



PLAN DE PARTO PERSONALIZADO EN
EL HOSPITAL UNIVERSITARIO
INFANTA SOFIA

NOMBRE Y APELLIDOS

INTRODUCCIÓN Y ASPECTOS GENERALES. -

El plan de parto o de nacimiento personalizado es un documento que trata de ofrecer una información objetiva, veraz y necesaria, para que las mujeres y sus familiares conozcan cuales son los procedimientos más habituales con los que se encontrará en el **Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS)** y los recursos con los que podrán contar, intentando disminuir los “miedos” y el estrés que puede generar el nacimiento de un hijo en el entorno hospitalario.

Este documento pretende, a su vez, que la mujer y su familia puedan manifestar y dejar por escrito, sus deseos y expectativas para el momento del parto, promoviendo, como no puede ser de otra manera, la autonomía y la participación de la mujer y sus familiares, desde el ingreso hasta el alta, siempre que las circunstancias médicas lo permitan.

Es decir, el objetivo es mejorar y ampliar la comunicación con el profesional que le atenderá en el parto, con un compromiso de **mantener el plan de parto actualizado, según la evidencia científica disponible** y mediante encuestas de satisfacción o cuestionarios autoadministrados que nos permitan detectar y subsanar, las posibles carencias para **adaptarlo a las necesidades de las mujeres y sus familias que dan a luz en nuestro centro.**

“Promover la autonomía y la participación activa de la mujer y sus familiares”

RECEPCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO. -

A su llegada al servicio de urgencias, entregará su tarjeta sanitaria en el mostrador, siendo derivada por la enfermera de triaje a la **Unidad de Ginecología y Obstetricia.**

En nuestro Hospital, el parto será controlado y asistido, en la gran mayoría de los casos, por su Matrona que, podrá requerir la presencia del obstetra cuando así lo considere o si se presenta alguna de las situaciones recogidas en el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), denominado **“Guía Práctica Y Signos de Alarma en la Asistencia al Parto” y en la “Vía Clínica de Asistencia al Parto Normal” del HUIS.**

Al ingreso el hospital le suministrará la ropa adecuada que creemos que supondrá una ventaja para usted, pues es muy frecuente que acabe manchada y sea necesario cambiarla por otra limpia. Pero no hay objeción si la gestante prefiere usar su propia vestimenta. En este último caso deberá equiparse con varios camisones por si se manchan durante el proceso del parto.

Durante el ingreso se facilitará el acompañamiento continuo por la persona de su elección, sabiendo lo importante y fundamental que supone en muchos casos el apoyo emocional

continuo del acompañante. Dado que el proceso del parto puede ser largo, se permitirá el intercambio puntual del acompañante por solo otra persona, para que puedan descansar, y también será de su elección; siempre se evitará que estos intercambios sean continuos lo que puedan interferir con la esterilidad e intimidad del resto de mujeres que están de parto.

Aconsejamos que no se sature de familiares la sala de espera, que es común tanto para gestantes de parto como para otras actividades de los servicios quirúrgicos; primero por la incomodidad que ello conlleva al poder estar muchas horas esperando y segundo, porque los familiares están sujetos a la Ley de Protección de Datos y no se les puede informar de la evolución del parto, que solo se haría al acompañante elegido por usted, si así lo desea.

En los **partos instrumentales** está permitido que el acompañante esté presente, excepto en aquellas ocasiones en que el obstetra no lo considere aconsejable.

En las **cesáreas programadas, que cumplan los criterios de inclusión especificados en el protocolo de acompañamiento y contacto piel con piel en cesárea**, está permitido que el acompañante pueda estar presente en quirófano en el nacimiento del bebé. Esta opción será consensuada y ofertada en la consulta de obstetricia.

En estos casos, una vez en quirófano, la mujer será acogida por el personal de enfermería y el anestesiista. Cuando la anestesia esté correctamente administrada y todo esté preparado para comenzar la cirugía, será el momento en que entre el acompañante a quirófano, teniendo en cuenta que, si ocurre una situación que desaconseje su presencia, por la seguridad de la madre o el bebé, deberá abandonar el quirófano en el momento que se le indique.

