

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

Doña:
Nº SS:
Dirección:

Servicio de Atención al Paciente
HOSPITAL _____

Estimado/a señor/a

Estoy embarazada y voy a dar a luz en su centro en el mes de _____ de 20_____. En virtud del derecho al consentimiento (y rechazo) informado que me otorga la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Deberes en Materia de Información y Documentación Clínica, les ruego hagan constar en mi historia clínica mi voluntad informada la cual está expresada en presente documento.

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_____

NOTAS IMPORTANTES A COMUNICAR

Alergia a frutos secos,

Rh -

Segundo parto

LLEGADA AL HOSPITAL

(ACOMPANAMIENTO) Solicito estar acompañada permanentemente por mi marido, José Luis Merino García, incluso en caso de cesárea de urgencia.

(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.

(ATUENDO) Deseo llevar propia ropa.

(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 y nutrida 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.

(MATERIALES QUE PROVEE EL HOSPITAL): colchoneta, pelotas, arcos para la cama, cacahuete, piscina, ducha

(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

(NO TRASLADO) Desearía dar a luz en la misma sala de dilatación para no interferir e interrumpir el proceso espontaneo de parto.

(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.

(OTRAS PETICIONES) Desearía que se me aplicaran gasas calientes en el periné para reducir el dolor y prevenir desgarros. También desearía que coloquen un espejo que me permita ver mi vagina y la cabecita de mi bebé saliendo. Me gustaría poder tocar la cabeza de mi bebé mientras empujo y recibir a mi bebé.

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 acompaña en el quirófano

(ENTORNO) Silencio, Explicación del proceso con detalle

(TMV) Transferencia de la microbiota vaginal, con gasa.

(NO INMOVILIZACIÓN) Deseo que mis manos no estén atadas para poder abrazar a mi bebé en el piel con piel

(MANO CÁNULA) Canalizar la vía intravenosa en mi mano no dominante, para que tener la otra mano libre para abrazar a mi bebé.

(ELECTRODOS en la espalda dejando sitio para los, se coloquen en mi espalda en lugar de en mi vientre para que no interfieran en el piel con piel

(CORTINA/PANTALLA) Deseo ver a mi bebé nacer por ello deseo que me suban un poco para poder ver el nacimiento a través de una cortina de plástico transparente. O que bajen la cortina y la coloquen un poco más retirada, para que pueda ver nacer a mi bebé.

(EXTRACCIÓN LENTA) e imitando compresión parto vaginal: para permitir que se le presione un poco el pecho, tal como sucede en un parto vaginal, para limpiar los fluidos de los pulmones y evitar aspiración de las vías aéreas.

(MENOS SEDACIÓN) Deseo estar menos sedada después de la cirugía, lo cual te permite estar más alerta para cuidar de tu bebé

(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 .

PLAN DE NACIMIENTO Y CUIDADOS DEL BEBÉ

(CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL) Deseamos que el pinzamiento del cordón se realice cuando deje de latir y no tenga sangre de mi bebé en su interior. Mi marido, José Luis, 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.

Deseo respetar el primer agarre espontáneo del bebé, con acompañamiento no directivo.

(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 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 solicitamos 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.

En caso de separación por motivos médicos me gustaría que no se diera leche artificial a mi hij@ sin información y consentimiento previo.

(ESTANCIA EN PLANTA DE OBSTETRICIA)

Me gustaría que la estancia en el hospital fuese:
Lo habitual, 48 horas tras el nacimiento:

- Alta precoz y volver para la realización de pruebas metabólicas
- Alta precoz y realización de pruebas metabólicas de forma privada
- con equipo de matronas en mi domicilio

- Alta voluntaria y volver para la realización de pruebas metabólicas
- Alta voluntaria y realización de pruebas metabólicas de forma privada con equipo de matronas en mi domicilio

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.

En todo caso me reservo el derecho a modificar el mismo antes del parto o revocarlo de forma oral total o parcialmente durante el parto y la estancia hospitalaria.

Atentamente

Doña _____ (DNI: _____) Don _____ (DNI: _____)