

COMUNIDAD
DE MADRID

PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO



HOSPITAL EL ESCORIAL.
Servicio de Ginecología-Obstetricia.
Servicio Pediatría y Neonatología |

PLAN DE PARTO

El plan de parto es un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Disponer de esta información por escrito será de gran ayuda para el equipo profesional que atiende en el momento del parto, facilitará la comprensión del proceso y la participación activa tanto de la mujer como la de su pareja o acompañante, y evitará tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable y la mujer se halla centrada en el proceso vivencial. Este documento no sustituye a la información que proporciona el equipo profesional que atiende durante el parto (médico, matrona...).

Se puede elaborar un plan de parto y nacimiento en cualquier momento de la gestación, aunque un buen momento son las semanas 28-32, preguntando cualquier duda a la matrona o al personal médico.

En el momento del parto la gestante podrá **modificar** cualquiera de las preferencias aquí escritas, según su estado y el desarrollo de los acontecimientos.

Se aconseja la lectura de la Guía dirigida a mujeres embarazadas, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad:

http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm

Si surgieran circunstancias imprevisibles, el personal sanitario aconsejará la intervención más oportuna, y la realizará tras informar adecuadamente y pedir el consentimiento.

El parto normal es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (desde la semana 37 hasta casi la 42). *Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento por vía vaginal* y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo.

1.ACOMPAÑAMIENTO

Es recomendable el acompañamiento durante el parto, parto y posparto, si ese es su deseo. La pareja o acompañante podrá participar en todo el proceso, si la evolución del parto lo permite. Durante todo el tiempo que dura tu parto, estarás acompañada por la persona que tú elijas, además del acompañamiento por parte de la matrona del área de partos.

Situaciones especiales respecto al acompañamiento:

-Partos instrumentales.

De forma habitual se permite que los acompañantes estén presentes en los partos instrumentales (fórceps, ventosa, espátulas), pero en determinadas ocasiones, por valoración del especialista, es posible que no sea así.

-Cesáreas.

En las cesáreas programadas con o en las que ocurren durante el proceso del parto se permite el acompañamiento en

quirófano, siempre y cuando no sean de extrema urgencias, se requiera sedación o anestesia general o que se prevean complicaciones graves que desaconsejen la presencia del acompañante

- ☐ Durante el parto deseo estar acompañada por: -----

- ☐ No deseo estar acompañada por: -----

- ☐ Observaciones: -----

- ☐ Necesidades especiales por diferencia de capacidad a tener en cuenta: -----

- ☐ Necesidades especiales por motivos de cultura o idioma a tener en cuenta: -----

- ☐ Idioma principal: -----
- ☐ Solicita traducción: -----
Aporta traductora: -----

2.ESPACIO FÍSICO

Disponemos de 2 unidades de dilatación UTPR 1 y UTPR 2 que se asignarán por orden de llegada. Cada unidad dispone de una cama, sofá para acompañante, aseo con ducha, pelota, espejo y cuna de reanimación neonatal.

Tendrás un ambiente de **intimidad**: puertas cerradas, sólo la matrona y la auxiliar de enfermería, silencio, tranquilidad...Sólo estarán presentes en el parto las personas necesarias. Serás tratada con el máximo respeto, *dispondrás de toda la información y estarás implicada en la toma de decisiones.*

☐ ¿Tiene alguna petición? -----

Marcar según preferencia con una x

☐ Desearía usar mi propia ropa -----

☐ Desearía usar ropa facilitada por el hospital-----

En caso de ropa propia ésta será cómoda y que permita la exploración por parte del personal sanitario.

3.PERIODO DILATACIÓN

Un parto normal tiene 3 etapas. El periodo de dilatación en sí comprende la primera y la segunda etapa:

PRIMERA ETAPA

Fase latente o preparto: desde el inicio hasta los 4 cm, su duración es variable desde horas a varios días.

