

PLAN DE PARTO

A la atención de la supervisora de paritorios del [nombre del hospital]

Doña: -----

DNI: -----

Nº Seguridad Social: -----

Don: -----

DNI: -----

Dirección: -----

Teléfono: -----

Estimado/a señor/a:

Estoy embarazada de [número de semanas] y me corresponde su centro para dar a luz en el mes de [mes y año], con fecha probable de parto estimada para el [día y mes]. En virtud del derecho que me otorga la Ley de Autonomía del Paciente a la expresión de mi voluntad informada, para tal fin, mi pareja y yo hemos redactado nuestro Plan de Parto (basado en el Plan de Parto e Nacimiento do Sergas 2013), que remitimos adjunto para que lo incluyan en mi historia clínica. Asimismo, aportamos también el Plan de Parto y Nacimiento del Ministerio de Sanidad, adjunto a este, por ser un documento oficial y reconocer su peso legal. Sin embargo, dado que es un esquema bastante incompleto - cosa reconocida ampliamente por los propios profesionales sanitarios que nos han atendido- deseamos que nuestra atención se rija a través de este Plan de Parto redactado por nosotros, cosa que también especificamos en el del Ministerio.

Todas las decisiones puntualizadas en este Plan de Parto están tomadas tras valorar detenidamente los puntos recogidos en la siguiente bibliografía: Carta Europa de los Niños Hospitalizados del Parlamento Europeo, Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España (julio, 2011), Cuidados desde el Nacimiento del Ministerio de Sanidad (2010), Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) del Ministerio de Sanidad (2008), Guía Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad (2010), Iniciativa Parto Normal de la Federación de Asociaciones de Matronas de España, LEY 41/2022 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva (2018), y Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (julio 2007).

El nacimiento de nuestro bebé va a ser una vivencia única en nuestra vida, por lo que es muy importante que esta experiencia tan trascendental tenga lugar de manera cálida y amable. Entendemos que esto puede suponer un esfuerzo extra para su servicio, pero creemos firmemente que redundará en la calidad del mismo y en la satisfacción no solo de los pacientes, sino también de todo el personal que los asiste.

Dado que mi embarazo es de **BAJO RIESGO** nuestro parto está programado para suceder en la intimidad de nuestro domicilio con el acompañamiento de la matrona profesional privada [nombre matrona], que viene atendiendo partos en casa desde hace años en Asturias. No obstante, somos conscientes de que la naturaleza fisiológica del parto puede hacer que en un momento dado nuestros planes cambien y requiramos hacer un traslado al hospital, tanto de carácter no urgente como urgente. Por ello, ruego ser atendida con respeto, al igual que si mi parto hubiese comenzado en este hospital y que no se realicen contra mí actos que me culpabilicen por las complicaciones que hayan podido surgir, dado que nunca renuncié a la atención hospitalaria y seguí todos los protocolos marcados durante todo el embarazo por mi matrona asignada por la Seguridad Social. Ruego también que a nuestra llegada al hospital se permita pasar y escuche encarecidamente a mi matrona, [nombre matrona], pues ella es quien habrá asistido hasta entonces el parto y quien tendrá el historial y la información que necesiten ustedes para poder seguir atendiéndome una vez haya ingresado. Además, aportamos un anexo a este documento, llamado “Documento de traslado” que facilita la Guía de asistencia al parto en casa (2018) de la Asociación de Matronas del Parto en Casa en Cataluña, ALPACC. Si finalmente necesitáramos de un traslado, nuestra matrona [nombre matrona] aportará este documento oficial debidamente cumplimentado.

En caso de llegar a la semana 42 deseo que se compruebe el bienestar fetal a través de una ecografía y de los registros de latido, así como el estado de envejecimiento de la placenta y el nivel de líquido amniótico para valorar o descartar una inducción. No quiero que sólo por el hecho de llegar a esta semana se me tenga que inducir el parto a no ser que estos indicadores así lo recomienden.

