

A.A. Servicio de Atención al Paciente
HOSPITAL XXX
Dirección postal

Estimado/a señor/a:

Habiendo hecho el seguimiento de mi embarazo en su Hospital (**NHC. XXX**) y con fecha prevista de parto XXX, solicito que se tome en consideración el Plan de Parto que les presentamos y lo hagan llegar al Servicio de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Maternidad, y cualesquiera otros implicados que considere oportuno.

El Plan que presentamos tiene como objetivo favorecer un parto con la mínima intervención posible. Cada petición ha sido valorada detenidamente teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS (http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf) y del Ministerio de Sanidad y Consumo (<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>) para la atención al parto normal: nuestro deseo general es priorizar el proceso natural, sabiendo que, caso de producirse complicaciones, puede ser necesario renunciar a nuestras preferencias y acceder a la atención hospitalaria que los profesionales consideren oportuna.

Entendemos que las medidas que solicitamos para un parto no intervenido sólo pueden ser aplicadas en caso de que el parto discorra normalmente, sin riesgo para la salud de la hija y la madre. Igualmente, valoramos y reconocemos la profesionalidad del Equipo Obstétrico a la hora de tomar las decisiones oportunas.

Si cualquiera de nuestras peticiones no pudiese ser atendida, ya sea por criterios médicos (peticiones contrarias a su protocolo de atención al parto), o debido a las instalaciones con las que cuenta el hospital, le rogamos nos los haga saber a la mayor brevedad posible, para que podamos adaptar nuestras peticiones y expectativas y, el día del parto, sepamos qué podemos esperar. Para agilizar al máximo posible esta comunicación, y siempre que sea posible, desearíamos que la vía a emplear sea telefónica o a través de correo electrónico, independientemente de que se realicen también comunicaciones escritas por correo ordinario por necesidades de registro.

Le agradecemos de antemano la atención prestada a nuestro plan, y las gestiones realizadas para su puesta en conocimiento del personal implicado.

Atentamente,

PLAN DE PARTO / N.H.C. XXX / pág. 1 de 6	
Nombre de la Madre	XXX/ DNI. XXX
Nombre del Padre	XXX / DNI. XXX
Dirección	XXX
Contacto	Tel. XXX email

GENERAL

Solicitamos:

- **Comunicación y explicación previa de las intervenciones a realizar**, siempre que las circunstancias lo permitan, para favorecer que la madre no se sienta objeto pasivo de un proceso, sino parte activa del mismo, minimizando así su ansiedad.
- **Acompañamiento en todo momento por el padre, (Nombre) (DNI)**. Desearía que se le permita acompañarme incluso en el caso de una eventual cesárea (siempre que no implicase una anestesia general).
- **Ambiente lo más íntimo y tranquilo posible**. Presencia del número de personas imprescindibles para la atención al parto, evitar las luces fuertes directas, temperaturas bajas que dificulten la relajación... Siempre que los horarios y turnos lo permitan, desearía ser atendida por el mismo personal, con el que espero familiarizarme y sentirme cómoda a lo largo de todo el proceso.
- **Facilitar la adopción de la postura que resulte más cómoda a la madre durante todo el proceso de parto**. Evitar en la medida de lo posible las prácticas que puedan restringir la movilidad de la madre. Nos gustaría contar con un balón de parto o pilates para facilitar la adopción de posturas que ayuden a sobrellevar los dolores normales de parto. Si el Hospital no dispone del mismo, o cuenta con una disponibilidad limitada, podemos aportar un balón propio, en cuyo caso atenderemos las condiciones de higiene, tamaño u otras cualesquiera que deseen indicarnos.
- **Permitir la ingesta de líquidos claros**: entiendo el riesgo que puede suponer en caso de ser necesaria una anestesia general. Sin embargo, dadas las excepcionales circunstancias en que ese tipo de anestesia podría ser necesaria, prefiero que se me permita reponer fuerzas mediante la ingesta de líquidos claros. Prefiero que no se me administren sueros glucosados por vía intravenosa.