Fase activa o dilatación: desde los 4cm, momento en el que se considera que el parto está totalmente establecido, hasta los 10cm.

Su duración es variable, depende del número de partos previos, en nulíparas la duración suele ser de alrededor de 8 horas; en multíparas la duración esperada es de aproximadamente 5 horas.

SEGUNDA ETAPA

Desde la dilatación completa, 10cm, hasta el nacimiento del bebé. En esta etapa también hay dos fases.

Fase pasiva: No se percibe sensación de pujo y las contracciones uterinas hacen descender la cabeza del bebé a lo largo de la vagina. Su duración puede llegar hasta las 2 horas en nulíparas, en las multíparas alrededor de 1 hora.

Fase activa: Cuando ya se percibe el deseo de pujo. A partir de ese momento el pujo materno ayuda al descenso y permite el nacimiento del bebé. Su duración puede ser de hasta dos horas en primíparas y de 1 hora en multíparas.

PERSONAL ASISTENCIA: Durante el proceso de dilatación, el parto y el postparto inmediato la atención se llevará a cabo por parte de la matrona acompañada por la auxiliar de enfermería,

intentando que siempre sea la misma. Hay Ginecólogo las 24h del día y, si es precisa su presencia, será requerido por la matrona.

En el centro existe docencia tanto de estudiantes de Medicina, enfermería como residentes de Medicina de familia.

LÍQUIDOS DURANTE LA DILATACIÓN:

El equipo asistencial asesorará las posibilidades de la ingesta en función de la evolución del parto.

En la fase activa del parto se límite la ingesta de alimentos sólidos

Durante la dilatación puedes beber agua o líquidos claros: zumos, bebidas isotónicas. Si es necesario se valorará la hidratación por vía intravenosa.

ELECCIÓN DEL LUGAR Y LA POSICIÓN DURANTE EL PARTO:

Movilidad y libre elección de la posición que encuentres más cómoda, y que camines, la libertad de movimientos hace que adoptes espontáneamente posiciones que te alivian el dolor, mejoran tu bienestar, la autoconfianza y el autocontrol durante la dilatación y el expulsivo.

Posiciones durante el expulsivo:

En la actualidad 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 y deseos. Si hay algún motivo para aconsejar una postura, se le explicará el motivo.

En los partos que la mujer dispone de analgesia epidural, la movilidad está más limitada. Por ello contamos con camas articuladas para poder simular el mayor número de posiciones.

Mis preferencias o limitaciones respecto a la movilidad son:

.....
.....

4.MANEJO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

Medias no farmacológicas para aliviar el dolor.

- Libre movilidad. Es el método más básico para el alivio del dolor.
- Pelota de Pilates. El hospital dispone de varias pelotas en el paritorio y en la planta de maternidad.
- Duchas de agua caliente, Todas las habitaciones y UTPR disponen de ducha.
- Masajes, saco de semillas calientes (te recomendamos que lo traigas).
- Métodos de relajación basados en respiración o técnicas de relajación.

Medidas farmacológicas para aliviar el dolor.

- **Óxido Nitroso:** Se inhala por la propia mujer a través de una mascarilla o boquilla. Tiene la ventaja de tener un rápido inicio y un rápido cese de acción, no se acumula y no detiene las contracciones. Proporciona un moderado alivio del dolor
- **Analgesia epidural:** precisa de vía intravenosa y catéter colocado en la espalda. Proporciona muy buen control del dolor, aunque la movilidad se ve reducida.
- **Analgesia epidural tipo walking:** proporciona menos analgesia, pero permite mayor movilidad. No siempre es factible, dependiendo del momento del parto. El tipo de analgesia epidural será valorado conjuntamente con anestesia en función de las necesidades cuando se solicita.

Si tienes preferencias las puedes especificar aquí

5.INTERVENCIONES

Monitorización fetal: En embarazos de bajo riesgo se podrá realizar de forma intermitente, aunque esto será posible si la carga asistencial lo permite, para poder realizar cuidados uno a uno.

