no lo han hecho. **Método:** estudio de corte cuantitativo, transversal, observacional descriptivo comparativo, en un bienio. Se ha seleccionada a la totalidad de mujeres que dieron a luz en el periodo de estudio, incluyéndose en el estudio un total de 9303 mujeres. **Resultados:** el número de Planes de Parto y Nacimiento presentados en el primer año de estudio fue de 132, y en el segundo de 108. De las variables analizadas se encontró una diferencia significativa en "contacto piel con piel", "elección de postura en dilatación y parto", "uso de enema", "ingestión de alimentos o líquidos", "partos eutócicos", "pinzamiento tardío del cordón" y "rasurado del periné". **Conclusiones:** los Planes de Parto y Nacimiento influyen positivamente en el proceso de parto y en la finalización del mismo. Son necesarias políticas sanitarias para aumentar el número de Planes de Parto y Nacimiento que se presentan en nuestros hospitales.

**Descriptores:** Parto Humanizado; Autonomia Pessoal; Tomada de Decisões.

<sup>1</sup> Apoyo financiero de la Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España.

<sup>2</sup> Estudiante de doctorado, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, Murcia, España.

## Introducción

El parto es un proceso normal y natural, un periodo vulnerable para la salud de la mujer, en el que el entorno y las actuaciones sanitarias tienen una gran influencia. A mitad del siglo XX se institucionalizó el proceso de parto, pasando de los partos domiciliarios a los partos hospitalarios. Al considerarse el parto un proceso hospitalario, se incluyeron ciertas prácticas rutinarias y protocolizadas, como la episiotomía, el rasurado, los enemas, la estimulación del parto, sin estar avaladas el uso rutinario de las mismas por la evidencia científica. Se incluyó el parto en el modelo sanitario de enfermedad<sup>(1)</sup>, considerando a la mujer como una persona enferma necesitada de atención médica<sup>(2)</sup>. Ante esta situación, en 1985, con las recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento, se inicia un proceso de "normalización del parto", se insta a los estados a revisar la tecnología aplicada a los partos, y reconoce que cada mujer debe elegir el tipo de parto que desea, contribuyendo de este modo a devolver el protagonismo a la mujer<sup>(3)</sup>. En España en los 90, grupos de profesionales y de mujeres empiezan a plantearse que la asistencia al parto es excesivamente intervencionista<sup>(4)</sup> y a raíz de 1996, con la publicación de la guía "Cuidados en el parto normal: una guía práctica" elaborado por la OMS en Ginebra<sup>(5)</sup>, surgen varios documentos que abogan por un parto normal<sup>(4,6-7)</sup>. Este es el inicio del empoderamiento de las mujeres, que alcanza su máximo exponente con el documento Plan de Parto y Nacimiento.

El concepto de Plan de Parto y Nacimiento fue acuñado por Sheila Kitzinger en 1980 en Estados Unidos<sup>(8)</sup>. Los países anglosajones se hicieron eco de este nuevo documento, y empezaron a usarlo para exigir un parto lo menos medicalizado posible.

Un Plan de Parto y Nacimiento es un documento escrito, de carácter legal, en el que la mujer embarazada tras haber recibido información sobre el embarazo y el proceso de parto, y teniendo en cuenta sus valores y deseos personales, además de las expectativas que se ha creado sobre su parto a lo largo del embarazo, y atendiendo también a las necesidades particulares del mismo, debe consensuar con la matrona de Atención Primaria de Salud y posteriormente con la matrona de Atención Hospitalaria, qué alternativas, de buena praxis, prefiere durante su parto, en condiciones normales. El Plan de Parto y Nacimiento es el eje de la relación clínica que se establece entre la mujer embarazada y la matrona, y debe servir para orientar la atención sanitaria que se le preste a lo largo de todo el proceso.