En todo caso, me reservo el derecho a modificar este Plan de Parto o revocarlo de forma oral total o parcialmente durante el parto y la estancia hospitalaria. Asimismo, asumimos que la forma en la que se desenlace el parto puede requerir que algunos de los deseos puntualizados en este Plan de Parto no puedan ser satisfechos. En tal caso, solicitamos se nos informe de la situación y se nos dé tiempo para poder tomar una decisión, ejerciendo de esta manera los derechos que la ley de autonomía del paciente 41/2002 nos reconoce. Como personas adultas y responsables valoraremos la información médica en cada caso y nos dejaremos asesorar por los profesionales, siempre y cuando su guía esté basada en la más actualizada evidencia científica y no en opiniones personales, actuaciones de prevención rutinarias o protocolos hospitalarios, que bajo ninguna circunstancia pueden imponerse sobre los deseos y decisiones tomados por un paciente. Por ello, si alguna de nuestras decisiones fuera en contra de los consejos profesionales o de los protocolos establecidos, pedimos que se respete igualmente, asumiendo la responsabilidad que como padres nos corresponde y haciendo uso de ella.

Confiado en el humanismo y profesionalidad del equipo que compone su unidad, espero que atiendan nuestra petición y contribuyan con ello a que mi parto se desarrolle de manera respetuosa y gratificante para todos los implicados, incluido el personal sanitario.

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.

Rogamos una confirmación por escrito de la recepción de este Plan de Parto por parte de Atención al Paciente, Servicio de Obstetricia y Servicio de Neonatología, así como una respuesta por escrito, si la consideran oportuna. Si fuera más fácil, me encantaría recibir una llamada por teléfono si hay algo del Plan de Parto que quieran aclarar, conocer y/o negociar. Mi teléfono es el [indicar número de teléfono].

Muchas gracias por su mediación.

[Nombre y apellidos madre]

[Nombre y apellidos acompañante]

En _____, a _____ de _____ de _____

LLEGADA AL HOSPITAL

ACOMPANAMIENTO - Solicito estar acompañada permanentemente por mi pareja, [nombre acompañante], sin que se nos pida ni fuerce a separarnos por ningún protocolo, incluidos aquellos que hagan referencia al Covid [EAPN, p. 37, 64]. Solicito que este deseo sea respetado desde el ingreso en el hospital, durante posibles traslados dentro del mismo que deseo hacer a pie [GPC EAPN 5.5.4] (entre salas de dilatación, paritorio, habitación, etc.), y durante la instrumentalización del parto, la realización de cesárea, o ingreso en unidad de cuidados intensivos, si éstos fueran necesarios. Solicito también estar acompañada por mi matrona privada [nombre matrona privada en caso de parto en casa] y que se le otorgue la oportunidad de explicar el desarrollo del parto hasta nuestra llegada al hospital, dado que su conocimiento de los hechos serán vitales para una adecuada continuación de cuidados. Solicito que sean mi pareja y mi matrona quienes realicen todos los trámites correspondientes necesarios para mi ingreso, evitando que el personal sanitario se dirija a mí, para así preservar mi concentración, favoreciendo así la correcta evolución fisiológica del parto [GPC EAPN 4.1.3]. Además, en el momento del ingreso aportaremos el documento oficial "Documento de traslado" debidamente cumplimentado por nuestra matrona [nombre matrona privada en caso de parto en casa], de la Guía de asistencia al parto en casa (2018) realizada por la Asociación de Matronas del Parto en Casa en Cataluña, ALPACC.

INTIMIDAD.- Solicito que se favorezca la intimidad en todas las fases del parto [EAPN, pp.37,38], que se me permita tener la puerta cerrada, disponer de una luz tenue [EAPN, pp. 37, 38], gozar de un ambiente silencioso, poner música con volumen bajo en los momentos que la crea beneficiosa para mí misma y tener una temperatura agradable (no demasiado caliente) para favorecer el proceso fisiológico del parto. Deseo ir vestida en todo momento con mi propia ropa.