ME GUSTARÍA ESTAR ACOMPAÑADA EN EL MOMENTO DEL PARTO POR:

--

PETICIONES ESPECIALES RESPECTO AL ACOMPAÑAMIENTO

--

PETICIONES RELATIVAS RESPECTO A NECESIDADES ESPECIALES POR DIFERENCIAS DE CAPACIDAD, IDIOMA O CULTURA

- **Debido a mis necesidades o circunstancias deseo que se tenga en cuenta:**

--

PERIODO DE DILATACIÓN-PARTO.-

- ❖ **PROFESIONALES EN EL CUIDADO DEL PARTO.** - Los cuidados durante el proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato son llevados a cabo por la **Matrona** acompañada por un **Auxiliar de Enfermería** del paritorio, intentando, dentro de lo posible, que siempre sea la misma en cada turno quien se encargue del cuidado y atención de la mujer.

“Los cuidados durante el proceso de parto son llevados a cabo por la matrona”

Además, hay un equipo de **Obstetras** las 24 horas del día por si fuese requerida su presencia por el equipo asistencia.

A su vez debe saber que en el Centro existe docencia universitaria, tanto de estudiantes de medicina como de **Médicos Residentes**, cuya asistencia está siempre tutorizada y donde se prioriza la seguridad Madre-

Hijo en todos los actos que realicen, como no podría ser de otra forma.

- ❖ **ALIMENTACIÓN EN EL PROCESO DE DILATACIÓN.** - El **equipo asistencial asesorará de la posibilidad de la ingesta** en función de la evolución del parto. En principio se **podrán ingerir los siguientes líquidos: agua, bebidas isotónicas, zumos sin pulpa.** **El consumo de estos líquidos deberá hacerse de una forma moderada en cantidad, y siempre espaciada en el tiempo, por ejemplo, un vaso cada 60 minutos.**

Una vez comenzada la fase activa del parto, consulte al personal de paritorio sobre la ingesta, por si existiera alguna contraindicación con el fin de prevenir complicaciones si se precisa una cirugía de urgencia.

Tras el nacimiento, y una vez que se valore una evolución normal del puerperio inmediato, se puede reiniciar una dieta habitual.

NECESIDADES ESPECIALES RESPECTO A LA DIETA

- ❖ **MOVILIDAD DURANTE EL PARTO.** - Aconsejamos y **se facilitará la movilidad de la mujer durante el proceso del parto, teniendo a su disposición diversos materiales** (pelotas, arcos para la cama, ...) y utilizando, en la medida de lo posible, monitorización sin cable “telemetría”.

La elección de la mejor posición para el parto depende del deseo de cada mujer en cada fase del mismo, **donde se sienta segura y cómoda**. Sin embargo, puede haber situaciones de riesgo o duda del bienestar del bebé, en que se aconsejen determinadas posiciones que favorezcan la evolución del mismo.

En los partos en que la mujer dispone de analgesia epidural, la movilidad estará más limitada, pero las camas del paritorio son articuladas, lo que nos permite simular gran número de posiciones.

PREFERENCIAS O LIMITACIONES RESPECTO A LA POSICIÓN O MOVILIDAD

- ❖ **MANEJO DEL DOLOR.** - Durante su estancia en el paritorio se cuidarán aspectos como la intimidad, un ambiente tranquilo, sin frío ni luces intensas, facilitando la libre movilidad y la relajación, que contribuye a una disminución de la percepción del dolor y por lo tanto a la necesidad de analgesia.

Si, por el contrario, necesita métodos para aliviar el dolor existen muchas opciones disponibles

Métodos NO FARMACOLÓGICOS:

- Deambulación o libre movilidad.
- Métodos de relajación basados en la respiración.
- Masajes y calor local (bolsa de suero caliente). En el HUIS se dispone de ducha en los paritorios pero no de bañera para el parto.
- Pelotas de Pilates/fitball disponibles para realizar movimientos que sobrelleven mejor el dolor durante la dilatación.

Métodos FARMACOLÓGICOS:

- Óxido Nitroso (Kalinox®) que es un gas que se inhala durante la contracción y consigue un alivio parcial del dolor.
- Inyecciones de una pequeña cantidad de agua estéril cerca de la zona lumbar, útil para los partos con dolor irradiado “a los riñones”.

Analgesia epidural. Si no presenta ningún tipo de contraindicación, a todas las parturientas se les ofrece, si lo desean, la posibilidad de analgesia epidural. Será obligado un manejo más medicalizado del parto que suele requerir una hidratación previa por vía intravenosa y la colocación de un catéter en la espalda. Es una técnica eficaz, no exenta de riesgos, de los cuales la gestante

será informada y tendrá que firmar un documento de consentimiento con el anestesista. Generalmente se utiliza la menor dosis posible para aliviar el dolor al tiempo.

- En algunos centros se está ofreciendo la llamada “walking epidural”; es decir, control del dolor, pero sin afectar la movilidad de las piernas de forma que la gestante puede caminar. Esta eventualidad ha sido valorada por el Servicio de Anestesia y se considera que, hoy en día, no ofrece las garantías y seguridad exigidas para su implantación; se están investigando nuevos fármacos aplicables a este tipo de analgesia de forma que si en algún momento se demostrara un efecto realmente beneficioso para la madre/ recién nacido, se le ofrecería

“La valoración del tipo de epidural se realizará por el anestesista en función de los deseos de la paciente y sus necesidades durante el parto”

SI TIENE ALGUNA PREFERENCIA LO PUEDE ESPECIFICAR AQUI

INTERVENCIONES ESPECIALES DURANTE LA DILATACIÓN. -

En el HUIS se siguen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Por lo tanto, todas las intervenciones que no hayan demostrado clara evidencia científica o se encuentren desaconsejadas se evitarán y no se ofrecerán durante el trabajo de parto.

- ❖ **CANALIZACIONES DE LA VIA VENOSA.** - En el HUIS se **canaliza siempre una vía venosa**. Si bien no hay datos para poder evaluar la eficacia de tener canalizada una vía intravenosa durante el parto, la “prudencia” aconseja tener una vía canalizada y heparinizada para poder actuar rápidamente en caso de que aparezca una hemorragia importante, momento en el cual las venas se colapsan y puede ser muy complicado acceder una vía para poder perfundir rápidamente.

“Se canaliza siempre una vía venosa que puede dejarse heparinizada por si fuera necesario y que no limita la movilidad”

Es decir, la vía se puede dejar heparinizada para su utilización si fuera necesario y sin conectar a un sistema de suero, por lo que no limita el movimiento y no invalida la posibilidad de poder ingerir líquidos (evitando lácteos y comidas copiosas).

- ❖ **MONITORIZACIÓN FETAL DURANTE EL PARTO.**- Si bien en partos de riesgo la monitorización fetal continua ha demostrado su eficacia, en partos de bajo riesgo su uso está en discusión.
Por tanto en embarazos y partos de bajo riesgo es posible realizar una **monitorización fetal intermitente** (escuchar de forma intermitente el latido fetal), aunque esto sólo será posible si la carga asistencial permite la dedicación exclusiva de una matrona a un solo parto.
En los embarazos de alto riesgo se precisa la **monitorización fetal continua** para garantizar el bienestar fetal.
Debe saber que si en el transcurso del parto, éste deja de ser de bajo riesgo, puede ser necesario un control más estricto, habitualmente monitorización continua y el uso de otras técnicas como la medición del pH fetal. La monitorización fetal continua puede ser **externa** (mediante dos captadores sobre el vientre sujetos por dos correas) o **interna** (mediante un cable que se sujeta en el cuero cabelludo del bebé) que permite que la señal que se percibe sea mejor y una mayor movilidad en las posturas adoptadas, ya que no existe una pérdida de señal con el cambio de postura.

INTERVENCIONES DURANTE LA FASE DE EXPULSIVO. -

- **PUJOS (cuando se alcanza la dilatación completa).**- Siempre se respetan los **pujos espontáneos**, animando a la mujer a empujar o hacer fuerza para expulsar el feto, cuando sienta necesidad de hacerlo y esté en dilatación completa.
En el caso de analgesia epidural, existe una disminución de la sensibilidad, por lo que a veces es preciso que los **pujos** sean **dirigidos** por la matrona.

- **EPISIOTOMIA O CORTE QUE SE REALIZA EN EL PERINÉ.** - No se realiza de forma rutinaria, pero tiene que saber que hay circunstancias en que puede ser preciso realizarla como en algunos partos instrumentales o cuando en la fase final del parto hay sospecha de hipoxia (restricción de oxígeno) fetal y no es posible esperar más tiempo, para facilitar la salida del bebé.

- **CONTACTO ÍNTIMO PIEL CON PIEL.** - Tras el nacimiento del bebé se favorece el contacto precoz piel con piel en todos los casos siempre y cuando, las condiciones de la madre y del recién nacido lo permitan y la madre así lo desee, evitando interferencias en este primer contacto como: luces potentes, ruidos que molesten al bebé, etc. Sólo se realizará separación del recién nacido para la valoración por parte del pediatra si fuera estrictamente necesario. En el caso de que por algún motivo la madre no pueda iniciar piel con piel o en el caso de cesáreas urgentes, se ofrecerá realizarlo al padre o acompañante.

CONSIDERACIONES ESPECIALES RESPECTO A LOS CUIDADOS DURANTE LA FASE DE EXPULSIVO

FASE DE ALUMBRAMIENTO. -

Los facultativos del HUIS y las principales Sociedades Médicas recomiendan el denominado **alumbramiento dirigido**, que consiste en inyección de una pequeña cantidad de Oxitocina por vía intravenosa o intramuscular en el momento de la salida del bebé, tracción del cordón y masaje uterino, debido a que reduce de forma considerable la hemorragia postparto si lo comparamos con el manejo expectante. No obstante, aunque no lo recomendamos, si así lo desea puede optar por un manejo expectante que consiste en esperar a que la placenta se desprenda y expulse de forma espontánea.

“Se recomienda el alumbramiento dirigido que reduce de forma considerable la hemorragia postparto si lo comparamos con el manejo expectante”

- **CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL.** - En el HUIS se realiza **pinzamiento tardío del cordón** umbilical como medida rutinaria, excepto si el recién nacido o la madre necesitan asistencia inmediata, exista alguna razón médica para clamarlo precozmente (isoimmunización, infección VIH, ...) o se desea donación de sangre de cordón pública o privada.

NO DESEO LA ADMINISTRACIÓN DE OXITOCINA PARA EL ALUMBRAMIENTO Y ME COMPROMETO A FIRMAR UN DOCUMENTO EN EL CUAL CONSIENTO NO SE REALICE ESTA PRÁCTICA, A PESAR DE HABER SIDO INFORMADA DE LOS BENEFICIOS DE LA MISMA Y LOS RIESGOS DE LA NEGACIÓN (ANEXO I)

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO. -

La valoración inicial del recién nacido se realiza de forma habitual en contacto piel con piel, no separando al bebé de los padres en ningún momento, favoreciendo la lactancia materna y el enganche espontáneo del recién nacido al pecho, salvo que la madre no vaya a realizar lactancia materna o exista alguna contraindicación para la misma. La matrona solucionará sus dudas y la ayudará si lo necesita.

Los padres tienen la autonomía para decidir entre las distintas alternativas de manejo de su hijo, con conocimiento de causa y sin coacción externa. Por tanto, necesitan tener información, que el Servicio de Pediatría pondrá a su disposición.

Durante la estancia en el hospital, se realizarán controles habituales al recién nacido, en presencia de los padres mientras ellos lo requieran. En el caso de que alguna situación grave justificara que se hicieran sin su presencia, se informaría de ello previamente.

Es necesaria la administración de **vitamina K** para prevenir la hemorragia del recién nacido, que podría provocar hemorragia intensa en las primeras semanas de vida con graves complicaciones. La administración se realiza por vía intramuscular, porque es la vía más eficaz. La administración de la vitamina K oral es menos efectiva para prevenir dicha enfermedad y además tiene que administrarse en dosis repetidas y la absorción no siempre es completa.

En caso de que los padres rechacen su administración intramuscular, firmarán un documento donde se les recuerda la menor eficacia para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido, y en el que se hacen responsables del riesgo y de la administración de las siguientes dosis por vía oral.

Es necesaria la administración de **pomada oftálmica** para prevenir la oftalmía neonatal y la colonización por Chlamydia, que puede conducir al desarrollo de secuelas oculares graves e incluso ceguera en el recién nacido. No obstante se retrasará su aplicación en las dos primeras horas de vida para no impedir el contacto visual del bebé con su madre.

A su vez se aplicarán las medidas que el recién nacido necesite según su situación clínica y previa explicación adecuada.

“Se valorará al recién nacido de forma habitual en contacto piel con piel, favoreciendo la lactancia materna precoz y el enganche espontáneo del recién nacido al pecho”

RECOMENDAMOS elaborar el plan de parto alrededor de las semanas 28-32 de gestación, preguntando cualquier duda que pueda surgir en las visitas de seguimiento del embarazo, tanto a la matrona como al obstetra, rellenando si lo desea, el cuadro resumen del plan de parto, sabiendo que en el momento del parto la gestante podrá modificar cualquiera de las preferencias aquí reseñadas.

Cuando la gestante ingrese en el HUIS, se solicitará su plan de parto personalizado, así como el consentimiento informado de asistencia al parto, según lo establecido en el **artículo 4.1 de la Ley 41/2002 del 14 de noviembre**, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La matrona, junto con la mujer y su acompañante, revisará los aspectos recogidos en el mismo aclarando cualquier duda, sabiendo que puede modificar cualquier cuestión sobre la que haya podido cambiar de opinión.

OBSERVACIONES EXPRESADAS POR LA GESTANTE NO RECOGIDAS EN EL PLAN DE PARTO Y QUE DESEA QUE SE TENGAN EN CUENTA

OBSERVACIONES DE LA MATRONA QUE REvisa Y REGISTRA EL PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

CUADRO RESUMEN DEL PLAN DE PARTO

PREFERENCIAS EN EL PERIODO DE DILATACIÓN	Si	No	Indiferente
Ser Informada sobre la evolución del parto			
Elegir la/las persona/as que me acompañarán durante el proceso de parto			
Que mi parto se desarrolle en el ambiente más tranquilo posible			
Utilizar objetos personales (ropa, música, libro, etc.)			
Administración de enema			
Rasurado del vello del pubis			
Libertad de movimientos			
Material de apoyo como pelotas, espejos, cojines, etc...			
Ingesta de líquidos en el proceso			
En caso de que se me tenga que administrar un fármaco, quiero que se me informe y se me consulte			
Monitorización fetal preferida <ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorización continua ○ Monitorización intermitente ○ Monitorización interna 			
Rotura artificial de la bolsa de las aguas			
Estimulación con Oxitocina			
Tratamiento y manejo del dolor <ul style="list-style-type: none"> ○ No deseo en principio ningún tipo de analgesia farmacológica ○ En principio deseo otro tipo de analgesia alternativa de alivio del dolor (apoyo emocional, movimientos, masaje, relajación, calor, etc.) ○ Me gustaría que me pusieran la epidural lo antes posible 			
Que se me realicen los tactos vaginales estrictamente necesarios			
Otros. Observaciones e indicaciones no recogidas en la tabla			

PREFERENCIAS EN EL PERIODO DE EXPULSIVO Y ASISTENCIA AL BEBÉ	Si	No	Indiferente
Adoptar la posición que me resulte más cómoda			
Me gustaría empezar a empujar cuando tenga ganas			
Me gustaría que me indicasen cuándo tengo que empezar a empujar			
Me gustaría que mi pareja me pudiera ayudar todo el rato			
Me gustaría tener un espejo cuando salga el recién nacido			
Me gustaría que no se me hiciese la episiotomía, salvo si es indispensable			
Me gustaría que me pusieran al recién nacido sobre la piel inmediatamente			
Me gustaría que el cordón umbilical fuese cortado una vez que dejase de latir			
Deseo manejo activo del alumbramiento			
Me gustaría dar el pecho en la misma sala de partos			
Donar sangre de cordón <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado 			
Me gustaría que la estancia en el hospital fuese lo más breve posible			
Me gustaría que los primeros cuidados a mi hijo se proporcionasen sin separarlo de mi			
Otros (especificar)			