La importancia de los Planes de Parto y Nacimiento radica en el respeto al Principio Bioético de Autonomía, aumentando de este modo el control que tienen las mujeres sobre el proceso del parto, contribuyendo a producir un efecto positivo sobre la satisfacción<sup>(9)</sup>, sirviendo como herramienta importante en la preparación al parto<sup>(10-11)</sup> y disminuyendo "los miedos" de la mujer gracias a la información y a la comunicación que proporcionan<sup>(10-15)</sup>; constituyendo todo ello un proceso de reflexión para las mujeres<sup>(12,16)</sup>.

Las mujeres gestantes siempre han sentido la necesidad de planificar y comunicar a sus familias y profesionales sanitarios lo que es importante para ellas, para así poder sentirse seguras y con apoyo durante el proceso de parto<sup>(16)</sup>.

Además, no debemos olvidar que el embarazo y el parto son las etapas previas a la maternidad, constituyendo el inicio de la adquisición del rol maternal. Ramona T. Mercer, autora de la teoría "Becoming a Mother", sostiene que la adquisición del rol maternal es un proceso que requiere un trabajo psicológico, social y físico por parte de la mujer<sup>(17)</sup>, en el que ella debe ser consciente de su rol como madre de una criatura que necesita de sus cuidados, y que depende de ella. Las decisiones de la mujer van a afectar a su criatura desde el mismo momento en el que se quede embarazada, por lo que la mujer deberá tomar las decisiones tras largos periodos de reflexión, teniendo en cuenta sus valores, creencias y expectativas.

El uso del Plan de Parto y Nacimiento rápidamente fue generalizado en algunos países de Europa, -en 1993 en Inglaterra eran usados en el 78% de las salas de partos- en España son de reciente implantación, en 2007. Ya la *Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud* (Ministerio de Sanidad y Consumo)<sup>(6)</sup> y la *Iniciativa al Parto Normal (FAME)*<sup>(4)</sup> mencionan este documento, pero no será hasta Febrero de 2012 que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publica un modelo de Plan de Parto y Nacimiento.

El Plan de Parto y Nacimiento constituye en la actualidad uno de los ítems para valorar la asistencia al parto en nuestro Sistema Nacional de Salud, estando incluido además en el Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM)<sup>(18)</sup> de la Región de Murcia. Por ello es importante saber cuál es la situación actual de los Planes de Parto y Nacimiento en nuestro entorno. Cuántas mujeres presentan un Plan de Parto y Nacimiento, y si hay diferencia en el desarrollo y la finalización del parto entre las mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento y las que no lo han hecho.

El objetivo del presente estudio es conocer, analizar y describir la situación actual de los Planes de Parto y Nacimiento en la Región de Murcia, así como comparar el desarrollo y la finalización del parto en las mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento con las que no lo han presentado.

## Método

Se realizó un estudio de corte cuantitativo, transversal, observacional descriptivo comparativo, entre enero de 2011 y diciembre de 2012. Se tomó como muestra a la totalidad de las mujeres que dieron a luz en el periodo de estudio en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. El criterio de inclusión fue dar a luz en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia entre enero de 2011 y diciembre de 2012, y no tener ninguno de los criterios de exclusión.

Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta los siguientes:

- Mujeres que han tenido una cesárea programada.
- Mujeres con parto inferior a 37 semanas de gestación.
- Mujeres con feto cruz (feto muerto antes del parto).
- Partos múltiples (dos o más fetos).
- No estar correctamente cumplimentada la "Hoja de paritorio".
- El total de partos registrados entre enero de 2011 y diciembre de 2012 fue de 12.579, de los cuales un 73,96% (9.303 partos) fue incluidos en el estudio.

Para la recogida de datos se utilizó la "Hoja de paritorio" en el programa Selene (Programa informático usado en Hospitales del Sistema Nacional de Salud). Las variables a estudio fueron las siguientes:

- Año del parto: 2011 o 2012.
- Acompañamiento en el parto: Acompañamiento en el parto por una persona elegida por la mujer, a excepción de los profesionales sanitarios.
- Acompañamiento en la dilatación: Acompañamiento durante todo o parte del periodo de dilatación por una persona elegida por la mujer, a excepción de los profesionales sanitarios.
- Contacto piel con piel: Se realiza inmediatamente tras el nacimiento y es la colocación del recién nacido en decúbito prono en contacto directo con su madre, favorece la regulación de las funciones vitales de la criatura.