En embarazos de alto riesgo la monitorización fetal será continua para garantizar el bienestar fetal.

Administración de medicamentos para acelerar el parto: No es aconsejable la administración rutinaria de medicamentos (OXITOCINA) para acelerar el parto salvo que exista una indicación clínica. En caso necesario se te informará del motivo y se solicitará tu consentimiento.

Canalización de vía venosa: En nuestro hospital la canalización de vía venosa es imprescindible en los cuidados de un parto normal.

Tactos vaginales: Solo se realizará los tactos vaginales necesarios.

Rotura de bolsa: La rotura de la bolsa amniótica puede ocurrir de forma espontánea antes que comience el parto, durante el parto, o justo en el momento del expulsivo. En ocasiones como en partos estacionados o inducciones es necesario romper de forma artificial la bolsa amniótica para estimular las contracciones uterinas. Esto se realizará previa información y consentimiento de la mujer.

La aceptación de la inducción de parto conlleva habitualmente el uso de oxitocina y/o rotura artificial de la bolsa amniótica.

Consideraciones respecto a las intervenciones durante la dilatación.....

.....
.....
.....
.....

6. PERIODO EXPULSIVO

Pujos: El esfuerzo de empujar durante 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. En situaciones como la analgesia epidural que produce una disminución de la sensibilidad y del deseo de pujo a veces es preciso que los pujos sean dirigidos por la matrona

Episiotomía: No se realiza de forma rutinaria.

Si fuera necesaria te informarán y solicitarán tu consentimiento. Nuestro hospital tiene la menor tasa de episiotomía de la CAM.

Contacto inmediato piel con piel.

Se favorece el contacto piel con piel en todos los casos, siempre que la mama y él bebe lo permitan.

Si por algún motivo la madre no pudiera realizar piel con piel, se ofrece al padre o acompañante.

En los casos de cesáreas se realiza igual que en partos vaginales en el propio quirófano.

Consideraciones respecto a la fase de expulsivo:

.....
.....

7.ALUMBRAMIENTO

Es la tercera etapa de un parto normal.

Se ha demostrado que la administración de una pequeña cantidad de oxitocina por vía intravenosa o intramuscular en el momento de la salida del bebe disminuye la hemorragia post-parto hasta en un 60% de los casos.

Por ello desde el hospital recomendamos el uso de oxitocina para la salida de la placenta.

Puedes solicitar si lo deseas llevarte la placenta, esto lo tienes que pedir con antelación en la consulta de obstetricia y firmar un consentimiento especifico.

Corte del cordón umbilical.

Se realizará un pinzamiento tardío y el corte se realiza habitualmente cuando este haya dejado de latir, excepto cuando.

- Se deba realizar asistencia inmediata al recién nacido en la cuna térmica.
- Se desee realizar donación de sangre de cordón umbilical, para banco público o Privado.

Consideraciones respecto al alumbramiento:

Opciones Cordón umbilical:

- ☐ **Corte del cordón por la pareja/acompañante/la propia madre.** Siempre por indicación del personal sanitario y si las circunstancias lo permiten.
 - ☐ **Deseo, si es posible, que uno de nosotros corte el cordón -----**
- ☐ **Donación de sangre de cordón. He autorizado la extracción de sangre de cordón para su donación-----**

8.NACIMIENTO

Es un momento único, íntimo y especial, en el que se debe procurar que el primer contacto del bebé sea con la madre a través de la piel, la mirada, el olfato, el sonido y el reflejo de succión. Se evitarán luces potentes o ruidos que molesten al bebé, el ambiente será cálido, evitando interferencias en ese primer contacto madre-bebé que facilita la creación del vínculo afectivo y biológico. Se ayudará al padre o a la persona acompañante, si ambos lo desean, a permanecer en ese espacio de intimidad compartida. Los mínimos controles y vigilancia necesarios los realizará el personal sanitario manteniendo el ambiente silencioso y tranquilo.