PLAN DE PARTO / N.H.C. XXX / pág. 2 de 6	
Nombre de la Madre	XXX / DNI. XXX
Nombre del Padre	XXX / DNI. XXX
Contacto	Tel. XXX / XXX

DILATACIÓN:

- **Rasurado del periné y administración de enema, sólo en caso de que el personal que me atienda así lo prefiera.**
- **Vía intravenosa:** ponerla pero sin conectar, sólo a modo preventivo en caso de requerirse una intervención urgente.
- **Evitar la perfusión de oxitocina en la fase de dilatación, y permitir la rotura espontánea del saco amniótico.** Siempre que no haya motivos que hagan deseable la aceleración artificial de la fase de dilatación, como sospecha de malestar fetal, o duración de esta fase superior al periodo normal.
- **Micción espontánea:** Ruego se me favorezca la micción espontánea (el sondaje vesical sólo si fuera estrictamente necesario).
- **Exploraciones vaginales:** realizar las mínimas que los profesionales consideren necesarias, y a ser posible, que sean realizadas por la misma persona.
- **Epidural y alivio del dolor:**

Opción 1) En principio **no deseo la administración de analgesia epidural.** Solicito en cambio información y ayuda para la aplicación de otro tipo de métodos de alivio del dolor: movilidad, posibilidad de adoptar diferentes posturas, evitar la perfusión de oxitocina, evitar la ruptura del saco amniótico, tener la posibilidad de ducharme, aplicar frío o calor, recibir masajes por parte de mi acompañante... Entiendo que, en caso de cambiar de opinión y finalmente desear la administración de anestesia epidural, muchas de las peticiones contenidas en este plan de parto serán inconsecuentes y no podrán ser tenidas en cuenta.

Opción 2) **Me gustaría decidir sobre el tipo de técnica de alivio del dolor en el momento del parto. (Si quieres epidural elige esta opción)**
- **Monitorización fetal:** preferimos la auscultación o monitorización externa que permitan la movilidad durante el parto, pero entendemos la necesidad de monitorización continua en caso de que los profesionales que nos atiendan sospechen malestar fetal o en caso de riesgo.

PLAN DE PARTO / N.H.C. XXX/ pág 3 de 6	
Nombre de la Madre	XXX/ DNI. XXX
Nombre del Padre	XXX/ DNI. XXX
Contacto	Tel. XXX / XXX

EXPULSIVO:

- Deseo adoptar **la postura que me resulte más cómoda para el periodo de expulsivo**, siempre teniendo en cuenta las indicaciones del personal que me atiende.
- Dar a luz en un ambiente tranquilo e íntimo (luz tenue, silencio, pocos espectadores)
- Esperar a notar ganas para empezar a pujar. Que no me dirijan los pujos prefiero pujar de forma espontánea siempre que no haya riesgo para mi bebé.
- Me gustaría no realizar solo pujos en inspiración bloqueada. Poder alternar con pujos en espiración, siempre que no haya riesgos para mi bebé.
- Disponer de un espejo para poder ver cómo nace mi bebé. En la medida de lo posible sacar al bebé con mis manos.
- **Evitar en la medida de lo posible la episiotomía:** en caso de que se considere necesaria, solo pido que se me informe previamente.

ALUMBRAMIENTO:

- Entendemos la utilidad de la **administración de oxitocina** en la fase de alumbramiento para evitar hemorragias excesivas. Sin embargo, preferimos que los profesionales que nos atiendan valoren la necesidad de su administración en función de las circunstancias concretas de nuestro caso.
- También deseamos que se valore la necesidad del **manejo activo del alumbramiento** atendiendo a nuestras circunstancias concretas, evitándolo salvo que sea necesario.

PLAN DE PARTO / N.H.C. XXX/ pág 4 de 6	
Nombre de la Madre	XXX/ DNI. XXX
Nombre del Padre	XXX/ DNI. XXX
Contacto	Tel. XXX/ XXX

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO: Desconocemos el protocolo de atención al recién nacido en su Hospital, y por eso incluimos aquí ciertas peticiones que tal vez no sean necesarias.

- **Contacto piel con piel.** Deseamos que, nada más nacer, se coloque al bebé sobre el vientre de su madre, y ahí se le seque y cubra con una toalla. Si una eventual intervención dificultase dicho contacto con la madre, deseamos que sea el padre quien lo realice. En todo caso, deseamos que el bebé esté en contacto con la madre lo antes posible para favorecer el inicio precoz de la lactancia. Deseamos que se retrasen los controles que se puedan retrasar hasta que pase el periodo de alerta del recién nacido, permitiendo que lo pase en contacto íntimo con los padres.
- Entendemos que la realización del **test de APGAR y la identificación del bebé** deben ser inmediatos, pero solicitamos que se realice mientras el bebé permanece **sobre su madre**, mejor que sobre la camilla de reanimación
- Deseamos que el corte del **cordón umbilical** se realice **una vez haya cesado su latido.**

ATENCIÓN DURANTE EL INGRESO:

- Deseamos ocuparnos de los **cuidados e higiene del bebé** durante el ingreso, con la compañía y asesoramiento del personal, para familiarizarnos con estos cuidados supervisados por un profesional.
- **Que no se ofrezcan al bebé biberones, chupetes ni tetinas.**
- Deseo darle el pecho exclusivamente. No quiero que le den ningún tipo de alimentación al bebé sin consultarme.
- Si existe **personal especializado en lactancia materna**, nos gustaría contar con su apoyo y asesoramiento.
- **Que se evite en la medida de lo posible la separación del bebé de sus padres**, de modo que las pruebas o administración de medicamentos se realicen en nuestra presencia. Si fuese necesario desplazar a la recién nacida fuera de la habitación de la madre, nos gustaría que el padre pudiese acompañarla.

GENERAL	
Comunicación y explicación previa de las intervenciones a realizar	
Acompañamiento por Nombre (DNI XXX)	
Ambiente tranquilo e íntimo	
Libertad para la adopción de diferentes posturas	
Permitir ingerir líquidos claros	
DILATACIÓN	
Rasurado y enema	De acuerdo, si así lo prefiere el personal
Vía intravenosa	Sí, pero no utilizar salvo caso de intervención urgente
Oxitocina	No
Exploraciones vaginales	Mínimas, y a ser posible realizadas por la misma persona
Epidural	No, en principio Facilitar información y apoyo para la aplicación de métodos alternativos de alivio del dolor
Monitorización fetal	Externa e intermitente, que permitan la movilidad de la parturienta
EXPULSIVO	
Postura	Libre
Episiotomía	No, evitar en lo posible
Acompañamiento	Incluso en caso de parto instrumental o cesárea
Ambiente	Cálido y con luz suave
ALUMBRAMIENTO	
Oxitocina	Sólo si se considera necesario en nuestro caso particular
Manejo activo	Sólo si se considera necesario en nuestro caso particular

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO	
Contacto piel con piel	Inmediato tras el nacimiento, con la madre o el padre, hasta finalizado el periodo de alerta del recién nacido Facilitar el inicio de la lactancia precoz
Corte del cordón umbilical	Una vez cese el latido. No deseamos donar sangre del cordón umbilical.
ATENCIÓN DURANTE EL INGRESO	
Cuidados e higiene del bebé	Deseamos realizarlos nosotros mismos, con la ayuda y asesoramiento del personal del hospital si es posible
Chupetes, biberones	No ofrecer al bebé. Deseo darle el pecho exclusivamente. No quiero que le den ningún tipo de alimentación al bebé sin consultarme.
Lactancia materna	Apoyo del personal especializado, si lo hubiese
Separación del bebé y los padres	Evitarla en la medida de lo posible. Si es necesario llevarse al bebé, permitir que lo acompañe su padre