- Elección de postura en dilatación y parto: La mujer elige la postura en el periodo de dilatación y en el periodo de expulsivo.
- Enema: Aplicación de un enema evacuador durante el periodo activo de parto o antes de este, su uso está desaconsejado de forma rutinaria.
- Episiotomía: Procedimiento por el cual los profesionales sanitarios realizan un corte en la zona perineal en el momento de expulsión de la cabeza, está desaconsejado su uso sistemático, tan solo se aconseja realizarla de forma selectiva.
- Finalización del parto: Esta variable comprende partos instrumentalizados, partos eutócicos y cesárea intraparto.
- Ingestión de alimentos o líquidos: Referente a si la mujer ha ingerido alimentos o líquidos durante el periodo activo de parto.
- Inicio lactancia materna en paritorio: Se considera cuando el recién nacido inicia la lactancia materna en el postparto inmediato, las dos siguientes horas al parto.
- Monitorización: La monitorización fetal o RCTG es el control de la frecuencia cardiaca fetal.
- Oxitocina: Uso de oxitocina sintética durante el periodo de dilatación, expulsivo, o alumbramiento.
- Partos inducidos: Procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas en gestantes sin dinámica efectiva.
- Pinzamiento tardío del cordón: Se considera que ha habido un pinzamiento tardío cuando se pinza este tras el cese del latido del cordón o un minuto después del nacimiento.
- Plan de Parto y Nacimiento: La mujer ha presentado antes del parto o en el momento de periodo activo de parto un Plan de Parto y Nacimiento por escrito.
- Rasurado del periné: Rasurado del periné en el ámbito hospitalario.
- Tipo de anestesia: Esta variable comprende epidural, anestesia general, local y no anestesia.

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS.19. En primer lugar consistió en un análisis descriptivo de la muestra con unas tablas de frecuencias y porcentajes de todos los datos recogidos. Posteriormente, para determinar qué variables tienen relación con el uso del Plan de Parto y Nacimiento, se realizaron unas tablas de contingencia con la prueba  $\chi^2$  de Pearson, con un intervalo de confianza del 95%, y por último con el objetivo de determinar qué variables son las más influyentes se realizó una regresión logística.

Para el estudio se pidieron los pertinentes permisos al Comité de Ética e Investigación del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, y al Gerente del mismo.

## Resultados

El total de partos analizados durante el bienio 2011-2012 fue 9.303, de los cuales un 2,6% (240) presentó un Plan de Parto y Nacimiento.

En 2011, el total de Planes de Parto y Nacimiento supuso un 2,8% (132) de los 4.618 partos registrados mientras que, en 2012, los Planes de Parto y Nacimiento presentados descendieron a un 2,3% (108) de los 4.685 partos (Tabla 1).

Tabla 1 - Plan de Parto y Nacimiento según Año. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España, 2011-2012

Plan de Parto y nacimiento	Año		Total
	2011	2012	
Si	132	108	240
No	4486	4577	9063
Total	4618	4685	9303

La distribución de la muestra según las semanas de gestación se refleja en la tabla 2. Como se observa en la tabla, es en la semana 40 donde se concentra mayor porcentaje de la muestra, 32,4% (34,1% y 28,78%).

Mediante el análisis de las tablas de contingencia, al comparar el proceso de parto y la finalización del mismo, entre las mujeres que presentaron un Plan de Parto y Nacimiento, se obtuvieron diferencias significativas en 7 variables ( $p \leq 0,005$ , frecuencia esperada  $\geq 5$  y ajuste residual  $\geq 2$ ). En el "contacto piel con piel", el porcentaje total fue de 27,4% mientras que, en los partos que se presentó un Plan de Parto y Nacimiento fue de 60,41%, en la "elección de postura en dilatación y parto" fue de 48,1% frente a un 62,5%, en el "uso de enema" un 6,8% y un 10,4%, la ingestión de alimentos o líquidos" un 33% y un 42%, los "partos eutócicos" un 73,8% y un 81,66%, el "pinzamiento tardío del cordón" un 63,1% y un 78,3%, y el "rasurado del periné" un 12% y un 16,6%, respectivamente (Tabla 2).