9.ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIÉN NACIDO

Contacto piel con piel: Tras el nacimiento, si el líquido amniótico es claro y si tú lo deseas, pondrán a tu bebé encima de tu abdomen, piel con piel. Mientras le secan con una toalla precalentada y le ponen un gorrito, la matrona, enfermera de pediatría y/o el pediatra realizarán una valoración inicial que responderá a las siguientes preguntas:

- ✓ **¿El bebé respira y llora?**
- ✓ **¿Tiene buen tono muscular?**

Si las respuestas son afirmativas, el bebé puede permanecer contigo, piel con piel. El contacto piel con piel, a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor, estimula la liberación de la hormona oxitocina materna. La oxitocina produce un incremento de la temperatura de la piel de las mamas de la madre y un primer estímulo para la salida del calostro estableciéndose un vínculo afectivo madre/bebé muy importante para el correcto desarrollo de tu bebé.

PREFERENCIAS PARA ESE MOMENTO:

Aspiración de secreciones y sondajes tras el nacimiento: Esta es una práctica que tras el nacimiento de un bebé sin problemas no se realiza salvo que el pediatra lo considere necesario. En caso de ser necesario se le informará y pedirá consentimiento previo para realizarla.

10. Inicio de la lactancia materna

En nuestro hospital se apoya y se refuerza la lactancia materna. Si deseas darle el pecho, es importante hacerlo de forma precoz, durante las primeras horas de vida de tu bebé. La mayoría de los bebés recién nacidos que permanecen en contacto piel con piel con su madre, consiguen espontáneamente iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida.

¿Qué ventajas tiene el inicio precoz de la lactancia materna?

- Estimula la liberación de oxitocina, favoreciendo la contractilidad uterina y una disminución de la hemorragia postparto.
- La “subida de la leche” suele suceder en menos tiempo.
- El bebé recién nacido tiene un buen reflejo de succión que provoca en la mayoría de los casos un agarre correcto del pecho. Esto origina una sensación de

seguridad en la madre y un aprendizaje en el bebé cuando las mamas aún no están tensas por la subida de la leche.

- Favorece el vínculo afectivo entre la madre y su bebé.
- La primera leche que toma el bebé es el calostro, es “oro puro” ya que no sólo proporciona todos los nutrientes que necesita, sino que además aporta las defensas específicas que le protegerán de infecciones durante los primeros meses de su vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Española de Pediatría, recomiendan la lactancia materna exclusiva, es decir, sólo leche materna, hasta los seis primeros meses de vida, y conjuntamente con otros alimentos hasta al menos los dos años de edad. A partir de los seis meses la lactancia se complementará con la incorporación paulatina de nuevos alimentos, aunque el principal seguirá siendo la leche materna, y así hasta que tu bebé y tú queráis.

Opciones: (marcar con una x según preferencia)

- ☐ Deseo dar lactancia materna a mi bebé-----
-
- ☐ He decidido dar a mi bebé leche de fórmula -
- ☐ Tomaré la decisión más adelante-----

- Deseo contactar con asociaciones de apoyo a la lactancia materna -----
- En mi caso quiero señalar-----

11. PRÁCTICAS DE CONTROL RUTINARIAS DEL RECIÉN NACIDO

¡TODO PUEDE ESPERAR!

En nuestro hospital se retrasan todas las técnicas de control rutinarias hasta que el bebé recién nacido, haya estado en contacto piel con piel con la madre durante, al menos, las dos primeras horas de vida y ya esté estabilizado y caliente.

Identificación del recién nacido: Se realiza en presencia de la madre, antes de salir del área de partos, sin interferir en el contacto piel con piel.

Peso: no es necesario pesar al bebé inmediatamente tras el parto.

