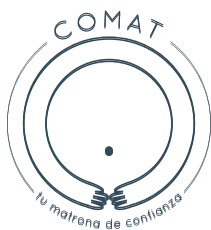


PLAN

DE PARTO Y NACIMIENTO



PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

01 Información

Página 3

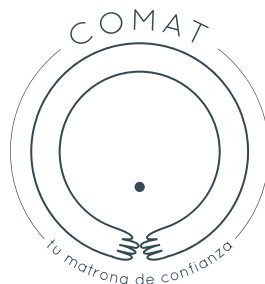
Esta primera parte es solamente informativa, **no hay que imprimirla ni presentarla en el hospital.**

02 Plan de parto

Página 6

Esta sección será la que se imprima y rellene con los deseos de la madre.

Será la única sección que se recoja en el hospital.



01 INFORMACIÓN



Instrucciones para rellenar el punto 2

- no imprimir -

PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO



Este **plan de parto** es un documento en el que la mujer puede expresar sus **preferencias, necesidades, deseos y expectativas** sobre el proceso del parto y el nacimiento.

Disponer de esta información por escrito **será de gran ayuda para el equipo de COMAT** que atenderá en el momento del parto: facilitará la comprensión del proceso y la participación activa tanto de la mujer como de su acompañante, y evitará tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable y la mujer se halla centrada en el proceso vivencial.



Este documento **no sustituye** la información que proporciona el equipo profesional que atiende durante el embarazo (matrona, médico). Acudir a sesiones de preparación para el nacimiento, como el curso de preparación para el parto de COMAT Matronas, puede ayudar a que todo el proceso sea una experiencia satisfactoria.



-
-
- Se puede elaborar un plan de parto y nacimiento en cualquier momento de la gestación, aunque lo **ideal** es hacerlo durante las **semanas 28-32**, preguntando cualquier duda a la matrona o personal médico.

- En el **momento del parto la gestante podrá modificar** cualquiera de las preferencias aquí escritas, según su estado y el desarrollo de los acontecimientos.



-
- Este documento no contempla la posibilidad de elección de prácticas no aconsejadas actualmente por la evidencia científica por ser innecesarias o perjudiciales en el curso de un parto normal.

-
- Por este motivo, se informa de manera resumida sobre las **prácticas adecuadas para la asistencia al parto y nacimiento**, recogidas en las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal, en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del MSPSI, y en la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal.

PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO



Se aconseja la lectura de la Guía dirigida a mujeres embarazadas del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad:



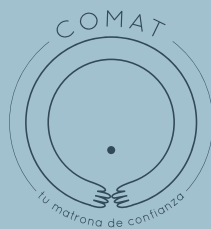
Un plan de parto **no tiene como objetivo planificar el desarrollo del parto y nacimiento**. Si surgen circunstancias imprevisibles, el personal sanitario aconsejará la intervención más oportuna, y la realizará tras informar adecuadamente y pedir el consentimiento. El resto de cuidados y buenas prácticas se seguirán realizando según las recomendaciones de las guías de evidencia y protocolos, así como de las preferencias expresadas por la madre en su plan de parto.



La necesidad de consentimiento informado está establecida en el art. 4.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Implica el derecho de los pacientes a conocer «con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma», información que «comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias».

* Toda la información anterior ha sido recogida del Plan de Parto y Nacimiento del Ministerio de Sanidad.

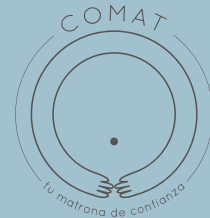
02 PLAN DE PARTO



Punto a entregar en el hospital

- imprimir -

PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO



Nombre de la mamá:

A la atención del Jefe de Servicio de Atención al Paciente del Hospital San Juan De Dios:

Estimado/a señor/a:

Estoy embarazada y me corresponde dar a luz en su centro en el mes de _____ de 20_____.

Doña:

D.N.I.:

Dirección:

En virtud del derecho que me otorga la Ley de Autonomía del Paciente a la expresión de mi voluntad informada, para tal fin, se ha redactado mi plan de parto, que remito adjunto para que lo incluyan en mi historia clínica.