Tras un análisis de regresión logística, se determinó que las tres variables más influyentes fueron el "contacto piel con piel" (OR=4,26), "elección de postura en dilatación y parto" (OR=1,8) y el "rasurado del periné" (OR=1,6).

Tabla 2 - Distribución de la muestra según las semanas de gestación. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España, 2011-2012

Semanas de gestación	Plan de Parto		Total
	Si	No	
37	15	593	608
38	39	1394	1433
39	60	2609	2669
40	82	2936	3018
41	41	1483	1524
42	3	48	51
Total	240	9063	9303

Tabla 3 - Variables a estudio según presentan Plan de Parto y Nacimiento. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España, 2011-2012

Indicador	Estándar Ministerio de Sanidad y Consumo	% total parto	% total partos con plan de parto y nacimiento	P
Plan de parto		2,6	100	
Acompañamiento en Parto		73,9	76,3	0,403
Acompañamiento en dilatación		87,7	83,3	0,036
Contacto piel con piel	$\geq 80$	27,4	60,4	0,001*
Elección de postura		48,1	62,5	0,001*
Enema		6,8	10,4	0,027*
Episiotomía		51,3	46,2	0,112
Finalización del parto				0,018*
Eutócico		73,8	81,6	
Instrumentados	5	23,9	16,2	
Cesáreas intraparto		2,3	2	
Ingestión de alimentos o líquidos		33	42	0,002*
Inicio lactancia en paritorio		90	91,1	0,412
Monitorización continua		99	95	0,001
Oxitocina		86,5	83,7	0,199
Partos inducidos	10	28,7	20,8	0,1
Pinzamientos tardío del cordón		63,1	78,3	0,001*
Rasurado del periné		12	16,6	0,023*
Tipo de anestesia				0,295
Epidural	30-80	78,1	73,7	
General		0	0	
Local		12,7	16,6	
Sin anestesia		9,2	9,5	

\* Significación estadística =  $p \leq 0,005$ , frecuencia esperada  $\geq 5$  y ajuste residual  $\geq 2$

## Discusión

En Febrero de 2012, el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad publicó un modelo de Plan

de Parto y Nacimiento. Pese a ello el número total de Planes de Parto y Nacimiento disminuyó en un 0,5% en el año 2012 respecto al año 2011 en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia, España).

La EAPN (Estrategia de Atención al Parto Normal)<sup>(6)</sup> en sus recomendaciones y el Ministerio de Sanidad, en los indicadores utilizados en la Evaluación de la Calidad del parto en 2011, establecen como estándar de calidad un porcentaje igual o superior al 80% en relación a la realización del "contacto piel con piel" tras el parto. En los datos obtenidos en nuestro estudio, se evidencia un aumento significativo del 33,01% (27,4 vs 60,4;  $p < 0,001$ ) en las mujeres que presentaron un Plan de Parto y Nacimiento respecto a las que no lo presentaron. Aunque no se supera el 80% recomendado, es importante este aumento, ya que el contacto piel con piel contribuye a una mejor adaptación a los cambios fisiológicos en la madre y en el recién nacido<sup>(19)</sup>. Así mismo y como nos indica el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, se produce un aumento de los "beneficios en la maduración psicomotora y emocional de la crianza que contribuye positivamente a mantener una dinámica hormonal y de comunicación madre-recién nacido positiva para ambos, facilitando el agarre y el inicio de la lactancia materna exclusiva", influyendo en la dimensión satisfacción. Esta práctica está recomendada por diversos organismos. Unicef la incluye en el paso número 4 de la iHan<sup>(20)</sup>, y NICE la recoge como una práctica recomendada en una de sus guías<sup>(21)</sup>.