PERSONAL ASISTENCIAL.- Solicito la menor presencia de personal en todo el proceso y estar acompañada, si su horario lo permite, por una sola matrona durante todo el proceso [GPC EAPN 4.1.2 y 5.5.3]. Solicito que la entrada de cualquier otro personal sanitario en la sala venga previa petición de permiso y autorización expresa mía y que cuando entren se identifiquen (nombre, puesto y razón de su presencia). No autorizo la entrada de personal en formación (esto incluye estudiantes y residentes).

INFORMACIÓN Y TOMA DE DECISIONES.- Solicito recibir información sobre la evolución de mi parto y ser consultados antes de cualquier intervención que se considere necesaria para mí o para mi bebé. Solicito que cada intervención sugerida vaya acompañada de la explicación de sus beneficios y contraindicaciones y que se me otorgue el tiempo necesario para pensar en ello y tomar una decisión consensuada. Si yo no estuviera en condición de tomar decisiones, será mi pareja, [nombre acompañante], quien lo haga por mí, puesto que es la persona designada por mí misma.

FASE DE DILATACIÓN

VÍA VENOSA.- No consiento que se me ponga ni ofrezca ningún tipo de vía venosa de rutina, dado que la Estrategia de Atención al Parto Normal de España no la recomienda [EAPN, p. 38], no obstante, si hubiera alguna emergencia y fuese necesaria, por supuesto, accederíamos a ponerla.

HIDRATACIÓN-ALIMENTACIÓN.- Solicito comer alimentos livianos e ingerir agua por vía oral, durante todo el proceso, para mantenerme hidratada [EAPN, pp. 37, 38].

RASURADO.- No consiento rasurado de ningún tipo [EAPN, p. 35, 60].

ENEMA.- No consiento la colocación de enemas [EAPN, p.36, 62].

MOVILIDAD.- No consiento inmovilización (especialmente en postura de litotomía) [EAPN, p. 37, 39, 74]. Solicito tener una absoluta libertad de movimientos durante la dilatación y el expulsivo [EAPN, pp. 37,38, 74]. No consiento que se me fuerce a adoptar determinadas posturas para poder realizar exámenes por parte del personal médico. Deseo poder expresar mis emociones libremente (sea gritar, reír, gemir o llorar) [GPC EAPN 4.1.1].

MONITORIZACIÓN FETAL.- Solicito monitorización fetal externa con auscultación intermitente de acuerdo a las recomendaciones de la OMS [EAPN, pp. 37, 38, 67], en lugar de una monitorización continua [EAPN, p. 38], para facilitar mi movilidad. Si la monitorización continua fuera necesaria, solicito que sea en la medida de lo posible inalámbrica, para seguir permitiendo mi libre movimiento. No consiento una monitorización interna [EAPN, p. 38].

MÉTODOS DE ALIVIO DEL DOLOR.- No deseo ningún tipo de analgesia farmacológica y no autorizo a que se me haga ofrecimiento expreso alguno de la misma. Desearía que no se mencione la palabra DOLOR ni se me pregunte por cuánto estoy sintiendo, ya que durante el parto estaré concentrada mentalmente y el uso de determinado lenguaje puede romper fácilmente el equilibrio meditativo que alcance. Conozco los métodos de alivio hospitalarios y en caso de querer uno lo verbalizaré. Por otra parte, solicito que se me ofrezcan los métodos no invasivos ni farmacológicos de alivio al dolor que estén disponibles en el hospital [EAPN, pp. 38, 39] como bañera de partos, ducha, pelota de dilatación (puedo aportarla yo), cuerdas, masajes, inyección de agua estéril, TENS, etc.

OTRAS INTERVENCIONES.- Solicito que 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 (Amniorrexis) [EAPN, p. 38], despegue artificial de las membranas de la bolsa de la pared del útero (maniobra de Hamilton), inducción del parto con oxitocina sintética, gel de prostaglandinas u otros [EAPN, p. 38]. Si existiese indicación médica para alguna de estas intervenciones solicito que se me informe y se me pida consentimiento previo. En caso de ingreso con la bolsa amniótica íntegra,

NO autorizo que se me realice amnioscopia, registro cardiotocográfico, ni tacto vaginal, a no ser que esté expresamente indicado por causa urgente y que en tal caso se me informe y se espere por mi consentimiento.

TACTOS.- No autorizo a realizar ningún tipo de tacto más que aquellos que yo misma pida para poder tener información sobre mi estado de dilatación o un tacto cada cuatro horas en la fase de dilatación y realizados por la misma persona, siguiendo las recomendaciones vigentes de la OMS y la SEGO [EAPN, p. 38; GPC, p.91].

SONDAJE.- No autorizo un sondaje vesical y deseo poder usar el baño para micción natural tantas veces como me lo pida el cuerpo.

FASE DE EXPLUSIVO

Solicito dar a luz en la misma sala de dilatación. Si esto no fuera posible aceptaría el traslado a un paritorio, caminando, siempre que se llevara allí una cama o camilla convencional y siempre que se me permitiera acudir acompañada por mi pareja, [nombre acompañante]. Deseo que se respete el tiempo necesario de transición que mi cuerpo pida, entre el final de la dilatación y el comienzo del expulsivo, sin pretender acelerarlo de forma artificial. Deseo que en el momento del nacimiento haya silencio en la sala para que la primera voz que oiga mi bebé sea la mía y que seamos nosotros, los padres del bebé, quienes descubramos el sexo de nuestro hijo/a. Deseo poder expresar mis emociones libremente (sea gritar, reír, gemir o llorar) [GPC EAPN 4.1.1]. En caso de presentación podálica, nos gustaría que el parto se intentara primeramente por vía vaginal siempre y cuando haya un profesional formado que pueda atenderlo.

POSTURA.- NO deseo dar a luz en un potro obstétrico. Solicito tener una absoluta libertad de movimientos durante la dilatación y el expulsivo (de pie, en cuclillas, a cuatro patas, en silla de partos, en decúbito lateral... o en cualquier otra postura que yo desee adoptar a cada momento) [EAPN, pp. 37,38, 74]. No consiento que se me fuerce adoptar determinadas posturas para poder realizar exámenes por parte del personal médico. Solicito tener acceso a los instrumentos disponibles en el hospital para facilitar esta fase como bañera de partos, ducha, pelota de dilatación (puedo aportarla yo), cuerdas, etc. Solicito el uso de un espejo (puedo aportarlo yo) para poder ver el proceso del nacimiento.

PUJOS.- Deseo que se me permita realizar los pujos de forma libre, sin recibir indicaciones de cuando hacerlos [GPC EAPN 6.5]. En caso de querer saber esta información, la pediré yo misma y en todo caso será para saber cuándo no hacer pujos y así evitar un desgarro. NO consiento que se dirija la salida del bebé, permitiendo así que los giros de cabeza y hombros los haga por sí mismo, ni que se haga una tracción de la cabeza de mi bebé. Tampoco consiento que la matrona o ginecóloga mantenga los dedos dentro de mi vagina para estirar el periné, ni que utilicen lubricantes. No consiento el uso de instrumentos en el expulsivo (fórceps o ventosa), salvo indicación por patología grave y solamente después de haber respetado los tiempos de duración del

período expulsivo y de haber recibido la información necesaria para mi consentimiento. Además, 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 (no admito residentes realizando esta maniobra), tendría ésta como primera opción [EAPN, p. 41]. Deseo que se me ofrezca coger al bebé yo misma una vez haya sacado la cabeza y los brazos.

