

A la Directora o al Director del Servicio de Obstétrica del Hospital Universitario Virgen del Rocío y del Jefe o Jefa del Servicio de Pediatría.

## PLAN DE PARTO

(Fecha probable de parto: 12 de abril de 2009)

El siguiente Plan de Parto especifica mis preferencias y derechos (basadas en la Ley General de Sanidad y Ley Básica Reguladora y Deberes en Materia de Información y Documentación Clínica).

**Acompañantes:** Deseo estar acompañada en todo momento por la(s) persona(s) que yo elija, por lo que solicito la presencia de mi esposo, que me acompañe durante todo el proceso hospitalario, **Holger Andreas BOLAY MARTELLA** con NIE **X#####-A** y también de mi Doula, **M<sup>a</sup> Trinidad GIL SÁNCHEZ** con DNI **#####-L**, como persona de mi confianza y apoyo emocional.

Mis preferencias mientras el proceso de mi parto transcurra con normalidad son tener un parto lo más natural posible y sin intervenciones innecesarias.

### DERECHOS DE LA MUJER EMBARAZADA

En la medida de lo posible deseo que se garanticen los derechos que la normativa vigente me reconoce:

- Que se **favorezca la intimidad en el proceso**, la confidencialidad de los datos personales, un ambiente adecuado y que no aparezcan mas personas de las necesarias, excepto la matrona y auxiliares que se encarguen de supervisarlo. Si alguna persona extra es requerida, deseo que se presente y que justifique su presencia.
- Deseo **estar informada** sobre la evolución del parto y a que se me haga participe de las decisiones sobre el mismo.
- Deseo **estar acompañada en todo momento** por la(s) persona(s) que he elegido.

### PERIODO DE DILATACIÓN

Basándome en las recomendaciones de la OMS y SEGO para la asistencia al parto natural deseo que:

- **No** me administren un **enema** y **no** se me **rasure** el periné.

- Me permitan **adoptar la posición que desee** (acostada, sentada, libre deambulación, ...)
- Ser atendida por la misma matrona durante todo el proceso.
- Me permitan **ingerir agua o líquidos claros** (te, infusiones etc...) si el parto progresa adecuadamente. Por tanto la hidratación se asegurará por vía oral, no por medio de suero. Yo me encargaré de llevar la bebida y/o comida, por si no tienen nada adecuado disponible.
- Se me favorezca la **micción espontánea** (el sondaje vesical sólo si fuera estrictamente necesario).
- El número de **tactos vaginales serán los mínimos necesarios** para valorar la evolución del parto.
- No permito que se realice **ninguna maniobra añadida a los tactos**. Si consideran que la bolsa debe romperse en algún momento, debe discutirse primero conmigo. Si desean valorar el color del líquido aceptaré el uso cuidadoso del amnioscopio.
- **No se estimule el parto** con oxitocina o amniotomía si éste progresa adecuadamente.

### **Peticiones Adicionales**

- Pueda escuchar musica (puedo aportarla)

### **INFORMACIÓN SOBRE LA VÍA VENOSA**

- **No deseo que se me canalice una vena** o en todo caso aceptaré la colocación de una vía en el antebrazo, cerrada con un tapón. Pero no deseo que se me suministre oxitocina, antibióticos o sueros por rutina.

### **MONITORIZACIÓN CARDIACA FETAL**

- **Monitorización Fetal Intermitente** y además deseo que sea **externa**.

### **INFORMACIÓN SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR**

- De entrada **no deseo epidural**, prefiero métodos alternativos de control del dolor (ducha, baño, respiraciones, ...), pero no descarto su uso.

### **INFORMACIÓN SOBRE EL PERIODO EXPULSIVO**

- Desearía **dar a luz en la sala de dilatación**, con un ambiente tranquilo e íntimo (luz tenue, silencio, pocos espectadores, ...)
- Adoptar la **posición que desee** (cuclillas, de pie, acostada en la cama, en la camilla obstétrica, ...)

- Si la situación aconseja usar el paritorio, deseo elegir la posición del expulsivo.
- Que los **pujos** no sean dirigidos, sino que se sucedan de forma **espontánea**.
- Poder beber agua si no hay riesgo de intervención quirúrgica.
- **Evitar una episiotomía**. En caso de tener que coser un desgarro o episiotomía, solicito anestesia local.
- Solicitamos que tras el nacimiento del bebé, **no se pince ni corte de manera inmediata el cordón umbilical** hasta que deje de latir, favoreciendo una transición suave a la respiración pulmonar.
- Quiero **tener a mi hijo/a encima de mí nada más nacer**, antes de cualquier revisión o rutina. Que pueda ser abrazado y amamantado por mí, su madre, nada más nacer y al menos **durante las dos primeras horas** después del nacimiento, periodo de establecimiento del vínculo según la OMS.
- El **desprendimiento de la placenta** se realizará de forma totalmente **natural**. Se esperará al menos media hora para el alumbramiento espontáneo de la placenta. Si se sobrepasara ese tiempo, acepto el uso de medicamentos oxitócicos como primera opción. Sólo como último recurso, y si los medicamentos no ayudan, se recurrirá a la extracción manual.
- **No** autorizo que **se me limpie la zona vaginal con povidona yodada**, por el alto riesgo que presenta para el recién nacido ya que pasa a la sangre de forma inmediata y se concentra en la leche materna en cantidades peligrosas. Prefiero que utilicen simplemente suero fisiológico.

### **Además deseo**

- Poder tomar fotos del nacimiento de nuestro hijo/a
- Poder tocar la cabeza del bebé cuando esté a punto de salir
- Que mi pareja corte el cordón, si él lo desea

### **INFORMACION SOBRE LOS PRIMEROS CUIDADOS TRAS EL NACIMIENTO**

En la primera atención al recién nacido deseo:

- Que **no le aspiren las mucosidades** si el inicio de la respiración es espontáneo y **no le introduzcan sondas rectales o lavados gástricos** si no es necesario.

- Se favorezca el **contacto precoz piel con piel** conmigo.
- **No se separe de mi al bebe para ninguna manipulación:** aseo, lavado, examen, prueba, etc. sin mi consentimiento expreso (No ingreso de rutina en una sala nido). En caso de que por fuerza mayor alguna revisión o prueba deba realizarse en una sala determinada y yo no esté en condiciones para acompañarle, **mi marido se encargaría de ir con nuestra hija/o**. Para realizar cualquier tipo de revisión o prueba (rutinaria o no) será necesario pedirnos el consentimiento informado.
- Deseo iniciar la **Lactancia Materna** (Pecho) lo **antes posible**.
- Quiero que **no se administre al bebé alimento ni biberón alguno** (leche o suero glucosado), sin mi consentimiento expreso o el de mi marido si yo no pudiera darlo.
- **No** autorizamos que se ofrezca al bebé ningún **chupete**.

## **PRIMERA MEDICACIÓN AL BEBÉ**

**Cuidado de los ojos:** Deseo que no se le administre colirio o pomada antibiótica (podría firmar el documento de denegación al tratamiento).

**Vitamina K:** Deseo que se administrada vía oral. Me comprometo en administrarle otra dosis a la semana y otra al mes.

**Vacuna Hepatitis B:** Como alternativa me gustaría que se demorara su aplicación para no molestar al bebé nada mas nacer y favorecer así el vinculo con la madre. Deseo que no se le administre la primera dosis de la vacuna de la hepatitis B (podría firmar el documento de denegación al tratamiento).

Estamos seguros de contar con vuestro apoyo, nosotros ponemos nuestra confianza en vosotros y os agradecemos vuestra comprensión. Esperamos que esta sea una experiencia muy gratificante y enriquecedora para todos.

Con todo nuestro cariño.

Cristina CANO JIMÉNEZ  
(DNI #####-A)

Sevilla a 25 de marzo de 2009