

NOMBRE  
DIRECCIÓN  
D.N.I.:  
N.H.C.:  
Nº A.S.S.: 38  
TELÉFONO

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

### Ref. PLAN DE PARTO (CONSENTIMIENTO INFORMADO)

**Servicios de:**

- GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
- NEONATOLOGÍA
- PEDIATRÍA

Hospital \_\_\_\_\_

A la atención de los Jefes de Servicio, estimados Sres/Sras.:

Yo, \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_ y número de Historia Clínica \_\_\_\_\_, con fecha probable de parto ¿, en ejercicio del derecho a tomar decisiones informadas que me confiere la Ley General de Sanidad y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica, asumo la responsabilidad derivada del libre ejercicio de dicho derecho, siendo consciente de que, en caso de urgencia después de comunicarme el estado y el plan de cuidados y una vez dada mi autorización, este plan de parto pueda verse alterado.

He realizado mi consentimiento informado basándome en mis anteriores experiencias personales y documentándome con las Recomendaciones de la OMS y la Estrategia de Atención al parto Normal (EAPN), entre otros, que resume aquello que deseo y necesito: "aumentar la calidez y calidad en la atención al parto, sin perder en seguridad y buena atención, evitando los efectos perjudiciales del uso excesivo de tecnología y fármacos; respetando la fisiología del parto, controlando adecuadamente sin intervenir si no hay motivo, y así aumentar el protagonismo de la mujer, el bebé y la familia".

Así pues por medio de este escrito quiero manifestar, con todo el respeto, mi consentimiento voluntario en los aspectos relativos al parto y puerperio inmediato:

**NO DOY MI CONSENTIMIENTO A LAS SIGUIENTES INTERVENCIONES DURANTE EL PARTO**

**(sin haber obtenido previamente mi consentimiento informado):**

- A la canalización de una vía intravenosa. (EAPN, 4.1.4.)
- A la administración de medicamentos (oxitocina sintética, sueros, opiáceos, antibióticos...) (EAPN, 4.1.4.)
- A la monitorización continua y/o interna. (EAPN, 4.1.4.)
- A la rotura de la bolsa amniótica. (EAPN, 4.1.4.)
- A la realización de tactos vaginales ilimitados; debiendo realizarse únicamente los mínimos imprescindibles; no con frecuencia inferior a cuatro horas (según recomendaciones de la OMS y la SEGO) o por personas diferentes. (EAPN, 4.1.4.)
- A la maniobra de Hamilton. (EAPN, 4.1.4.)
- A la maniobra de Kristeller.
- A la realización de episiotomía de forma preventiva o rutinaria. En el caso de que haya desgarros leves o cortes, no suturar. Siendo necesario mi consentimiento para poder realizar dicha intervención (episiotomía medio-lateral con sutura continua de material reabsorbible. (EAPN, 4.1.7.)
- A la inmovilización, especialmente en posición de litotomía. (EAPN, 4.1.6.)
- Al rasurado. Se podrá hacer un rasurado parcial del vello pubiano, si se considera necesario. (EAPN, 4.1.1.)
- Al enema. (EAPN 4.1.2.)
- Al uso de instrumentos en el expulsivo (fórceps o ventosa), salvo indicación por patología y solamente después de haber respetado los tiempos de duración del periodo de expulsivo y de haber recibido la información necesaria para mi consentimiento. (Observaciones: en vista del hecho de que existe una reducción en la probabilidad de morbilidad materna con ventosa extractora comparada con el uso de fórceps, y en presencia de personal con buena experiencia, tendría ésta como primera opción cuando esté indicado un parto asistido) (EAPN, 4.1.9.)

- A la presencia durante mi parto de personas a los que no he dado mi consentimiento expreso que pudieran interferir en el ambiente de intimidad y respeto necesarios para la dilatación y expulsivo.

**DOY MI CONSENTIMIENTO A LAS SIGUIENTES INTERVENCIONES:**

- A la monitorización intermitente y control del bienestar fetal adecuado a las recomendaciones de la OMS, preferentemente con Sonicaid. (EAPN, 4.1.4)

- A la iluminación tenue. (EAPN, 4.1.4.)

- A la atención, a ser posible, por parte de la misma persona durante todo el proceso de parto.

- A la presencia continua de mi pareja, Ángel Javier Curbelo Rodríguez, desde las etapas más tempranas del proceso, para tener su apoyo durante el mismo, sin que tenga que abandonar la habitación en ningún momento. (EAPN, 4.1.3.)

- A la posibilidad de deambular y adoptar la posición de acuerdo a mis necesidades y preferencias, incluido en expulsivo; con el fin de evitar posturas horizontales que puedan entorpecer la irrigación del bebé y mis propios esfuerzos en contra de la gravedad. (EAPN, 4.1.6.)

- A la ingestión de alimentos, principalmente líquidos, según mis necesidades. (EAPN, 4.1.4.)

- A un entorno amigable que ayude a una actitud y vivencia en las mejores condiciones. (EAPN, 4.1.4.)

- A las técnicas de analgesia alternativas a la epidural, informándome sobre los métodos alternativos disponibles: duchas de agua tibia, pelota de dilatación, masajes, almohadas, música, etc. (EAPN, 4.1.5.)

- Deseo que la salida de la placenta se produzca de forma totalmente natural.

**EN CASO DE CESÁREA SOLICITO:**

- La presencia de mi acompañante en todo momento. Asumo el riesgo de infección que conlleve el que una persona ajena al hospital entre en un quirófano estéril y solicito que se facilite en la medida de lo posible el acceso de mi acompañante. (EAPN, 4.1.10.)

- Que no me aten los brazos.

- Que se baje el campo estéril para permitirme ver nacer a mi bebé; además de cuidarse las condiciones para que el primer contacto visual, táctil, olfativo y microbiológico de la criatura sea con la madre. (EAPN, 4.1.10.)
- Que la lactancia se inicie inmediatamente tras el parto, así como el contacto piel con piel ininterrumpido desde el nacimiento; **permaneciendo en estrecho contacto piel con piel con su madre.** (EAPN, 4.1.11.)

### **EN CUANTO A LOS CUIDADOS DE NEONATOLOGÍA, SOLICITO:**

- Que permanezcamos juntos madre y bebé si nuestro estado de salud lo permite. En el caso de que mi salud no lo permita, se ofrecerá a mi acompañante, el padre, la posibilidad de que haga el contacto piel con piel con su bebé. (EAPN, 4.1.11)
- Que no se pince el cordón con latido. (EAPN, 4.1.8.)
- Me gustaría que mi pareja cortara el cordón umbilical si las circunstancias así lo permiten.
- Que la lactancia se inicie inmediatamente tras el parto, así como el contacto piel con piel ininterrumpido desde el nacimiento.
- Que las pruebas necesarias se le realicen al bebé sobre mí, sin separarnos: la identificación y puntuación del test de Apgar. (EAPN, 4.1.11)
- Que no se realicen de forma rutinaria la aspiración de secreciones, el lavado gástrico, el paso de la sonda orogástrica, el paso de sonda para confirmar la permeabilidad de las fosas nasales y el paso de sonda rectal. No son necesarias y no están exentas de riesgo. (EAPN, 4.1.11.)
- Que no se le administre la vitamina K vía inyección, que sea oral.
- Que no se le administre ninguna otra vacuna, sin haber obtenido previamente nuestro consentimiento informado.
- No llevar a cabo ningún procedimiento que interfiera con la lactancia materna, y en todo caso se realizará bajo mi consentimiento informado (administración de sueros glucosados, biberones, suplementos o chupetes). Mi intención y deseo es alimentar a mi hijo mediante la lactancia materna exclusiva desde que nazca, por lo que necesito que esté permanentemente en contacto conmigo sin horarios ni restricciones. (EAPN, 4.1.12.)

- Que se realice el cribado endocrino-metabólico y de la hipoacusia con el acompañamiento de la madre o padre. (EAPN, atención neonatal)
- Que en el caso de que el bebé necesitara cuidados especiales neonatales con el apoyo de una incubadora, solicito poder acompañarle para poder practicar el método "madre canguro", y si yo no pudiera lo hiciera su padre.

Confiamos en que comprendan que deseamos un parto lo más fisiológico posible, participar activamente en el nacimiento de nuestro bebé y tomar las decisiones de forma responsable y consciente. Asimismo confiamos en que podamos ser atendidos como consideramos oportuno, siempre y cuando las circunstancias lo permitan y teniendo en cuenta por encima de todo el bienestar de nuestro bebé. Si durante el parto surgiera algún problema que suponga tener que seguir las intervenciones no consentidas, nos gustaría ser informados debidamente. Estamos seguros de contar con respeto, y depositamos nuestra confianza en ustedes para que el parto sea una experiencia gratificante y enriquecedora para todos.

Asimismo, si se sabe de antemano que alguno de los puntos no va a poder ser atendido ni en las circunstancias de desarrollo de parto más favorables, les agradeceríamos que nos lo notificasen con antelación.

Firmado