EPISIOTOMÍA.- NO consiento que se me realice episiotomía de ningún tipo para evitar un desgarro natural, salvo urgencia por sufrimiento fetal grave que deberá ser demostrado por procedimiento diagnóstico y previa autorización verbal por mi parte, y para cuya realización prefiero que sea una episiotomía mediolateral con sutura continua de material reabsorbible, previo uso de anestesia local [EAPN, p. 40, 78]. Agradeceré la no manipulación del perineo durante el expulsivo aunque agradezco y deseo la colocación de paños calientes para proteger su integridad, sin uso de lubricantes ni estiramiento con dedos por parte del personal. En caso de sutura por desgarro (o episiotomía de máxima urgencia) deseo anestesia local.

OTRAS INTERVENCIONES.- NO autorizo la maniobra de Kristeller en el periodo expulsivo bajo ningún concepto [GPC, p. 28, 142-145].

PLAN DE NACIMIENTO Y CUIDADOS DEL BEBÉ

CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL.- Solicito que el pinzamiento del cordón se realice solo cuando éste haya dejado totalmente de latir [EAPN, p. 40] y que se me ofrezca hacerlo a mí misma. Decidiré en el momento y, de no hacerlo yo, lo podría hacer un personal sanitario. Asimismo, solicito alumbrar la placenta de forma natural [GPC, p. 150] y conservarla. Un familiar irá a recogerla para poder refrigerarla a tiempo y debidamente en casa.

CONTACTO PRECOZ Y NO SEPARACIÓN.- Solicito realizar un piel con piel inmediato e ininterrumpido con mi bebé. Solicito que se retrasen todo lo posible las exploraciones de rutina no urgentes (toma de medidas, peso, etc.) que se realizan al recién nacido habitualmente, asegurando que solo se harán una vez mi bebé haya hecho piel con piel durante un periodo de dos horas y haya realizado ya al menos una primera toma, y que llegado el momento el bebé esté siempre acompañado por mí o su padre, [nombre acompañante] [EAPN, p.44; Cuidados desde el Nacimiento, p. 52-53, 60-61, 67, 72-74]. Solicito que aquellas exploraciones de rutina importantes como la identificación y el test de Apgar se realicen con el bebé haciendo piel con piel conmigo [EAPN, p. 43, 44], que el cribado endocrino-metabólico (prueba del talón) y de la hipoacusia se realicen mientras mi bebé esté mamando y que el resto de las intervenciones de carácter urgente (incluida la reanimación) que se deban hacer nada más nacer el bebé se le hagan estando él posado sobre mi pecho haciendo piel con piel también. Si no pudiera realizarse un contacto piel con piel inmediato o prolongado conmigo, solicito que se realice con mi pareja, [nombre acompañante]. Solicito que no se pida a mi pareja y padre de nuestro bebé que se ausente en ningún momento de nuestra presencia hasta que se nos dé el alta hospitalaria y solicitamos que sea un alta hospitalaria precoz. No

autorizamos que nuestro bebé sea llevado a observación de forma rutinaria, ni siquiera las primeras horas. Tampoco que vaya al nido por la noche. (Carta Europea de los Niños Hospitalizados).

INICIO DE LA LACTANCIA.- La alimentación escogida por nosotros para nuestro bebé es la lactancia materna exclusiva. Solicito un inicio de lactancia inmediato y no dirigido durante la primera hora de vida del bebé. Solicito que el bebé tenga la posibilidad de llegar al pecho y engancharse al mismo de forma espontánea. NO autorizo que se le administren biberones de suero o leche artificial, chupetes, ni tetinas sin consentimiento previo mío o de mi pareja [nombre acompañante] [EAPN, p. 45]. En caso necesario, extraeré mi leche para poder suministrársela. (GPC EAPN 8.3). En caso de que yo no pueda dar de mamar a nuestro bebé, solicito que la alimentación la lleve a cabo mi pareja, [nombre acompañante], usando leche de otra madre y a través de la técnica dedo-jeringa.

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO.- Como padres y tutores legales de nuestro bebé, mi pareja [nombre acompañante] y yo solicitamos que se nos informe de absolutamente todas las pruebas necesarias para el bebé y se nos solicite un consentimiento previo.

SONDAJES.- NO autorizo que se le introduzcan al bebé ni sondas nasogástricas ni sondas rectales de rutina puesto que no son necesarias y no están exentas de riesgo [EAPN, p. 43, 44; Cuidados desde el Nacimiento, p. 56-57].

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.- Solicito que la administración de medicamentos se realice pasadas las dos primeras horas de vida del bebé y se lleve a cabo siempre mientras el bebé esté realizando piel con piel conmigo o con su padre [nombre acompañante] [EAPN, p. 44; Cuidados desde el Nacimiento, p. 52-53, 60-61, 67, 72-74].

- **Colirio o Pomada Oftálica:** NO autorizamos su administración.
- **Vitamina K:** deseamos que se administre por vía oral y nos comprometemos a seguir haciéndolo a nuestro regreso a casa siguiendo las pautas indicadas por el personal sanitario.
- **Vacuna de Hepatitis B:** NO autorizamos su administración. Cumpliremos el calendario de vacunación, pero retrasaremos esta primera dosis no deseando que sea puesta a las pocas horas o días de nacer.

MÉTODO MADRE CANGURO.- En el caso de que el bebé precise ayuda para mantener el calor, solicito que se aplique el método Madre Canguro y que en caso de no poder aplicarse conmigo, sea con su padre, [nombre acompañante].

ASEO DEL BEBÉ.- No autorizo que se bañe a nuestro bebé, deseo que permanezca con el vórnix hasta que sus padres decidamos realizar los primeros cuidados de higiene a nuestro bebé [GPC EAPN 8.4].

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES: CESÁREA

En el caso de necesidad imperiosa de llevar a cabo una cesárea de urgencia:

Desearía que en el quirófano haya el mínimo personal necesario y que un miembro del equipo sanitario nos vaya explicando lo que está sucediendo. Durante la cirugía, deseo y espero una atmósfera respetuosa, acorde con el momento trascendente del nacimiento de nuestro bebé. Asimismo, solicito que se mantenga silencio durante el nacimiento para que la primera voz que escuche mi bebé al salir sea la mía [EAPN, p. 42, 95]. Deseo una incisión transversa suprapúbica (Pfannenstiel) para posibilitar eventuales futuros partos vaginales y que antes de hacer la cesárea me pongan unas gasas estériles en la vagina y tras el nacimiento las saquen para pasarlas por la cara y manos del bebé (especialmente nariz y boca) para que se impregne de mis bacterias [EAPN, p. 42, 95]. NO deseo que se usen desinfectantes yodados puesto que deseo amamantar a mi bebé y el yodo está contraindicado. Deseo que seamos nosotros, los padres, quienes descubramos el sexo de nuestro bebé. Asimismo, solicito conservar la placenta. No deseo que se me practique una ligadura de trompas.

ANESTESIA.- Solicito información y consentimiento previo de la anestesia a utilizar en caso de cesárea de urgencia. Mi deseo es tener una anestesia epidural o raquídea, nunca general. No autorizo sedaciones de ningún tipo que eviten que yo esté consciente durante el proceso.

ACOMPANIAMIENTO.- Solicito que mi pareja, [nombre acompañante], me acompañe al quirófano y permanezca allí junto a mí durante todo el proceso [EAPN, 4.1.10], acompañándome de vuelta también a reanimación o a planta. Asumo el riesgo de infección que conlleve la presencia de una persona ajena al hospital en un quirófano estéril.

CONTACTO PRECOZ.- No autorizo que se me ate y solicito que todas las vías que deba llevar se pongan solo en un brazo para poder tener otro liberado para agarrar a mi bebé. Solicito que se baje el campo estéril en el momento de su extracción para poder ver su nacimiento [EAPN, p. 42, 95]. Solicito que inmediatamente después, mi bebé sea colocado sobre mi pecho para hacer piel con piel y favorecer un enganche espontáneo al pecho para iniciar la lactancia de manera inmediata [EAPN, p. 45]. Solicito que se retrasen todo lo posible las exploraciones de rutina no urgentes (toma de medidas, peso, etc.) que se realizan al recién nacido habitualmente, asegurando que solo se harán una vez hayamos regresado a planta y que mi bebé haya hecho piel con piel durante un periodo de dos horas y haya realizado ya al menos una primera toma, y que llegado el momento el bebé esté siempre acompañado por mí o su padre, [nombre acompañante] (Carta Europea de los Niños Hospitalizados). Solicito que todas las intervenciones de carácter inmediato (urgencias, incluida la reanimación) que se deban hacer nada más nacer el bebé se le hagan estando él posado sobre mi pecho haciendo piel con piel, en la medida de lo posible. Si no pudiera realizarse un contacto piel con piel inmediato o

prolongado conmigo, solicito que se realice con mi pareja, [nombre acompañante] (Carta Europea de los Niños Hospitalizados).

NO SEPARACIÓN.- NO autorizo a que se separe a mi bebé de mí en ningún momento salvo urgencias, en cuyo caso solicito que esté permanentemente acompañado por su padre, [nombre acompañante].

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES: INGRESO EN UNIDADES ESPECIALES

En caso de necesidad de ingreso tanto mío como de nuestro bebé en unidades especiales, solicito que se facilite el alojamiento conjunto o la estancia en unidades de puertas abiertas con la posibilidad de practicar la atención Madre Canguro y lactancia materna. En el caso de que mi salud no lo permita, solicito que se ofrezca al padre, [nombre acompañante], la posibilidad de que haga el contacto piel con piel con su bebé [EAPN; p. 43, 44; Cuidados desde el nacimiento, p. 53].

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES: MUERTE PERINATAL

En el caso de muerte de nuestro bebé, su padre [nombre acompañante] y yo deseamos:

- Que no nos separen de nuestro bebé
- Hacer piel con piel el tiempo que necesitemos
- Tomar huellas de sus pies y manos
- Cortar un mechón de su cabello
- Que no limpien ni laven a nuestro bebé, quiero reconocer su olor
- Que puedan verlo otros familiares previa autorización mía
- Poder quedarme con mi placenta
- Pesar y medir a nuestro bebé
- Que incluyan su nombre en los papeles que rellenen con nuestros datos
- Que no se me administre ningún sedante a menos que yo lo solicite
- Ingreso en otra planta distinta a la de ginecología
- No deseo que se interfiera en la subida de la leche

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES: MUERTE MATERNA

En caso de mi muerte, será mi pareja y padre de nuestro bebé, [nombre acompañante], quien tomará las decisiones oportunas a llevar a cabo tanto en relación a mí como a nuestro hijo/a.

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, el Parlamento Europeo y otros organismos y leyes, asumimos la responsabilidad que nos corresponde en la toma de decisiones.

Asimismo, solicitamos que se haga constar todos los procesos del parto en la historia clínica, que la información sea veraz y completa. Que cada entrada

venga firmada, datada y con el nombre y CNP (código numérico personal) de la persona que la realice y que dichos datos estén escritos de una forma legible.

Atentamente.

[Nombre y apellidos madre]

[Nombre y apellidos acompañante]

PRINCIPALES FUENTES CONSULTADAS

- **Carta Europea de los Niños Hospitalizados.** Parlamento Europeo.
- **Código de Ética y Deontología Médica.** Organización Médica Colegial de España. Julio, 2011.
- **Cuidados desde el Nacimiento.** Ministerio de Sanidad. 2010.
- **Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN).** Ministerio de Sanidad (2008).
- **Guía Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal.** Ministerio de Sanidad. 2010.
- **Iniciativa Parto Normal.** Federación de Asociaciones de Matronas de España.
- **LEY 41/2002**, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- **Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva.** 2018.
- **Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto.** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Julio 2007.