



D^a _____
DNI: _____ NASS: _____
Dirección: _____

Fecha: ___/___/_____

Estimado/a Sr./ Sra:

Yo _____ con DNI _____
estoy embarazada de ____ semanas, y me corresponde dar a luz en su centro en el mes de _____ de 20__ (FPP). En virtud del derecho que me otorga la Ley de Autonomía del Paciente a la expresión de mi voluntad informada, para tal fin, mi acompañante y yo hemos redactado este plan de parto, que remitimos adjunto para que lo incluyan en mi historia clínica.

En este documento plasmo mis preferencias, necesidades y expectativas para el parto de mi hijo/a, su nacimiento y posparto, basándome en las informaciones sanitarias que a día de su cumplimentación se han divulgado, sin perjuicio de que si surgen circunstancias imprevisibles durante el mismo, atenderé a las indicaciones del personal sanitario que se dirijan a la protección de mi salud y la de mi hijo/a, debiendo aquél informarme previa y adecuadamente sobre los detalles de las mismas, sin renunciar por ello a la obligatoriedad de requerir mi consentimiento para su aplicación.

En todo caso, me reservo mi derecho a modificar el mismo antes del parto, o a revocarlo oralmente de forma total o parcial, durante el parto y la estancia hospitalaria.

Exijo en todo caso, que las intervenciones que se me practiquen a mi o al recién nacido a lo largo de todas las fases del parto y posparto, queden fielmente reflejadas en mi historia médica.

Ruego que este documento se haga llegar al Servicio de Ginecología y Obstetricia, así como al de Neonatología del Hospital al que me dirijo.

Muchas gracias por su atención.

Fdo: _____

Este documento consta de _____ páginas

1. SOLICITUDES GENERALES A TODAS LAS FASES DEL PARTO Y NACIMIENTO

1. ACOMPAÑAMIENTO Y PERSONAL SANITARIO:

- Durante mi parto y desde la llegada al Hospital, deseo estar acompañada por _____, con DNI _____, incluso en caso de parto instrumentalizado y/o cesárea.
- Deseo que el personal que me asista se presente e identifique y que entren respetando la intimidad del proceso.
- Deseo el menor número de personal sanitario en las salas de dilatación y parto, idealmente solo la matrona, con preferencia de ser atendida por el mismo personal durante todo el proceso si la organización horaria hospitalaria lo permite.
- En el caso de que personal en formación quiera estar presente, deberá solicitar mi permiso antes de entrar en las salas, y en caso de que lo permita, deberán mantener el clima de respeto y tranquilidad exigido.
- Deseo utilizar mi propia ropa.

2. NECESIDADES ESPECIALES POR DIFERENCIA DE CAPACIDAD:

3. NECESIDADES ESPECIALES POR MOTIVOS DE CULTURA E IDIOMA:

4. TRATO E INFORMACIÓN: Deseo ser tratada con el máximo respeto, disponer de toda la información y estar implicada en la toma de decisiones, siempre que la situación no entrañe peligro para mí o mi bebé. En caso de que yo no pudiese tomar una decisión, mi acompañante, _____, es la persona designada por mí para tomarla en mi lugar.

5. INTIMIDAD: Solicito que se favorezca la intimidad en todas las fases del parto, que se fomente un ambiente de silencio, baja luz y temperatura agradable para facilitar el proceso fisiológico del parto.

6. OTRAS :

- Deseo libre acceso al cuarto de baño y que se me favorezca la micción espontánea en todo momento.

- Deseo poder escuchar música para favorecer mi relajación.
- Deseo poder expresar mis emociones libremente.
- Deseo se respete la duración fisiológica del parto. Por este motivo no deseo intervenciones rutinarias para inducir o acelerar el parto como podrían ser la ruptura artificial de membranas, maniobra de Hamilton, inducción del parto con oxitocina, gel de prostaglandinas u otros. Si existiese indicación médica para alguna de estas intervenciones solicito que se me informe y se me pida consentimiento previo.

2. PERÍODO DE DILATACIÓN: ASISTENCIA, CUIDADOS Y ALIMENTACIÓN

- No deseo que se me administre enema.
- No deseo que se me rasure el pubis.
- Deseo beber agua o zumo durante la dilatación, de forma liviana, para mantenerme hidratada vía oral.
- No autorizo a que se me canalice una vía venosa de rutina. Se me puede canalizar en el momento en que surja la necesidad de ponerla, previa información y consentimiento.
- No deseo la realización de amniorrexis artificial ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria si mi parto es vaginal y progresa de forma normal, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados.
- Deseo poder deambular libremente para favorecer la dilatación.
- No autorizo al sondaje vesical, salvo que haya justificación médica real para ello, debiendo informarme previamente y requiriendo mi consentimiento.
- Deseo disponer en la habitación de pelota tipo pilates, botellas de agua caliente o sacos de semillas para la zona lumbar, etc., y demás métodos no invasivos ni farmacológicos favorecedores de una dilatación natural y menos dolorosa, que, a falta de disponibilidad del centro, llevaré de mi propiedad.
- No obstante, no descarto solicitar la epidural si surgen complicaciones y el anestesista lo autoriza, o si cambio de criterio, para lo cual solicito ser informada por el servicio de anestesia del Hospital, de las diferentes alternativas de administración de la anestesia peridural (*walking* epidural, a bajas dosis, etc)
- Solicito monitorización fetal externa con auscultación intermitente en lugar de

la monitorización continua, para mi comodidad y para facilitar la libre deambulaci3n, salvo que la seguridad del feto o la m3a lo requieran, debiendo en tal caso informarme el personal sanitario que me atiende, y requiriendo mi consentimiento.

- o Solicito que el n3mero de tactos vaginales sea el m3nimo posible, siendo las recomendaciones actuales de uno cada 4 horas en la fase de dilataci3n. Deseo que el personal sanitario confirme que es realmente necesario y que la informaci3n que proporcione ser3 relevante en la toma de decisiones, siendo conscientes de que el examen vaginal es una exploraci3n molesta e invasiva, asociada a un incremento del riesgo de infecci3n. En el caso de que alg3n profesional desee realizar un tacto con motivos de formaci3n, solicito se me informe y se me pida consentimiento por escrito en el momento.

3. PER3ODO EXPULSIVO

- o Desear3a dar a luz en la misma sala de dilataci3n.
- o Deseo poder adoptar la postura que yo desee: en cuclillas, a cuatro patas, en silla de partos, en dec3bito lateral o cualquier postura que necesite adoptar en esos momentos.
- o Deseo hacer los pujos libremente, sin que se me dirija. En el caso de que necesite orientaci3n yo misma la solicitar3 a la matrona/comadr3n. De igual forma, si se me ha administrado la anestesia epidural y no percibo la sensaci3n de pujo ni las contracciones, deseo que me indiquen cu3ndo debo empujar.
- o No autorizo la realizaci3n de episiotom3a, salvo urgencia por sufrimiento fetal grave demostrado por procedimiento diagn3stico y previa autorizaci3n verbal por mi parte.
- o En caso de sutura de un desgarro deseo anestesia local.
- o Deseo la protecci3n activa del perin3 mediante la t3cnica de deflexi3n controlada de la cabeza fetal y pidiendo la matrona que no empuje.
- o No deseo la utilizaci3n de oxitocina durante la dilataci3n ni el expulsivo.
- o No deseo la rotura artificial de la bolsa de aguas para aumentar la rapidez del expulsivo.
- o No deseo sondaje vesical de rutina.

- No autorizo la maniobra de Kristeller en el período expulsivo o presión de fondo uterino bajo ningún concepto.
- Si la postura lo permite me gustaría coger yo misma al bebé y si no, que sea mi acompañante.
- Deseo, si está disponible en el Hospital, ver mediante un espejo el expulsivo de mi bebé.
- Quiero que se respete el tiempo que necesite para el expulsivo mientras no haya indicios de sufrimiento fetal.
- Si se requiere instrumentación forzosa (ventosas, fórceps, etc.), deseo que se me informe y se me consulte previamente, y siempre con mi acompañante apoyándome a mi lado.

4. CORDÓN UMBILICAL Y ALUMBRAMIENTO

- El cordón no se pinzará, ni cortará hasta que deje de latir y nunca antes de que el bebé inicie la respiración. Si hubiera que practicar una reanimación se realizará junto a mí y con el cordón sin pinzar para que el niño siga recibiendo oxígeno.
- Deseo que sea mi acompañante quien realice el pinzamiento y corte del cordón.
- Deseo donar la sangre del cordón.
- Deseo que se espere al desprendimiento espontáneo de la placenta, que sea lo más natural posible a través de masaje quizás.
- En caso de parto vaginal, quiero sostener a mi bebé durante la expulsión de la placenta y los procedimientos de postparto.

5. CESÁREA

En caso de que por razones médicas justificadas no pueda tener un parto vaginal y se me programe una cesárea, solicito:

- Que la persona elegida como acompañante me acompañe en todo momento y también en el quirófano.
- Deseo que nuestro bebé, inmediatamente después del parto y de las exploraciones necesarias para verificar su buen estado, no se separe en ningún momento de mí o de mi acompañante.

- No consiento que se me inmovilicen los brazos durante la operación.
- Que el personal que participe en la cesárea guarde silencio a lo largo del proceso y que las luces se bajen cuando saquen al bebé.
- Que cuando vayan a extraer al bebé se me permita verle salir, bajando el campo estéril.
- Que además esté conmigo en la recuperación mi acompañante.
- Prefiero anestesia epidural, no deseo anestesia general a menos que sea necesaria.
- Me gustaría que una matrona u otro sanitario nos explicara cómo se está desarrollando la operación y nos avisen del momento en el que saquen al bebé.
- Le daré el pecho a mi bebé y deseo que lo coloquen encima de mí inmediatamente después del parto en el propio quirófano, si no hay ninguna emergencia médica, para poderlo amamantar desde el principio, mientras proceden al cierre de la herida de cesárea. Somos conscientes de que por el hecho de estar en quirófano y la inmovilidad que supone para mí el estar siendo sometida a esta cirugía, existe una dificultad para sostener al bebé y ponerlo al pecho, por ello deseo contar con ayuda de mi acompañante y/o cualquier otro sanitario, preferiblemente una matrona, en lugar de privar a mi bebé del beneficio indiscutible de permanecer piel con piel conmigo nada más nacer.
- Que no limpien a mi bebé antes de dármele y no lo laven después más que lo imprescindible con una toalla. Mi acompañante le vestirá cuando llegue el momento.
- Deseamos que el clampaje y el corte del cordón no se realice hasta que este haya dejado de latir.
- Que si el bebé necesita estar en una incubadora o alguna atención especial fuera de quirófano, por favor, permitan que mi pareja la acompañe en todo momento.
- No den leche de fórmula al bebé. Le daré el pecho y deseo ayuda para sacarme leche y dársela en caso que no pueda alimentarse directamente.
- Deseo levantarme y moverme lo antes posible.

6. CUIDADO Y ATENCION AL RECIEN NACIDO

- Solicito que inmediatamente al nacimiento se me coloque al bebé en el abdomen, piel con piel y que ahí se hagan las primeras exploraciones necesarias del bebé: secarlo, taparlo con toalla caliente, observación, test Apgar e identificación. En caso de que yo no estuviera en condiciones de estar con el bebé, éste se le entregará a mi acompañante para poder realizar "piel con piel".
- Solicito que todas las demás intervenciones se pospongan al menos más allá del periodo sensitivo (de duración 2 horas) y siempre siendo acompañado el bebé por mí o por mi acompañante.
- No deseo que se le practique al recién nacido aspiración de secreciones o la realización de sondajes, salvo que sea estrictamente necesario para su salud, debiendo informarme previamente y requiriendo mi consentimiento para ello.
- Deseo evitar la separación del bebé, al menos durante la primera hora, hasta que haya finalizado la primera toma de pecho. Si es posible, deseo mantener el contacto piel con piel tanto tiempo como el bebé necesite.
- En el caso de que el bebé necesitara cuidados especiales neonatales con el apoyo de una incubadora, solicito poder acompañarle para poder practicar el método “madre canguro”, y si yo no pudiera, lo hiciera mi acompañante.

7. PERÍODO DE PUERPERIO

- Deseo que se cubra y seque al recién nacido con una manta o toalla, previamente calentada, durante el contacto piel con piel para mantenerlo caliente.
- No quiero que se bañe a mi hijo/a, una vez en casa nosotros nos ocuparemos de su higiene.
- Deseo que, en caso de ser necesario administrar vía intervenosa a mi bebé medicamento alguno por indicación médica, o se requiera la extracción de su sangre, dichas intervenciones se realicen estando mi bebé en mi pecho.
- No permito la separación de la madre y el bebé mientras dure la estancia en el hospital, salvo situación grave de alguno de nosotros.
- En el caso de que el bebé haya de quedar ingresado, acompañaremos al bebé y realizaremos todos los cuidados necesarios dentro de nuestras posibilidades. Deseamos que se fomente el contacto constante con la madre (método madre

canguro) y favorecer así la lactancia materna a demanda, desde las primeras horas.

- Voy a alimentar a mi bebé con lactancia materna exclusiva, por lo que, en caso de solicitarlo, ruego contacten conmigo personal autorizado de grupos de apoyo a la lactancia que se hallen prestando sus servicios en el Hospital, para asesorarme en las dudas que me puedan surgir.
- No autorizo a que se le dé al bebé alimento artificial alguno, ni agua, ni infusiones, así como tampoco se ponga a su disposición chupete alguno que pueda interferir en el normal inicio de la lactancia materna.

Ruego que las peticiones aquí recogidas sean atendidas por el personal sanitario del Hospital _____ que me va a asistir en el parto y nacimiento de mi bebé, firmando el presente en duplicado ejemplar el _____ de _____ del 2020.

Fdo. _____