Profilaxis de la hemorragia por deficiencia de vitamina K en el recién nacido: para evitar el riesgo de enfermedad hemorrágica neonatal se recomienda administrarla en las

primeras 4 horas tras el nacimiento, sin retrasarla más allá de las 12 primeras horas de vida, por vía intramuscular, una sola dosis. Existe la alternativa de administración oral de la vitamina K, que resulta igual de eficaz siempre que se realice de forma estricta (tratamiento durante 3 semanas).

Opciones: (marcar con una x según preferencia)

- ☐ Deseo que se administre vitamina K IM a mi bebé-----
- ☐ Deseo que se administre vitamina K oral a mi bebé tras el nacimiento y me comprometo a la continuidad de su administración en domicilio de acuerdo a la pauta que se prescriba -----

Si se desea exponer algún comentario, sugerencia o indicación al respecto, hacerlo a continuación

Profilaxis de la oftalmia neonatal: para la profilaxis ocular se utiliza pomada oftálmica de eritromicina al 0,5% o tetraciclina al 1%. Se realiza después de la primera hora de vida para evitar que el contacto visual madre-bebé se vea alterada.

Opciones: (marcar con una x según preferencia)

- ☐ Deseo que se administre la profilaxis a mi bebé-----
- ☐ No deseo que se administre la profilaxis-----

Baño: Se realiza cuando la madre lo solicita, generalmente a partir de las 24 horas de vida. El personal de la planta de maternidad ayudará a adquirir las habilidades necesarias y a resolver dudas respecto al cuidado del bebé.

Opciones: (marcar con una x según preferencia)

- ☐ Deseo que me ayuden con el cuidado y la higiene de mi bebé-----
- ☐ Deseo realizar yo misma los cuidados y la higiene de mi bebé, si es posible-----
- ☐ Deseo realizar los cuidados y la higiene de mi bebé con mi acompañante o pareja -----

12. COHABITACIÓN MADRE-RECIÉN NACIDO y DURACIÓN DE LA ESTANCIA

La duración de la estancia se ajustará a la situación de salud tanto de la madre como del recién nacido. Lo habitual son 48 horas si el parto ha sido vaginal o 72 horas si ha sido mediante cesárea. En los partos sin complicaciones graves, madre y bebé compartirán siempre la misma habitación. Esta habitación será individual siempre que las necesidades del servicio lo permitan. En el caso de ingreso de uno de ellos se facilitará el alojamiento conjunto madre-bebé o la estancia de la madre en la sala de lactancia (acondicionada para ello) en el caso de ingreso del bebé.

DESEARÍA:

13. ¿QUÉ TENGO QUE PREPARAR?

Para la madre:

- ✓ D.N.I, tarjeta sanitaria y la historia del embarazo.
- ✓ *El hospital te facilita batas, camisones y compresas.*
- ✓ Si quieres utilizar tu ropa, necesitas al menos 3 camisones abiertos de manga corta, bragas desechables de red o rejilla, compresas postparto, calcetines, sujetador de lactancia (sin costuras), bata, zapatillas, neceser para aseo personal y la ropa para la vuelta a casa.
- ✓ Mp3 con la selección de música que te ayude a concentrarte y a relajarte (podremos utilizarla durante la dilatación)

Para el bebé:

- ✓ *El hospital te facilita bodys y pañales.*
- ✓ Tienes que traer un gorro de primeras horas de vida de algodón, calcetines que podrás usar como manoplas para no arañarse la cara, toquilla de lana en invierno y de algodón en verano, toallitas infantiles para pieles sensibles y la ropita que le vayas a poner para tu vuelta a casa.

- ✓ No traigáis objetos de valor, ni metálicos (tipo piercing, horquillas) tampoco las uñas pintadas...

¡RECUERDA!

- Debes tener la silla de seguridad infantil instalada en el coche.

OBSERVACIONES Y OTROS ASPECTOS NO CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO

DOCUMENTO FIRMADO POR:

D^a-----

Declaro que he leído el presente documento y he cumplimentado las opciones que he estimado convenientes para determinar mi "Plan de Parto y Nacimiento". 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.

Fecha:

Firma: