



Plan de Parto

Nombre y Apellidos:

Fecha:

Este es un documento donde **puede expresar las preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el parto** y el nacimiento de su hijo. Disponer de esta información en el momento del parto puede ser de ayuda para el equipo profesional que atiende el parto, facilitando la comunicación, que puede ser complicada por el estado emocional y físico propios de ese momento.

Es recomendable consensuar o informar de estas preferencias al acompañante elegido para el día del parto.

Este documento no sustituye a los informes proporcionados por los profesionales que realizan el seguimiento del embarazo, y su función no es planificar el desarrollo del parto o el nacimiento, por la cantidad de variables implicadas que de forma impredecible pueden acontecer, sino expresar sus preferencias para aquellos aspectos en los que existen expectativas igual de eficaces y seguras.

Pregunte cualquier duda a la matrona o al médico. Es recomendable acudir a las sesiones de preparación para el nacimiento, ya que pueden ayudar a mejorar la experiencia del embarazo, parto y nacimiento. Además, la información obtenida en dichas clases puede orientar en la elaboración de un plan de parto adecuado a las posibilidades del centro y de cada embarazo en concreto.

Una vez finalizado el plan de parto, sería recomendable repasar su contenido con la matrona o médico que está realizando el seguimiento del embarazo, para valorar posibles incompatibilidades.

La recepción del “Plan de Parto” se hará al ingreso hospitalario por parte de la matrona que le reciba. Así, junto a su acompañante, revisaréis los aspectos recogidos en el mismo, aclarando cualquier duda.

Podrá modificar en cualquier momento cualquiera de las preferencias expresadas en este documento, según el desarrollo de los acontecimientos.

Este documento refleja las posibilidades que ofrece el Hospital Universitario de Toledo y excluye prácticas desaconsejadas, por la evidencia científica.

Si surgen circunstancias imprevisibles, el **personal sanitario** aconsejará la intervención más oportuna y la realizará tras informar adecuadamente. El resto de cuidados se seguirán realizando según las recomendaciones de las guías y protocolos, así como las preferencias expresadas por la mujer en su plan de parto.

Lectura recomendada: *Guía de práctica clínica sobre atención al parto normal*, disponible en:

<http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>

Una vez que se decida su ingreso en el hospital para el desarrollo del parto, la atención sanitaria será lo MENOS INTERVENCIONISTA posible, concentrando todos nuestros esfuerzos en que la asistencia sea respetuosa con la evolución natural y fisiológica del parto y el nacimiento, incluyendo una personalización de la atención.

Si lo desea, estará acompañada por una persona de su confianza durante el preparto, parto y postparto, salvo causa debidamente justificada.

ACOMPAÑAMIENTO	<input type="checkbox"/> <i>Deseo estar acompañada por:</i> <input type="checkbox"/> <i>Deseo estar acompañada sólo por el personal asistencial del hospital</i> NECESIDADES ESPECIALES:
-----------------------	---

Sólo estarán presentes en el parto las personas necesarias, que se presentarán e identificarán para su conocimiento. En la medida de lo posible será atendida por el mismo personal. No obstante esto se verá condicionado por la disponibilidad en cada momento. Le informamos de que nuestro centro tiene profesionales en formación. Dichos profesionales tienen capacidad asistencial, que será realizada siempre bajo la supervisión adecuada y con su conocimiento.

INTIMIDAD	<input type="checkbox"/> Se me facilitará, en lo posible, la privacidad en todo momento del proceso
------------------	---

El hospital le facilitará ropa adecuada para el parto, adaptada a la facilidad de cambio en caso de ser preciso. En caso de emergencia el uso de esta ropa reduce los tiempos de actuación.

