

A la atención del Jefe de Servicio de Atención al Paciente del Hospital

---

Doña:  
N° SS:  
Dirección:

Servicio de Atención al Paciente  
HOSPITAL \_\_\_\_\_

Estimado/a señor/a

Estoy embarazada y me corresponde dar a luz en su centro en el mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_. En virtud del derecho que me otorga la Ley de Autonomía del Paciente a la expresión de mi voluntad informada, para tal fin, mi marido y yo hemos redactado nuestro plan de parto (basado en el Plan de Parto e Nacimiento do Sergas 2013), que remitimos adjunto para que lo incluyan en mi historia clínica.

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

Del mismo modo, y dado que algunas peticiones se refieren al recién nacido, como tutores legales nos gustaría que hiciera llegar también nuestra voluntad al Servicio de Neonatología.

Muchas gracias por su mediación,

\_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

## **LLEGADA AL HOSPITAL**

(ACOMPañAMIENTO) Solicito estar acompañada permanentemente por mi marido, Miguel Angel Serantes Pulián, incluso en caso de cesárea.

(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.

(PERSONAL ASISTENCIAL) Deseamos el menor número de personal sanitario en la sala, idealmente solo la matrona. 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 hija. En caso de que yo no pudiese tomar una decisión, mi marido es la persona designada por mí para tomarla en mi lugar.

## **FASE DE DILATACIÓN**

(VIA VENOSA) 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.

(HIDRATACIÓN-ALIMENTACIÓN) Solicito poder ingerir bebidas y/o alimentos livianos para mantenerme hidratada por vía oral.

(RASURADO) No deseo rasurado de pubis

(ENEMA) No deseo enema.

(MOVILIDAD) Deseo poder deambular libremente para favorecer la dilatación.

(MONITORIZACIÓN FETAL) Solicito monitorización fetal externa con auscultación intermitente en lugar de la monitorización continua, para mi comodidad y para facilitar la libre deambulación.

(MÉTODOS DE ALIVIO DEL DOLOR) Debido a la incompatibilidad (en determinadas horas) de la anestesia epidural con la medicación anticoagulante que me inyecto cada día (Clexane 60) decido prescindir de la anestesia.

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 como podrían ser: 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. No autorizo la maniobra de Kristeller en el período expulsivo.

(TACTOS) Solicito que el número de tactos vaginales sea el mínimo posible, siendo las recomendaciones actuales uno cada 4 horas en la fase de dilatación. En el caso de que algún

profesional desee realizar un tacto con motivos de formación solicito se me informe y se me pida consentimiento por escrito en el momento.

(SONDAJE) No deseo sondaje vesical de rutina.

### **FASE DE EXPULSIVO**

Desearía dar a luz en la misma sala de dilatación. Si esto no fuera posible aceptaría el traslado a un paritorio siempre que se llevara allí una cama o camilla convencional. No deseo dar a luz en un potro obstétrico.

(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 NACIMIENTO Y CUIDADOS DEL BEBÉ**

(CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL) Deseamos que el pinzamiento del cordón se realice cuando deje de latir. Mi marido, Miguel Angel Serantes, desea realizar él mismo el corte del cordón

(CONTACTO PRECOZ Y NO SEPARACIÓN) Deseamos no separarnos de nuestra hija en las primeras horas para poder establecer un buen vínculo y facilitar la lactancia materna.

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.

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 de uno de sus padres.

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

(INICIO DE LA LACTANCIA) La alimentación elegida por nosotros para nuestra hija es la lactancia materna exclusiva. Deseamos que se facilite la primera toma en su primera hora de vida. No autorizamos que se le administren biberones de suero o leche, chupetes, ni tetinas sin nuestro consentimiento.

(INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO) Como tutores legales de nuestra hija, queremos que se nos informe de todas las pruebas necesarias para el bebé y se solicite nuestro consentimiento.

(SONDAJES) No deseamos que se le realice al bebé “de rutina” introducción de sonda nasogástrica para aspirado de secreciones ni introducción de sonda rectal para verificar la permeabilidad.

(ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS) Solicito que la administración de medicamentos se posponga y se realice después de las primeras 2 horas de período sensitivo

.Colirio o Pomada Oftálmica **No** deseamos que se le aplique pomada o solución oftálmica a nuestro hijo.

.Vitamina K Deseamos que la administración de la vitamina K sea en forma intramuscular y solitamos que se le aplique mientras el bebé esté lactando con el objeto de disminuir la sensación dolorosa que pueda tener.

.Vacuna de Hepatitis B **NO** deseamos administración de vacunas los primeros días de vida.

(MÉTODO MADRE CANGURO) En caso de que el bebé precisase ayuda para mantener el calor deseamos que se aplique el método Madre Canguro.

(ASEO DEL BEBÉ) No deseamos que se bañe a nuestra hija, deseamos que permanezca con el vórnix hasta que su padre o yo le demos su primer baño.

### **CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES: CESAREA**

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, ya que estoy con profilaxis anticoagulante cada 12 horas con heparina (Clexane 60), solicito información y consentimiento previo de la anestesia a utilizar en caso de cesárea de urgencia.

(ACOMPAÑAMIENTO) Mi marido me acompañe en el quirófano

(CONTACTO PRECOZ) El bebé se coloque encima de mi pecho desde el primer momento del nacimiento para permitirle, mientras se termina la cesárea, adaptarse a este mundo exterior y a continuación realizar enganche espontáneo, comenzando así la lactancia.

(NO SEPARACIÓN) No se separe a nuestra hija de nosotros, en ningún momento, y nos acompañe a la habitación.

Esperamos que nuestras 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, asumimos la responsabilidad que nos corresponde en la toma de decisiones.

Atentamente

Doña \_\_\_\_\_ (DNI: \_\_\_\_\_ ) Don \_\_\_\_\_ (DNI: \_\_\_\_\_ )