

Yo, **xxxx**, con DNI **xxxx** y NHC **xxxx** en el hospital **xxxx**, con fecha probable de parto **xxxx**, así como el padre, **xxxx**, con DNI **xxxx**, nos dirigimos al personal del área de paritorio del hospital para comunicarle nuestras preferencias respecto al proceso de parto. Confiamos en el equipo de profesionales que componen su unidad, solamente queremos dejar constancia de nuestro deseo de tener un parto natural y con la mínima intervención posible, lo que coincide en gran medida con el protocolo que nos fue explicado durante la visita preparto. Así, expresamos nuestro deseo de:

CONSIDERACIONES GENERALES:

- Estar **informados** en todo momento sobre la evolución del parto y que se nos haga **partícipes de todas las decisiones** sobre el mismo.
- Que el **padre esté presente EN TODO MOMENTO**.
- **Conocer a todos los profesionales** que intervengan en mi proceso de parto, y a ser posible que me atienda el mismo equipo a lo largo de éste. Que se me pida permiso si durante mi proceso de parto se pretende que intervengan profesionales en formación, respetándose mi deseo de limitar su número si no me encuentro cómoda.
- Que el proceso de parto se realice en un entorno de **intimidad y tranquilidad**, a ser posible con luces atenuadas, y que se me permita escuchar música y usar mi propia ropa.

LLEGADA, DILATACIÓN y EXPULSIVO:

- Que me realicen el **menor número posible de tactos vaginales**, los justos y necesarios. Deseo que los tactos los realice solamente una persona, y siempre la misma en la medida de lo posible, para reducir el riesgo de infección y evaluar mejor la evolución.
- Que se me permita **ingerir líquidos**.
- Que NO me rasuren ni me pongan enema.
- Que NO me pongan ningún tipo de calmante o relajante sin mi consentimiento. Que **NO me pongan analgesia epidural**, salvo que lo pida expresamente y ni mi pareja ni la matrona consigan convencerme de que puedo parir sin ella, tal y como es mi deseo. Sí desearía hacer uso de métodos alternativos para aliviar el dolor. Querría usar la **piscina** de partos, en caso de estar libre y de cumplir los requisitos para ello.
- Que respeten nuestros tiempos y **NO estimulen el parto** poniéndome oxitocina u otra medicación, realizando la maniobra de Hamilton o rompiendo la bolsa amniótica sin necesidad. En todo caso, no sin mi consentimiento. Sólo autorizo la utilización de oxitocina en caso de inducción, parto estacionado o ausencia de contracciones tras la administración de analgesia epidural. En ningún caso se me debe realizar la maniobra de Kristeller.
- Que la **monitorización fetal sea externa** en ventana, para tener libertad de movimiento durante la dilatación. En caso de inducción, entiendo que es necesaria la monitorización fetal continua, pero si la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones se registran de forma correcta con captores externos, **NO AUTORIZO** la monitorización interna.
- Preferiría **NO llevar vía**, a no ser que sea estrictamente necesario y yo dé mi consentimiento.
- Una vez dilatada quiero **empujar de manera espontánea**, sólo cuando sienta ganas de ello.
- Que me dejen **elegir postura** a la hora de pujar.
- Deseo disponer de un **espejo** para, si quiero, poder ver cómo nace mi bebé.
- Que **NO me hagan episiotomía salvo riesgo de desgarro GRAVE o riesgo para el bebé**, y siempre con mi consentimiento. En caso de sutura por posible desgarro o episiotomía quiero disponer de anestesia local.

SI INGRESO CON LA BOLSA AMNIÓTICA ÍNTEGRA:

- Que NO se me realice amnioscopia, registro cardiotocográfico, ni tacto vaginal.

EN CASO DE ROTURA DE BOLSA AMNIÓTICA:

- En caso de que el líquido se tiña de verde, tenga contracciones regulares o fiebre acudiré al hospital inmediatamente, si no acudiré con calma.
- En caso de rotura prematura de membranas a término, líquido amniótico claro y que no se haya desencadenado el parto, no autorizo la realización de tacto vaginal para reducir el riesgo de infección y deseo **esperar lo máximo posible (xxxx h)** a que se desencadene de forma espontánea el parto.

EN CASO DE SER NECESARIA LA PRÁCTICA DE UNA CESÁREA:

- Que ésta se practique en caso estrictamente necesario, no de manera rutinaria o protocolaria.
- Ser informada totalmente y participar en el proceso de decisión.
- Que el padre esté presente en todo momento.
- Estar consciente en todo momento.
- Que no me aten, que sea el padre el que me agarre en caso necesario.
- Administración de anestesia epidural.
- Que me permitan el contacto piel con piel con mi bebé y el inicio de la lactancia materna en el mismo quirófano. En el caso de que no sea posible, que sea el padre quien haga el piel con piel, y que yo me pueda reunir con ellos lo antes posible.

TRAS EL NACIMIENTO:

- Que me pongan a mi bebé sobre mí nada más nacer, contacto **piel con piel**, para poder iniciar la lactancia en ese mismo momento, sin limpiarlo a él ni a mí previamente.
- Si el parto ha sido vaginal, no se me ha suministrado oxitocina ni ha sido necesaria una vía me gustaría dar un margen de **tiempo para que se produzca un alumbramiento espontáneo** de la placenta. Para favorecer el alumbramiento se mantendrá un ambiente tranquilo, cálido e íntimo tras el expulsivo, iniciando cuanto antes la lactancia, y se me animará, si es necesario, a que me ponga en posición vertical. Por el contrario, autorizo el alumbramiento dirigido si el parto no ha cumplido las condiciones previamente indicadas.
- En caso de alumbramiento de la placenta espontáneo, pérdidas sanguíneas normales y que el bebé esté mamando, no deseo la administración de oxitocina sintética después del alumbramiento. Sí autorizo la administración de oxitocina sintética tras el alumbramiento para la prevención de la hemorragia posparto.
- Que el **corte de cordón sea tardío** y nos ofrezcan que lo hagamos la madre o el padre.
- Que **NO le den biberón** a mi bebé sin mi consentimiento.
- Que todas las revisiones y actuaciones que se tengan que realizar a nuestro hijo se hagan en nuestra presencia. En caso de no ser posible, **uno de nosotros acompañará al niño en todo momento.**
- Que se retrase la administración de **vitamina K, vacunas y pomada ocular hasta mínimo 2 h después** del nacimiento. Me gustaría que le fuese administrada al bebé la vitamina K **vía oral**, para lo cual me comprometo a administrar las dosis sucesivas como me sea indicado.

Gracias por su atención y por ayudar a que se cumplan nuestras preferencias.

Atentamente,

XXXX