AUTONOMÍA PERSONAL	<input type="checkbox"/> Deseo usar mi propia ropa <input type="checkbox"/> Deseo usar la ropa facilitada por el hospital <input type="checkbox"/> Aportaré objetos personales para adecuar el momento del parto al ambiente que prefiero para su desarrollo, siempre que no entorpezcan la atención sanitaria, y haciéndome responsable del cuidado y traslado de los mismos
---------------------------	---

Podrá deambular libremente dentro de la sala de dilatación de acuerdo con sus necesidades y preferencias, y adoptar la posición en la que se encuentre más cómoda, siempre que no condicione el adecuado control del bienestar fetal y materno

MOVIMIENTO	<input type="checkbox"/> Deseo poder caminar durante la dilatación <input type="checkbox"/> Deseo que los profesionales que me atiendan me orienten sobre las mejores posturas en cada momento, y poder elegir <input type="checkbox"/> Deseo poder utilizar material de apoyo facilitado por el hospital (pelotas, silla de partos...) <input type="checkbox"/> Deseo poder utilizar mi propio material de apoyo:
-------------------	---

Recibirá información sobre la evolución del parto y participará en las decisiones sobre el mismo, tras ser informada de las diferentes alternativas

INFORMACIÓN	<input type="checkbox"/> Deseo recibir información sobre la evolución de mi parto y las posibles intervenciones y procedimientos en el parto <input type="checkbox"/> Deseo que la información sobre la evolución del parto y puerperio se le proporcione también a mi acompañante: <input type="checkbox"/> Deseo que la información sobre la evolución del parto y puerperio no se proporcione a nadie más que a mí
--------------------	---

Durante la DILATACIÓN y periodo EXPULSIVO

Durante el parto controlaremos el bienestar del bebé. Esto se hace de forma tradicional escuchando los latidos del corazón. Actualmente se dispone de aparatos que permiten realizar esta vigilancia de forma más precisa y continua en caso necesario.

En caso emplear anestesia epidural será necesario un control continuado.

MONITORIZACIÓN	<input type="checkbox"/> Deseo que se realicen “ventanas” sin monitorización fetal durante el trabajo de parto, si se cumplen los requisitos necesarios para ello <input type="checkbox"/> Deseo monitorización continua durante el trabajo de parto
-----------------------	---

No se administrará ENEMA, a menos que así lo solicite, o que exista una indicación médica específica para ello. En caso de estar indicado, se le informará por qué y se solicitará el consentimiento.

Durante su estancia se cuidarán aspectos como la intimidad, ambiente tranquilo, movilidad, relajación y otros que contribuyen a una disminución de la percepción del dolor. Pida información al personal que sigue su parto e infórmese de las alternativas disponibles antes de tomar decisiones.

ALIVIO DEL DOLOR	<input type="checkbox"/> No deseo que se me ofrezca ningún tipo de analgesia farmacológica, salvo que yo lo solicite <input type="checkbox"/> Deseo analgesia epidural. (He sido informada sobre su eficacia y posibles efectos secundarios). Es precisa la cumplimentación del documento de consentimiento informado antes de su utilización <input type="checkbox"/> No deseo analgesia epidural, deseo utilizar otros métodos alternativos y material de apoyo: <input type="checkbox"/> De entrada, no deseo epidural, prefiero empezar con otros métodos alternativos, pero no descarto su uso <input type="checkbox"/> Deseo decidir el método de alivio del dolor en el momento del parto
-------------------------	--

No está demostrado cuál es la postura o el lugar más adecuado para facilitar el parto. La elección depende de cada mujer y de sus necesidades o deseos en cada fase del mismo. Aunque ello puede verse condicionado por la evolución normal, o no del parto, y por los medios disponibles en cada hospital. En cualquier caso, puede expresar sus preferencias, que serán atendidas en la medida de lo posible.

POSICIÓN	<input type="checkbox"/> Deseo elegir la posición/lugar para el momento del expulsivo Especificar:
-----------------	---

El esfuerzo de empujar para la expulsión del bebé se llama pujo. En un parto normal se debe realizar cuando la mujer siente la necesidad de hacerlo y la dilatación es completa. Empujar en otros momentos y/o de forma continuada no es necesario, ni beneficioso. En situaciones que pueden disminuir la percepción de esa necesidad, como la anestesia epidural, se le indicará cuándo realizarlo.

