



Hospital General Universitario  
**Gregorio Marañón**



# PLAN DE PARTO

Servicio de Obstetricia y Ginecología



# PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

El plan de parto es un documento en el que las mujeres embarazadas pueden expresar sus **preferencias** y **expectativas** con respecto a su proceso de parto y al nacimiento de su hijo o hija. Su objetivo es que tenga la oportunidad de manifestar sus deseos para aquellos aspectos en los que existen alternativas igual de eficaces y seguras.

Esta información escrita servirá de orientación al equipo de profesionales responsables de tu atención en el Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, quienes te aclararán las posibles dudas que te puedan aparecer.

Este documento no sustituye la información que te proporcionarán los profesionales ni la del consentimiento informado. Es un **documento flexible** que podrá ser modificado parcial o completamente según el momento y los acontecimientos que ocurran ese día. En el caso de que surjan circunstancias imprevisibles, el personal te informará de las intervenciones más recomendables y te pedirá tu consentimiento. Se puede elaborar en cualquier momento de la gestación, siendo recomendable alrededor de las **28-34 semanas** de gestación.



Es recomendable, si quieres, acudir a tus **clases de educación maternal** en Atención Primaria para documentarte y elaborar el plan de parto. Así mismo, podrás comentar las alternativas con los profesionales (ginecólogos/matronas) durante el seguimiento de la gestación.

En el momento del **ingreso** en el hospital, conocerás a tu matrona referente, a quién podrás entregar tu plan de parto y valorará la posibilidad de incompatibilidades.

Este documento no contempla opciones como:

- Enema, rasurado perineal, rotura de membranas amnióticas, sondaje vesical, episiotomía, ya que no son prácticas rutinarias en nuestra atención y serán valoradas de manera individualizada.
- Las intervenciones obstétricas como parto instrumental, cesárea o la administración de medicación, sólo se practicarán por indicación médica siendo previamente informada.
- Tras el ingreso se canalizará una vía periférica, por si fuera necesaria una actuación urgente.

# 1. ACOMPAÑAMIENTO

Durante todo el proceso, si la evolución del parto lo permite, podrás estar **acompañada** por la persona que elijas. No se recomienda el intercambio de acompañantes para mantener unas normas mínimas de asepsia. En el momento actual, el acompañamiento de una persona durante el quirófano queda supeditado a la cesárea programada y al criterio del obstetra y/o anestesista.

<input type="checkbox"/>	Deseo	estar	acompañada	por:	.....	
<input type="checkbox"/>	No	deseo	estar	acompañada	por:	.....
<input type="checkbox"/>	Deseo estar acompañada exclusivamente por el personal sanitario.					
<input type="checkbox"/>	Todavía no lo tengo decidido.					
<input type="checkbox"/>	No deseo estar acompañada en ciertos momentos como.....					

## ⚠ CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS:

Tengo las siguientes circunstancias/necesidades que me gustaría que se tuvieran en cuenta en el momento del ingreso.....  
.....  
.....  
.....

# 2. ESTADO FÍSICO Y CONFORT

Si deseas información relativa a la **infraestructura del Servicio de Obstetricia** del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, se puede visualizar en la página:

<https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/profesionales/relacion-especialidades/obstetricia-ginecologia>

En el caso de que desees visitar el hospital, puedes solicitar una cita a través del correo:

[visitamaternidad.hgugm@salud.madrid.org](mailto:visitamaternidad.hgugm@salud.madrid.org)



## INGESTA DE LÍQUIDOS

Durante el proceso de parto está **permitida** la ingesta de agua y bebidas isotónicas, pero no la de alimentos. Si no es posible por alguna circunstancia, serás informada del motivo por el personal

- Deseo poder beber durante el proceso de parto.

## AUTONOMÍA PERSONAL

En el hospital **podrás utilizar tu ropa**, pero el centro no se responsabiliza de que se deteriore durante el proceso de parto. Podrás traer tu música o utilizar aparatos electrónicos si es tu deseo.

- Prefiero utilizar mi propia ropa.
- Prefiero utilizar la ropa que me proporciona el hospital.
- Me gustaría llevar mi equipo de música-aparatos electrónicos.
- Prefiero tener las luces atenuadas.

## INTIMIDAD

Sólo estarán presentes en el parto las personas necesarias que se presentarán para tu conocimiento. El Hospital General Universitario Gregorio Marañón tiene profesionales en formación con capacidad asistencial que actuarán con supervisión.

En caso de presencia o participación de otras personas, se solicitará tu consentimiento con antelación.

- Me gustaría conocer el nombre de los profesionales que me acompañan en el proceso de parto.
- Deseo que se me solicite consentimiento si va a haber personal en formación como observador.
- Se me facilitará, en la medida de lo posible, la privacidad en todo momento.

## INFORMACIÓN

Los profesionales facilitarán un ambiente de **confianza** y **respeto**, transmitiéndote de forma clara la información a ti y a tu acompañante, si es tu decisión.

- Deseo ser informada de los procedimientos que se lleven a cabo, pudiendo elegir siempre que sea posible.
- Prefiero que las decisiones en la elección de alternativas las realicen los profesionales.
- No deseo que se informe a mi acompañante.

## 3. PROCEDIMIENTOS DURANTE LA DILATACIÓN

Son aquellos que ocurren desde el ingreso en la sala de partos hasta la dilatación completa.

### MOVIMIENTO

Durante la fase de dilatación está **permitido deambular libremente**. Se podrá utilizar la **monitorización sin cables** para la vigilancia del bienestar fetal.

- Deseo poder moverme en la sala de dilatación.
- Deseo que los profesionales que me acompañan me orienten sobre las distintas posiciones que puedo utilizar.
- Deseo poder utilizar material de apoyo como: pelotas de pilates, rodetes, cojines....



## ALIVIO DEL DOLOR

Durante el periodo de dilatación, el manejo del dolor así como las **opciones** de tratamiento son muy **diversas**. Puedes solicitar ser informada de las diferentes alternativas.

- No deseo que me ofrezcan ningún tipo de analgesia farmacológica, salvo que yo lo solicite.
- Inicialmente no deseo analgesia epidural, sino métodos alternativos para el manejo del dolor. No descarto utilizarla en una fase más avanzada.
- Deseo decidir el método de alivio del dolor en el momento del parto.
- No deseo analgesia epidural, sino utilizar métodos alternativos para el manejo del dolor (con la colaboración del acompañante):
  - Apoyo psicológico: técnicas de relajación y respiración.
  - Medidas físicas: masaje, presión, aplicación de frío/calor.
  - Cambios posturales.
- Deseo analgesia epidural, previamente seré informada y firmaré el consentimiento.

## 4. EXPULSIVO

Es la fase comprendida desde la dilatación completa hasta el nacimiento de tu bebé. Durante el periodo expulsivo, gracias a la **versatilidad de la cama de partos**, se pueden ofrecer distintas posiciones para buscar un mayor confort, respetando siempre los principios de seguridad y bienestar fetal.



- Deseo ser informada de los distintos tipos de pujos y del inicio de éstos.
- Deseo poder elegir la posición del expulsivo: .....
- Deseo poder visualizar la salida de mi bebé con un espejo.
- Deseo poder tocar la cabeza de mi bebé cuando empiece a salir por la vagina.



## 5. ALUMBRAMIENTO

Es la fase en la que se separa y desprende la placenta, membranas y cordón umbilical, tras el nacimiento del recién nacido. En este hospital se practica un **manejo activo con oxitocina**, ya que reduce la probabilidad de tener una hemorragia postparto.

De manera rutinaria, se pinzará el cordón al recién nacido al menos a los 60 segundos de vida, salvo que precise reanimación el recién nacido.

Nuestro centro está **acreditado** para la **recogida de sangre de cordón**.

- Deseo que mi pareja corte el cordón umbilical.
- Deseo poder cortar yo el cordón umbilical.
- Deseo que se realice pinzamiento del cordón umbilical una vez que éste haya dejado de latir.
- Deseo realizar donación de sangre de cordón al Banco Público.
- Me gustaría que, si fuera posible, se hiciera impresión de la placenta, aportando yo el material.

### ⚠ OBSERVACIONES

---



## 5. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

En nuestro centro se realiza **contacto piel con piel (CPP)** en todos los nacimientos, independiente del tipo de parto. Facilitamos el contacto de la madre con su bebé a no ser que exista alguna contraindicación, favoreciendo el inicio precoz de la lactancia en el caso de deseo materno.



Si el parto fuera por **cesárea**, se realizará el **CPP en el quirófano** y continuará en la sala de reanimación, siempre que el estado materno y del recién nacido lo permita. En caso de interrupción, se realizará con el acompañante.

Algunos cuidados, como la profilaxis oftálmica, antihemorrágica o el peso se pospondrán, esperando a las dos horas del nacimiento o previo al alta a la planta de Obstetricia.

En el caso del baño/aseso del recién nacido, la evidencia recomienda esperar al menos 24 horas.

La **lecha materna** es el mejor alimento para tu bebé, por ello es importante que recibas información sobre los beneficios de la lactancia. En este hospital **favorecemos un inicio precoz de la lactancia**, informando y acompañando el proceso de forma individualizada. Igualmente respetamos la decisión informada de la madre en caso de deseo de lactancia artificial.

## NACIMIENTO DEL BEBÉ

- Deseo realizar CPP tras el nacimiento de forma inmediata, siempre que el estado materno y del recién nacido lo permita.
- No deseo realizar CPP de forma inmediata.
- Deseo que en el caso de no poder realizar CPP con mi bebé lo haga con mi acompañante.

## ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

- Deseo alimentar a mi bebé con mi propia leche.
- En el caso de necesitar un suplemento de fórmula por indicación médica, deseo ser informada.
- Deseo alimentar a mi bebé con leche de fórmula.
- Deseo recibir información y asesoramiento por parte de la matrona de lactancia en caso de necesitarlo.
- Deseo recibir documentación de apoyo a la lactancia.



## CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

- Deseo que se administre la profilaxis con vitamina K intramuscular.
- No deseo que se le administre la profilaxis con vitamina K de forma intramuscular. Consiento la dosis correspondiente por vía oral y ser informada por los pediatras de las potenciales desventajas de esta profilaxis.
- Deseo que se le administre la profilaxis ocular para la prevención de infecciones.
- No deseo que se le administre la profilaxis ocular para la prevención de infecciones y ser informada por los pediatras de los riesgos potenciales.
- Deseo recibir información sobre los cuidados del recién nacido: baño, higiene del cordón, tipo de alimentación, colecho seguro....
- Deseo una cuna de colecho, si está disponible en el hospital.
- Deseo que las pruebas que se le realicen al recién nacido, como el cribado metabólico/auditivo, se hagan en mi presencia o en la de mi acompañante.
- Deseo que la realización de pruebas se practique al recién nacido en mis brazos, en CPP o haciéndolas coincidir con las tomas.

## DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO.....

DNI/NIE.....

FECHA Y FIRMA:

