

Att. Dr./Dra. XXX

Att. Hospital/Centro Salud XXX

Encontrándome embarazada y con fecha probable de parto para el XXX, y habiéndome informado del desarrollo del proceso fisiológico del parto y el nacimiento, así como de su cobertura sanitaria, tengo el agrado de dirigirme a ustedes a fin de exponer las condiciones en las que deseo se desarrollen mi trabajo de parto, el nacimiento de mi hijo/a y el post parto.

Mi nombre es XXX, el de mi esposo XXX, nuestro primer hijo nació hace XXX años en el Hospital XXX. Elegimos este hospital por su atención respetada al parto (quedamos gratamente impresionados por las salas de parto y las políticas de atención del personal), aunque finalmente mi hijo nació por cesárea, atendida por el Dr. XXX. En este nuevo embarazo esperamos que el parto sea vaginal, como recomienda la OMS y los colegios de profesionales a nivel internacional.

El nacimiento de mi hijo/a es un momento único en nuestras vidas, íntimo y especial; para mí es vital tener un primer contacto inmediato e ininterrumpido con mi hijo/a, que facilite, a través de la piel, la mirada, el olfato, el sonido o el reflejo de succión, el vínculo y la lactancia materna, por lo que solicito un primer contacto piel con piel como recomienda la OMS.

Muchísimas gracias por su atención.¹

Nombre y Apellidos

Dirección

Teléfonos

Mail

PLAN DE PARTO RESPETADO

* Deseo que mi esposo esté conmigo en todo momento: trabajo de parto, nacimiento y alumbramiento de la placenta.

* Queremos un ambiente en la sala de partos de intimidad, silencio y respeto por lo que sólo deseamos que ingresen los profesionales estrictamente necesarios, no ser tratados como enfermos, luz tenue, temperatura adecuada para

¹ Además de nuestros deseos y convicciones, nos han guiado para la confección de este plan de parto por los siguientes documentos: OMS (1996), *Cuidados en el Parto Normal, Guía Práctica*; OMS (2001), *Guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto*; OMS (1985), *Tecnología Apropriadada para el Parto, Declaración de Fortaleza*; PRONSATO (2000), *Tecnologías Apropriadadas Vs. Rutinas Acríticas en Perinatología*; MINISTERIO DE SANIDAD (2007), *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*, España; MINISTERIO DE SANIDAD (2007), *Plan de Parto y Nacimiento de la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*, España; MINISTERIO DE SANIDAD (2010), *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*, España; MINISTERIO DE SANIDAD (2010), *Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas*, España; NNUU, *Convención sobre los Derechos del Niño* (Art. 24).

recibir a nuestro hijo (preferiblemente mayor a 26°C), poner música si lo deseo, etc.; y que se eviten todo tipo de interferencias respetando mi estado de introspección.

* Deseo se facilite mi participación activa como protagonista del parto. Agradeceré todo el apoyo emocional que pueda brindarme el personal sanitario, respetando el tiempo que mi hijo/a necesite para nacer, incluida una pausa entre dilatación y expulsivo.

* Deseamos estar informados de cada procedimiento antes de efectuarlo (motivo y solución a complicaciones incluidos), solicitando nuestro consentimiento.

* Deseo comer ligero y beber durante el trabajo de parto.

* Deseo, de ser posible, un parto no medicalizado y no instrumentalizado. Solicito que las actuaciones del personal sanitario sean basadas en la evidencia científica y no por prevención.

* No consiento procedimientos preparatorios de rutina: afeitado, enema, colocación de vía o cánula intravenosa, etc.

* Consiento la monitorización fetal intermitente (no continua) para moverme y cambiar mi posición durante todas las etapas del parto. Por ello, deseo entrar caminando a la sala de parto, no en silla de ruedas o camilla.

* No consiento, sin previa aprobación expresa de mi parte, la inducción ni estimulación del parto: medicamentos, dilatación manual del cuello del útero, ruptura artificial de bolsa, separación de membranas, etc.

* No deseo que se me ofrezca anestesia preventiva, a menos que yo la solicite ("walking epidural" de ser posible). Agradeceré que se me brinden técnicas de alivio del dolor no farmacológicas ni invasivas: masajes, técnicas de relajación, bañera/ducha caliente, óxido nitroso, inyecciones de agua estéril, uso de materiales de apoyo, etc.

* Es necesario mi consentimiento escrito, o el de mi esposo, para administrarme drogas intravenosas.

* Soliciten siempre mi consentimiento para realizar tactos vaginales: que sean los mínimos requeridos y realizados por la misma persona.

* Deseo esperar a sentir la necesidad de pujar y no quiero ser dirigida (a no ser que se me haya dado anestesia epidural, por lo que necesitaré ayuda), incluso en la elección de la posición para el expulsivo.

* No consiento una episiotomía rutinaria, prefiero sufrir un desgarro.

* Respeten el tiempo fisiológico de salida de mi hijo/a: no forzar la salida de sus hombros y su cuerpo, ni presionar el fondo uterino (Kristeler).

* Deseamos que el cordón umbilical deje de latir antes de cortarlo.

* Deseo que el alumbramiento de la placenta sea natural. Es necesario mi consentimiento o el de mi marido, para usar medicamentos o procedimientos que lo aceleren. No consiento el raspado uterino.

* Deseamos que la placenta sea refrigerada y que se la entreguen a mi esposo.

PLAN DE CESÁREA RESPETADA

* Queremos evitar una cesárea, cuando ésta deba practicarse queremos que se nos expliquen las causas que hacen necesaria la cirugía y autorizarla por escrito. En caso de no poder dar mi consentimiento, mi esposo tomará las decisiones por mí, siguiendo este plan de cesárea.