Me gustaría que le hiciera llegar mi plan de parto al Servicio de Obstetricia, con el fin de darles a conocer cuál es mi voluntad en lo que se refiere a la atención que deseo recibir.

Del mismo modo, y dado que algunas peticiones se refieren al recién nacido, como tutora legal me gustaría que hiciera llegar también mi voluntad al Servicio de Neonatología.

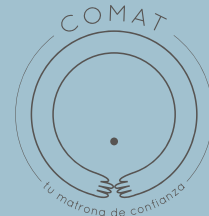
Muchas gracias por su mediación,

Firma:

A ____ de _____ de 20_____

PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

Nombre de la mamá: _____



1. LLEGADA AL HOSPITAL



ACOMPañAMIENTO: Solicito estar acompañada permanentemente por mi pareja o acompañante, _____.

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

PERSONAL ASISTENCIAL: Deseamos el menor número de personal sanitario en el transcurso del proceso del parto. Si las condiciones de su horario lo permiten, deseo estar asistida por la misma matrona todo el parto. En el caso de que personal en formación quiera estar presente, deberá solicitar mi permiso antes de entrar en la sala.

INFORMACIÓN Y TOMA DE DECISIONES: Solicitamos recibir información sobre la evolución de mi parto y ser consultados antes de cualquier intervención a mí o a mi hijo/a. En caso de que yo no pudiese tomar una decisión, mi acompañante es la persona designada por mí para tomarla en mi lugar.

2. FASE DE DILATACIÓN



VIA VENOSA: 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.

HIDRATACIÓN-ALIMENTACIÓN: Solicito poder ingerir bebidas y/o alimentos livianos para mantenerme hidratada por vía oral, siempre que no exista contraindicación médica.

RASURADO: Deseo rasurado de pubis. Sí es necesario No

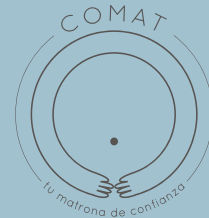
MOVILIDAD: Deseo poder deambular libremente para favorecer la dilatación.

MONITORIZACIÓN FETAL: Solicito monitorización fetal externa con auscultación intermitente, siempre que las condiciones de bienestar fetal nos permitan esta situación, para mi comodidad y para facilitar la libre deambulación.

Sí No

PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

Nombre de la mamá:



MÉTODOS DE ALIVIO DEL DOLOR: Solicito se me ofrezcan métodos no invasivos ni farmacológicos de alivio del dolor durante la dilatación como son: el masaje, el acceso a ducha o baño caliente, libre postura, técnicas de relajación, pelota de dilatación u otros que disponga el hospital.

No obstante, no descarto solicitar la epidural si surgen complicaciones y el anestesista lo autoriza, para lo cual he realizado la consulta pertinente con el servicio de anestesia.

OTRAS INTERVENCIONES: Deseamos se respete la duración fisiológica del parto. Por este motivo no deseo intervenciones rutinarias para inducir o acelerar el parto. Si existiese indicación médica de ruptura artificial de membranas, maniobra de Hamilton, inducción del parto con oxitocina, gel de prostaglandinas u otros, solicito que se me informe y se me pida consentimiento previo.

De acuerdo En desacuerdo

TACTOS: Solicito que el número de tactos vaginales sea el mínimo posible.

3. FASE DE EXPULSIVO



LUGAR: Desearía dar a luz en la misma sala de dilatación. Si esto no fuese posible aceptaría el traslado a un paritorio siempre que se llevara allí una cama o camilla convencional. Sí No

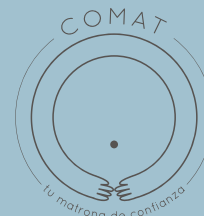
POSTURA: Deseo poder adoptar la postura que yo desee: en cuclillas, a cuatro patas, en silla de partos, en decúbito lateral o cualquier postura que necesite adoptar en esos momentos.

PUJOS: Deseo hacer los pujos libremente, sin que se me dirija. En el caso de que necesite orientación yo misma la solicitaré a la matrona.

EPISIOTOMÍA: **NO autorizo la realización de episiotomía**, salvo urgencia por sufrimiento fetal grave demostrado por procedimiento diagnóstico y previa autorización verbal por mi parte.

PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

Nombre de la mamá:



4. NACIMIENTO Y CUIDADOS DEL BEBÉ



CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL: Deseamos que el pinzamiento del cordón se realice cuando deje de latir.

- Mi acompañante, _____, desea realizar el corte del cordón umbilical.
- El profesional realizará el corte del cordón umbilical.

CONTACTO PRECOZ Y NO SEPARACIÓN: Deseamos no separarnos de nuestro/a hijo/a en las primeras horas para poder establecer un buen vínculo y facilitar la lactancia materna.

Solicito que inmediatamente al nacimiento, siempre que sea posible, se realice piel con piel y que ahí se hagan los primeros cuidados de rutina.

Solicito que todas las demás intervenciones se pospongan más allá del periodo sensitivo (de duración 2 horas) y siempre siendo acompañado el bebé de uno de sus padres.

En caso de que yo no estuviera en condiciones de estar con el bebé, éste se le entregará al acompañante para poder realizar piel con piel.

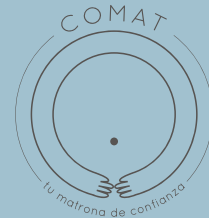
INICIO DE LA LACTANCIA: Deseamos que se facilite la primera toma en su primera hora de vida.

No autorizamos que se le administre leche artificial, chupetes, ni tetinas sin nuestro consentimiento.

- La alimentación elegida por nosotros para nuestro/a hijo/a es la lactancia materna exclusiva.
- No deseamos que la alimentación de nuestro/a hijo/a sea la lactancia materna.

PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

Nombre de la mamá:



INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO: Como tutores legales de nuestro/a hijo/a, queremos que se nos informe de todas las pruebas necesarias para el bebé y se solicite nuestro consentimiento.

SONDAJES: Deseamos que se le realice al bebé introducción de sonda nasogástrica “de rutina” para aspirado de secreciones o introducción de sonda rectal para verificar la permeabilidad. Si es necesario No

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:

- **Colirio o Pomada Oftálmica:** Deseamos que se le aplique pomada o solución a nuestro/a hijo/a, para la prevención de la oftalmía neonatal.

Si es necesario No

- **Vitamina K:** Deseamos la administración de la vitamina K de forma intramuscular, para la prevención de hemorragias intraventriculares.

Sí No

Solicitamos que se le aplique mientras el bebé esté lactando con el objeto de disminuir la sensación dolorosa que pueda tener. Sí No

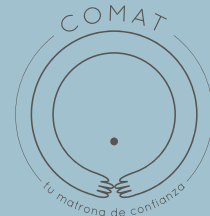
MÉTODO MADRE CANGURO: En caso de que el bebé precisase ayuda para mantener el calor deseamos realizar el método Madre Canguro.

ASEO DEL BEBÉ: No deseamos que se bañe a nuestro/a hijo/a, deseamos que permanezca con el vórnix hasta que nosotros mismos le demos su primer baño.

Sí No

PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

Nombre de la mamá:



5. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES



En el caso de que no hubiese ninguna otra alternativa posible y surgiese la necesidad imperiosa de practicar una cesárea, deseamos que:

ANESTESIA: Debido a mis circunstancias especiales por mi medicación (_____), solicito información y consentimiento previo de la anestesia a utilizar en caso de cesárea de urgencia. Sí No

CONTACTO PRECOZ: Solicito que el bebé se coloque encima de mi pecho si no hay contraindicación médica, para permitirle, mientras se termina la cesárea, adaptarse al mundo exterior y a continuación realizar enganche espontáneo, comenzando así la lactancia.

NO SEPARACIÓN: No quiero que se separe a nuestro/a hijo/a de nosotros, en ningún momento, y nos acompañe a la habitación.



Espero que mis peticiones sean tenidas en cuenta y dado que las indicaciones descritas anteriormente están avaladas por el SERGAS, Ministerio de Sanidad, la OMS y otros organismos y leyes, asumo la responsabilidad que me corresponde en la toma de decisiones.

Atentamente:

Firma

Doña _____

Con D.N.I. _____