Con respecto a la "elección de la postura en la dilatación y en el parto", la EAPN<sup>(6)</sup> y el Ministerio de Sanidad sostienen que durante el periodo expulsivo del proceso de parto, la mujer debe adoptar la posición que elija y le resulte más cómoda, influyendo esta en la dimensión seguridad y satisfacción; además dicha práctica está avalada por una revisión Cochrane<sup>(22)</sup>. En nuestro estudio se han obtenido resultados satisfactorios y significativos, aumentando un 14,4% (48,1 vs 62,5;  $p < 0,001$ ) la elección de la postura en las mujeres que presentaron un Plan de Parto y Nacimiento.

La "ingestión de Líquidos" durante el parto es otra de las prácticas avaladas y recomendadas por la EAPN<sup>(6)</sup> y el Ministerio de Sanidad, apreciándose un aumento significativo, en un 9% (33 vs 42;  $p = 0,002$ ) en las mujeres que presentaron un Plan de Parto y Nacimiento.

En cuanto al "pinzamiento tardío del cordón", se ha visto aumentado el porcentaje en un 15,2% (63,1 vs 78,3;  $p < 0,001$ ), pero siguen siendo insuficientes los partos en los que se realiza esta práctica, pues la OMS recomienda su uso en la totalidad de los partos, puesto

que entre otros beneficios aumenta las reservas de hierro del recién nacido en más del 50 % a los 6 meses de vida<sup>(23)</sup>.

Un dato importante obtenido en nuestro estudio es que la tasa de "partos eutócicos" asciende del 73,8% al 81,66% ( $p = 0,018$ ) en el grupo de mujeres que han presentado su Plan de Parto y Nacimiento, influyendo este hecho en las dimensiones seguridad y efectividad<sup>(6)</sup>. En cuanto a las "cesáreas intraparto", no se ha observado una disminución significativa, al igual que los datos obtenidos en estudios de nuestro entorno<sup>(24)</sup>, si bien estudios realizados en otros países sí han encontrado diferencias significativas para esta variable<sup>(25)</sup>.

En cuanto a datos inesperados obtenidos en nuestro estudio, se evidencia que la demanda de "enemas" por parte de las mujeres, así como el "rasurado del periné" ascienden sorprendentemente un 3,6% (6,8 vs 10,4;  $p = 0,027$ ) y un 4,6% (12 vs 16,6;  $p = 0,023$ ) respectivamente, entre el grupo de mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento. Estas dos prácticas están en desuso de forma rutinaria, pero no suponen perjuicio ni para la mujer ni para el feto. Tan solo influyen en la comodidad y pudor de la mujer, creemos que estos datos son debido a que las mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento son conocedoras de su capacidad de elección y prefieren usar estas prácticas por comodidad y para evitar situaciones incómodas, tales como defecar, en el parto.

Encontramos como limitaciones del estudio la falta de cumplimentación de formularios, los cuales quedaron eliminados para minimizar los posibles sesgos; así como la ausencia de algunos parámetros interesantes en la "Hoja de paritorio" que habría ampliado la visión del estudio, como son la asistencia a clases de preparación al parto, los tiempos de dilatación, y parámetro de bienestar fetal.

## Conclusión

Se debe resaltar que el Plan de Parto y Nacimiento está relacionado positivamente con un aumento del "contacto piel con piel", del "pinzamiento tardío del cordón" y de la tasa de "partos eutócicos", prácticas que directa e indirectamente disminuyen el gastos sanitario y las hospitalizaciones tanto de la mujer como del recién nacido. Además, se ve reforzada la autonomía de las mujeres gracias a la "elección de postura en la dilatación y en el parto", a la "ingesta de alimentos o líquidos", e incluso con el uso de "enemas" y del "rasurado del periné".