* Durante la cirugía, deseamos una atmósfera respetuosa y de silencio y en la que se me informe, en todo momento, del avance de la intervención.

* Deseo que mi esposo esté presente incluso en el momento de la preparación y la aplicación de la anestesia. En caso de ser necesaria anestesia general, estará presente durante todo el procedimiento.

* Prefiero anestesia peridural.

* Deseo una incisión transversa suprapúbica (Pfanenstiel).

* No autorizo que me aten durante la cesárea.

* Quiero utilizar mis lentes en todo momento y que se baje la cortinilla para ver a mi hijo en el momento en que sea

extraído.

- * Quiero ser la primera persona en sostener a mi hijo/a después del nacimiento. Si esto no fuese posible, mi esposo será la primera persona en hacerlo.
- * Deseamos que el cordón umbilical deje de latir antes de cortarlo.
- * Deseamos que la placenta sea refrigerada y que se la entreguen a mi esposo.
- * Deseamos que nos pidan consentimiento escrito en caso de realizar estudios complejos fuera de los convencionales (radiografías por ej.) y/o transfusiones de sangre.

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

(EN CASO DE PARTO VAGINAL Y/O DE CESÁREA)

- * Deseo que se retrasen los procedimientos de rutina hasta pasada la primera hora de vida de nuestro hijo/a, siempre que respire independientemente. Según la OMS, este momento, a través del contacto "piel con piel" es el indicado para el inicio de la lactancia y la relación de apego entre mamá y bebé. Pueden controlar su salud encima de mi pecho, y pesarlo y medirlo horas después.
- * Por lo tanto, solicito que coloquen a mi bebé, haya nacido por parto vaginal o por cesárea, sobre mi pecho inmediatamente después del nacimiento, se lo seque y se nos cubra a ambos con una toalla caliente o manta para que no pierda calor e intentar la lactancia temprana.
- * En caso de parto vaginal, quiero sostener a mi bebé durante la expulsión de la placenta y los procedimientos de postparto.
- * En caso de cesárea, quiero tener a mi bebé sobre mi pecho (con ayuda de mi esposo de ser necesario) durante la finalización del procedimiento.
- * Queremos que todos los procedimientos que se le practiquen al bebé (incluso la resucitación) sean hechos en nuestra presencia (o al menos la de mi esposo, quien acompañará al bebé en todo momento).
- * No presto mi consentimiento para que se realice de manera rutinaria aspiración de la vía aérea, ni exploración esofágica ni rectal mediante la introducción de sondas.
- * Solicitamos que la aplicación de Vitamina K sea por vía oral y nos comprometemos a la continuidad de su administración en el domicilio de acuerdo a la prescripción médica.
- * De aplicar alguna vacuna a mi hijo/a, deseamos que esto se realice en contacto físico del bebé conmigo.
- * Deseamos que se postergue la aplicación de gotas en los ojos, para no interrumpir las primeras horas de contacto madre-recién nacido.
- * Por favor, no limpien ni bañen a nuestro hijo/a antes de dármele o dárnoslo. Nosotros le bañaremos cuando lo consideremos oportuno, por lo que solicitamos se nos facilite gasas y agua tibia para limpiarlo. También realizaremos nosotros cualquier otro cuidado e higiene del bebé.
- * Quiero que la recuperación de la anestesia, en caso de cesárea, sea en la habitación junto a mi hijo/a, y no sola en la sala de recuperación.
- * Queremos que mi bebé esté en mi habitación todo el tiempo que dure la internación.
- * No consentimos que se le suministren a nuestro hijo/a suplementos (fórmula, agua o agua con glucosa), únicamente mi leche, ni que se le dé chupón.
- * En caso de necesitar alguna atención o tratamiento especial por alguna complicación o patología, nuestro hijo/a estará las 24 h. con alguno de nosotros dos en Neonatología, sea cual fuere el procedimiento que deban realizarle y visitas dirigidas para el resto de los familiares (abuelos, hermanos). Se le alimentará únicamente con leche materna.
- * Si por algún motivo mi hijo/a necesitara una incubadora deseamos utilizar el método "mamá canguro".
- * En caso de muerte de mi bebé en el útero deseo que su nacimiento sea mediante parto natural, tomando el tiempo que sea necesario. También deseo que mi esposo y yo tengamos la intimidad y el tiempo que consideremos necesarios para despedirnos de él/ella.

PROCEDIMIENTOS HOSPITALARIOS

* Deseamos que se nos informe, por adelantado y por escrito, de las políticas, normas y procedimientos rutinarios del hospital durante la internación madre/bebé, así como de la sala de neonatos en caso de ser necesaria la internación de nuestro hijo/a. Agradeceremos información sobre las funciones y responsabilidades de todo el personal sobre la atención humanizada y respetuosa de madre, hijo y la familia.

* No consentimos ser fotografiados y/o filmados por el personal del hospital antes, durante o después de nuestra atención.

Mi esposo y yo deseamos que el nacimiento de nuestro bebé sea lo más saludable y natural posible, y estamos seguros de contar para ello con todo su apoyo y comprensión, así como con la buena voluntad y la capacidad probada de todos los profesionales que van a acompañarnos en este momento único y vital para nosotros.

Solicito se responda por el recibimiento de esta comunicación y le sea comunicado textualmente al personal de las áreas involucradas.

Entiendo que no bajo todas las circunstancias podrá seguirse mi plan de parto, pero entenderemos por irregularidades el no respetarlo siempre que sea posible, sobre todo en lo referente a la atención rutinaria del recién nacido.

Muchas gracias por su atención.