

# PLAN DE PARTO

Al personal del Área de Paritorio del Hospital \_\_\_\_\_:

Yo, \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, tarjeta sanitaria N° \_\_\_\_\_ y NHC \_\_\_\_\_, embarazada con fecha probable de parto para el \_\_\_\_\_ y parto previsto en el Hospital \_\_\_\_\_, me dirijo a ustedes con la intención de comunicarles mis preferencias a la hora de asistirme en mi próximo parto.

Confiado en el equipo de profesionales médicos y sanitarios que componen su unidad, y teniendo dos experiencias de parto previas en este hospital, espero atiendan mi petición y contribuyan con ello a que mi próximo parto sea igual de positivo que los anteriores, de los que guardo un grato recuerdo por la atención recibida por parte del personal que intervino en dicho momento, facilitándome la atención del parto totalmente natural y respetado.

Por ello les solicito tengan en cuenta en tal especial momento mis voluntades que a continuación expreso, basadas en las actuales recomendaciones de las diferentes sociedades médico-científicas y atendiendo a la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud, siempre que no se produzca una situación de extrema urgencia ó gravedad y con la posibilidad de ser modificado ó anulado según la evolución de la situación:

## LLEGADA AL HOSPITAL

- Permitir que el **parto se inicie de manera espontánea**.
- Que no me realicen **tactos ni maniobra alguna** (como la **maniobra de Hamilton**) para favorecer el inicio del parto sin antes informarme de ello y prestar mi consentimiento.
- Que **no se me induzca el parto** salvo que sea estrictamente necesario e informándome antes de los motivos para ello.
- Que mi **marido esté presente** desde el principio y en todo momento.
- **Conocer a los profesionales** que van a intervenir en mi proceso de parto, y a ser posible que **me atienda el mismo equipo (matrón/a)** a lo largo de éste
- Que **no me rasuren ni me pongan enema** salvo que yo lo pida expresamente.

## INICIO DEL PARTO Y DILATACIÓN

- Que el proceso de parto se realice en un **entorno de intimidad y tranquilidad**, a ser posible con **luces atenuadas**.
- Que intervenga el **personal sanitario mínimo necesario**.
- Estar **informada en todo momento sobre la evolución del parto** y que se me haga **partícipe de las decisiones** sobre el mismo.
- Que la **monitorización fetal sea externa en ventana**, para tener libertad de movimiento durante la dilatación.
- En caso de necesitar **vía venosa salinizada**, que en la medida de lo posible ésta no esté conectada a ningún sistema de goteo para **permitirme libre movilidad**.
- Que **me realicen los tactos justos y necesarios** para valorar la evolución del parto.
- Que **no me rompan la bolsa amniótica** sin necesidad y sin mi consentimiento.
- Que se me permita **libertad de movimientos** para favorecer la dilatación.
- Que se me permita **escuchar música**.
- Que se me permita **ingerir líquidos** para mantenerme hidratada .

## **MANEJO DEL DOLOR**

- Que **no se me administre ningún tipo de calmante ó relajante**.
- Que **no se me administre oxitocina** ni medicación para estimular el parto.
- Que no se me administre **ningún tipo de medicación** sin previa información y conocimiento por mi parte.
- Que **no se me administre analgesia** (epidural) salvo que lo pida expresamente.
- Hacer uso de **métodos alternativos para aliviar el dolor**, como las **mascarillas de óxido nitroso**, si así lo solicito.
- Hacer uso de la **pelota suiza** para ayudar a la dilatación si así lo solicito.

## **PUJOS Y EXPULSIVO**

- Una vez dilatada, **pujar sólo cuando sienta ganas** de ello
- Que **me permitan elegir postura a la hora de pujar y utilizar la silla de parto** si así lo solicito
- Que los **pujos sean espontaneos y no dirigidos** por el personal sanitario presente.
- Que me permitan **elegir la postura para dar a luz** (de pie, cuclillas, decúbito lateral...).
- Que **no me realicen episiotomía** salvo estricta necesidad y siempre con mi consentimiento.
- Que yo misma pueda **ayudar a salir a mi bebé con mis manos**.
- Que **pongan a mi bebé sobre mí nada más nacer, contacto piel con piel e iniciar la Lactancia Materna en el momento de dar a luz**.

## **ATENCIÓN AL BEBÉ TRAS EL NACIMIENTO**

- Que **no se corte el cordón umbilical hasta que deje de latir.**
- Que **no me separen de mi bebé en ningún momento** salvo que sea estrictamente necesario.
- Que realicen todas las **prácticas rutinarias y tratamientos** sin separar al bebé de mí. En todo caso, que se administre la vitamina K y el colirio ocular dentro de las 24 primeras horas, para no romper el primer contacto piel con piel.
- Que **No** se administre a mi bebé **biberón de leche artificial sin mi consentimiento**, para no interferir en el **inicio de la Lactancia Materna.**

## **ATENCIÓN A LA MADRE TRAS EL NACIMIENTO**

- Administrar una pequeña dosis de oxitocina sintética si fuera necesario para el alumbramiento de la placenta.
- En caso de **sutura por posible desgarro o episiotomía** (si ésta fuera estrictamente necesaria, con mi consentimiento expreso), disponer de **anestesia local.**

## **SI FUERA NECESARIA LA PRÁCTICA DE UNA CESAREA:**

- Si el médico determina que está indicada, me gustaría obtener una **segunda opinión médica** si el tiempo lo permite.
- Que ésta se practique **en caso estrictamente necesario**, no de manera rutinaria ó protocolaria.
- Ser **informada totalmente y participar en el proceso de decisión.**
- Que **mi acompañante esté presente** en todo momento si fuera posible.
- **Estar consciente** en todo momento.
- Administración de **anestesia epidural.**
- **Ver** el nacimiento del bebé.
- Que me permitan el **contacto piel con piel con mi bebé** y el **inicio de la lactancia materna** en cuanto sea posible.

Agradeciendo su atención, espero que con su ayuda se cumplan mis preferencias en un momento tan especial.

Atentamente

*Yo misma"*