ANEXO I

DOCUMENTO INFORMADO DE RECHAZO DEL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO O MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE HEMORRAGIA POSTPARTO.

Artículo 8.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

Tras la salida del recién nacido, el parto aún no ha terminado, ya que falta que lo haga la placenta o lo que es lo mismo, el **tercer periodo del parto o alumbramiento**.

En este periodo, además de producirse el desprendimiento y la expulsión de la placenta, también se producen mecanismos de hemostasia local que sirven para disminuir el sangrado. La salida de la placenta no es inmediata a la salida del bebé, ocurriendo normalmente entre 10-30 minutos más tarde, aunque la duración de cada periodo depende de cada mujer y de cada parto.

Existen dos posibilidades de actuación para la tercera etapa del parto: el **manejo expectante y espontáneo** o el **manejo activo o dirigido**.

El **alumbramiento espontáneo** puede considerarse como el final lógico de un proceso fisiológico, y que consiste en esperar a que aparezcan señales de separación de la placenta (alargamiento del cordón, pequeña pérdida de sangre, cambios en la forma y tono uterino, contraído a nivel umbilical) y posteriormente animar a la mujer a pujar con la contracción.

El **alumbramiento dirigido** o manejo activo de la tercera fase del parto, consiste en intervenciones realizadas por el personal que atiende el mismo, diseñadas o dirigidas a facilitar que la placenta se desprenda, como son: la *administración de uterotónicos* (oxitocina, ergometrina o prostaglandinas), siempre y cuando no estén contraindicadas; así como efectuar la *tracción controlada del cordón* y *masaje uterino activo*.

Según la evidencia científica actual el manejo activo del alumbramiento en “todos los partos”, independientemente de la existencia de factores de riesgo (embarazo múltiple, macrosomía fetal, prolongación de la primera y segunda etapa del parto, ...) en comparación con el espontáneo conlleva menor índice de hemorragia postparto, una menor pérdida de sangre y una reducción de la necesidad de trasfusión sanguínea con muy pocos efectos secundarios, como ligero aumento de la presión diastólica, náuseas, vómitos y cefaleas.

Por ello, **la recomendación** de las diferentes organizaciones y sociedades científicas como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO), la Confederación Internacional de Matronas (ICM), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), así como

en la **Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto del Ministerio de Sanidad** y el personal que le va a atender el parto en el Hospital Universitario Infanta Sofía es **la realización de un manejo activo del tercer periodo del parto o lo que es lo mismo un alumbramiento dirigido**.

Rellénesse lo que proceda

D/D.^a _____ , mayor de edad, con domicilio en _____ , calle _____ n.º _____ y con DNI n.º _____ , en representación propia o de D/D.^a _____ , como familiar, representante legal o persona autorizada por el paciente.

Por medio del presente escrito **MANIFIESTO lo siguiente**: He leído lo anteriormente expuesto y he comprendido la explicación que se me ha facilitado, me han permitido realizar todas las observaciones y me han aclarado todas las dudas que he planteado.

Así pues, si bien la recomendación es realizar un alumbramiento dirigido según la evidencia actual mediante las maniobras expuestas en el anverso de este documento, **MANIFIESTO mi deseo de realizar una conducta expectante**, lo cual no impide que durante el parto se pueda cambiar de manejo expectante al dirigido, si así lo solicito o las circunstancias clínicas lo requieren.

En San Sebastián de los Reyes (Madrid) a, _____ de _____ de _____.

Fdo.: La paciente
(o representante legal)

Fdo.: El personal sanitario que atiende el parto
(Nº colegiado: _____)