Así mismo el Plan de Parto y Nacimiento influye positivamente en el proceso de parto y en la finalización del mismo, aumentando las dimensiones de seguridad, efectividad, y satisfacción de las mujeres, así como el empoderamiento de las mismas.

Sería conveniente realizar más investigaciones para determinar la causa del bajo número de Planes de Parto y Nacimiento en nuestro entorno, así como crear políticas sanitarias para la difusión de estos documentos, y potenciar el uso de los Planes de Parto y Nacimiento entre las mujeres gestantes de nuestra comunidad, siendo la matrona de Atención Primaria la profesional idónea para acompañar a la mujer en la elaboración del mismo.

### Agradecimientos

Agradecemos la colaboración que nos ha prestado Concepción Martínez Romero y la ayuda recibida en la obtención de los datos.

### Referencias

1. Maroto Navarro G, García Calvente MdM, Mateo Rodríguez I. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl 2:13-23.
2. Arnau Sánchez J, Martínez Roche ME, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana.* 2012;7(2):225-47.
3. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. *Lancet.* 1985;2:436-7.
4. Federación de Asociación de Matronas de España. Iniciativa Parto Normal [Internet]. Documento de Consenso; 2007 [acceso 12 jan 2013]. Disponible em: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>.
5. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Ginebra; 1996.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo (ES). Estrategia de Atención al Parto Normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
7. Ministerio de Sanidad y Política Social (ES). Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
8. Hasenmiller R. Do Birth Plans influence Childbirth Satisfaction? [Student projects] Philadelphia: Philadelphia University; 2001.
9. Whitford H, Hillan E. Women's perceptions of birth plans. *Midwifery.* 1998;14(4):248-53.
10. Peart K. Birth planning--is it beneficial to pregnant women?. *Aust J Midwifery.* 2004;17(1):27-9.
11. Kaufman T. Evolution of the Birth Plan. *J Perinat Educ.* 2007;16(3):47-52.
12. Lundgren I, Berg M, Lindmark G. Is the childbirth experience improved by a birth plan?. *J Midwifery Womens Health.* 2003;48(5):322-8.
13. Perez P, Capitulo K. Birth plans: are they really necessary? Pro and con. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2005;30(5):288-9.
14. Lothian J. Birth plans: the good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006;35(2):295-303.
15. Simkin P. Birth Plans: After 25 Years, Women Still Want To Be Heard. *Birth.* 2007;34(1):49-51.
16. De Molina IF, Muñoz ES. El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él? *Matronas Profesión.* 2010;11(2):53-7.
17. Mercer RT. Nursing support of the process of becoming a mother. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006;35(5):649-51.
18. Servicio Murciano de Salud (ES). Programa Integral de Atención a la Mujer. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2012.
19. Olza-Fernández I, Marín Gabriel MA, Gil-Sánchez A, García-Segura LM, Arévalo MA. Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Front Neuroendocrinol.* 2014 Oct;35(4):459-72. doi: 10.1016/j.yfrne.2014.03.007.
- (20) Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia Iniciativa. [acceso 20 nov 2014]. Disponible em: <http://www.ihan.es/index1.asp>
21. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Postnatal care: Routine postnatal care of women and their babies. NICE clinical guideline 37. 2006. [acceso 23 nov 2014] Disponible em: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources/guidance-postnatal-care-pdf>
22. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* [Internet]. 2004 [acceso 23 nov 2014];(1) Art.

No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub2. Disponível em: <http://zenskekruhy.sk/wp-content/uploads/2012/11/CD002006.pdf>

23. Organización Mundial de la Salud (OMS). Pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en lactantes. 2013. [acesso 21 nov 2014]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120076/1/WHO\\_RHR\\_14.19\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120076/1/WHO_RHR_14.19_spa.pdf?ua=1)

24. Hidalgo-Lopezosa P, Rodríguez-Borrego MA, Muñoz-Villanueva MC. Are birth plans associated with improved maternal or neonatal outcomes? *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2013 May-Jun;38(3):150-6.

25. 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 Oct;25(10):2055-7.