PUJOS	<input type="checkbox"/> Deseo hacer pujos espontáneos, no dirigidos, siempre que no haya indicación para hacerlos <input type="checkbox"/> Deseo visualizar la salida del bebé mediante un espejo
--------------	---

La episiotomía es un corte que se realiza en el periné para facilitar la salida del bebé en algunas situaciones. Actualmente no se realiza de forma rutinaria. Si fuera necesaria le informarán.

EPISIOTOMÍA	<input type="checkbox"/> Deseo que se haga uso selectivo de la episiotomía, y sólo se realice si es estrictamente necesaria, previa información
--------------------	---

Durante el ALUMBRAMIENTO

El manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración, disminuye el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica. El alumbramiento espontáneo, o fisiológico, es una opción, si la mujer lo solicita.

ALUMBRAMIENTO	<input type="checkbox"/> Deseo un alumbramiento espontáneo, aunque conozco las ventajas del alumbramiento dirigido <input type="checkbox"/> Deseo un alumbramiento dirigido
----------------------	--

El pinzamiento tardío del cordón umbilical (al menos un minuto) debe ser la estrategia de elección en recién nacidos a término y prematuros de cualquier edad gestacional que no requieran reanimación inmediata. Actualmente, según las indicaciones del grupo de reanimación de la Sociedad Española de neonatología, no se recomienda el ordeño del cordón umbilical.

Si usted, o su pareja o acompañante lo desean, **pueden cortar el cordón umbilical**. Siempre con el consentimiento del personal sanitario, y si las circunstancias lo permiten (marque x si es su preferencia).

CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL	<input type="checkbox"/> Deseo, si es posible, que mi pareja/acompañante corte el cordón umbilical <input type="checkbox"/> Deseo que el personal sanitario corte el cordón umbilical <input type="checkbox"/> Deseo el pinzamiento tardío del cordón umbilical, si no hay contraindicación
-----------------------------------	---

Si va a donar de sangre del cordón, se seguirá el protocolo establecido para ello, del que se habrá informado durante su embarazo.

DONACIÓN DE SANGRE CORDÓN UMBILICAL	<input type="checkbox"/> Deseo la donación de sangre del cordón umbilical a Banco Público de sangre, si no hay contraindicación <input type="checkbox"/> No deseo la donación de sangre del cordón umbilical a Banco Público de sangre
--	---

Cuidados del RECIÉN NACIDO (R.N.)

Las actuaciones no urgentes (peso, talla y otros cuidados o tratamientos) en el R.N. se aplazarán para permitir el mantenimiento del contacto madre/hijo-a.

La aspiración de secreciones de forma rutinaria tras el nacimiento en el R.N. sano no es una práctica aconsejable. En caso de ser necesaria se le informará sobre las circunstancias que la motivaron.

El contacto piel con piel (CPP) inmediato tras el parto es una práctica beneficiosa tanto para el R.N. como para la madre. En general se debe colocar al bebé en contacto directo con su madre al menos las dos primeras horas de vida o durante el tiempo que ella desee. En caso de no ser posible se le explicará el motivo. No obstante usted puede expresar sus preferencias en cuanto al CPP tras el parto, así como la participación de su pareja o acompañante.

CONTACTO PIEL CON PIEL (CPP)	<input type="checkbox"/> Deseo que se realice el CPP de forma inmediata al nacimiento, si la situación de la madre y el RN lo permiten <input type="checkbox"/> En caso de no poder realizar CPP materno deseo que se realice el CPP con mi acompañante <input type="checkbox"/> No deseo la realización de CPP de forma inmediata al nacimiento
-------------------------------------	--

Tras el nacimiento, las autoridades sanitarias y organizaciones científicas recomiendan la administración a todos los recién nacidos de:

– **Colirio o pomada antibiótica oftálmica**, en una sola dosis, ya que previene infecciones oculares severas. No obstante es aconsejable retrasar su aplicación en las primeras dos horas de vida para facilitar el contacto visual del bebé con su madre. Se realizará previamente al traslado a la planta de hospitalización tras el puerperio inmediato.

– **Vitamina K**: vitamina administrada para la prevención de la enfermedad hemorrágica del recién nacido. El método de administración más frecuente, y aconsejado, es la vía intramuscular en dosis única. . En caso de rechazo de la vía intramuscular, puede ofertarse la vía oral como segunda opción terapéutica, con el conocimiento de que el recién nacido requerirá varias dosis (dosis de 2 mg al nacer, a la semana y al mes). La utilización de la vía oral no es tan efectiva en la prevención de la enfermedad hemorrágica tardía del recién nacido. Puede demorarse la administración en las primeras 2-4 horas, para una correcta realización del contacto piel con piel.

MEDICAMENTOS PREVENTIVOS TRAS EL NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> Deseo que se realice la profilaxis oftálmica de mi hija/hijo <input type="checkbox"/> Deseo que se realice la profilaxis hemorrágica con administración de vitamina K vía intramuscular dosis única <input type="checkbox"/> No deseo la administración intramuscular de vitamina K dosis única. Decido administración de profilaxis hemorrágica con administración de vitamina K vía oral y me comprometo a la administración de las dosis repetidas que sean necesarias para la correcta profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido
--	---

El baño del recién nacido no es una práctica aconsejable en las primeras horas de vida, para evitar la pérdida de estabilidad térmica, pudiendo retrasarse hasta el segundo día, o más, si las condiciones así lo permiten. En caso necesario se le informará y solicitará su consentimiento.

EL BAÑO	<input type="checkbox"/> Deseo realizar yo misma los cuidados e higiene de mi bebé, si es posible, con ayuda de mi acompañante o pareja <input type="checkbox"/> Deseo que otra persona realice dichos cuidados <input type="checkbox"/> Deseo que el baño se realice antes de las 48 horas de vida siempre que se haya alcanzado la estabilidad térmica de mi bebé y sin interferir en el tiempo recomendable de contacto piel con piel
----------------	--

La lactancia materna es la mejor opción para la **alimentación del recién nacido** y la evolución del puerperio. Ha de realizarse, siempre que sea posible, de forma exclusiva y cuando el bebé lo demande. No deben, por tanto, establecerse horarios ni duración de la toma. Tampoco ofrecer, salvo por indicación médica, suplementos de leche artificial, sueros ni tetinas.

En caso de haber optado por dar lactancia materna a su bebé, el inicio inmediato tras el parto es la mejor opción. Así, se realizará si es su deseo, y siempre que la situación, tanto de la madre como del recién nacido, lo permitan. Para ello, se colocará al bebé sobre el pecho, en contacto piel con piel, dejando que comience a mamar, de forma espontánea, durante el tiempo que precise para ello.

No obstante, existen circunstancias, de tipo personal o de salud, que pueden dificultarla, o impedirla. Así mismo, se le consultará antes de dar cualquier otro tipo de alimentación al bebé, si fuese necesario.

El personal que la atiende le asesorará sobre la forma adecuada de dar el pecho, y en su caso, de cómo preparar y administrar leche artificial.

ALIMENTACIÓN	<input type="checkbox"/> Deseo lactancia materna exclusiva, y que se me facilite su inicio lo antes posible desde el nacimiento <input type="checkbox"/> Deseo lactancia artificial <input type="checkbox"/> Tomaré la decisión más adelante <input type="checkbox"/> Deseo información escrita y verbal sobre grupos de apoyo a la lactancia materna
---------------------	--

Conozco que tengo acceso a más información en:

Guía de práctica clínica sobre atención al parto normal, disponible en:

<http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>

<https://sanidad.castillalamancha.es/plan-de-humanizacion/parto-humanizado-complejo-hospitalario-de-toledo>

Estoy informada de los riesgos y beneficios de cada una de las elecciones que he realizado en este documento.