

PLAN DE PARTO

NOMBRE MADRE, con DNI **XXXXXXXXXX**, y **NOMBRE PADRE**, con DNI **XXXXXXXXXX**, hemos redactado este plan de parto de manera que el nacimiento de nuestro hijo se ajuste a un marco óptimo de acuerdo con los criterios del *Parto Natural*. Y haciendo uso del derecho que nos 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 nuestra historia clínica nuestra voluntad.

La fecha prevista para el parto es el **XX** de **XXXX** del **XXXX**. Todo el embarazo ha transcurrido sin complicaciones y no es considerado un parto de riesgo.

Este plan se ha diseñado siguiendo criterios de la OMS, experiencias de padres recogidas dentro y fuera de nuestro país, material divulgativo diverso y marco legislativo español.

La generalidad de los puntos descritos está sujeta o condicionada a que el proceso de parto sea normal y sin anomalías. De acuerdo con la OMS: **"En un parto normal debe existir una razón de peso para interferir en el proceso NATURAL"**.

En consecuencia deseamos que cada vez que exista un motivo de riesgo para modificar el plan general de parto se nos comunique para autorizar las variaciones sobre el mismo.

En caso de que la madre no esté en condición de tomar decisiones acerca de procedimientos o intervenciones sobre ella y el bebé, la decisión recaerá en **NOMBRE PADRE**.

Nos gustaría mucho que la persona/s que nos asistiera durante el parto estuviese a favor del parto natural y a la vez conociera las disposiciones de la OMS.

General

1- Presencia de **NOMBRE PADRE** en todo momento. Derecho a preguntar sobre el proceso si se sospechase que no se está respetando el plan establecido.

La mujer de parto debe estar acompañada por las personas con las cuales ella se encuentre cómoda: su marido, su mejor amiga, la matrona o la doula.
OMS

Un apoyo continuado y físico supone grandes beneficios, como partos más cortos, un uso menor de medicación y analgesia epidural, un menor número de niños con tests de Apgar inferiores a 7 y menos partos instrumentales
Klaus 1986; Hodnet y Osborn 1989, Hemminki 1990, Hofmeyr 1991

2- Pedimos, en todo momento, un ambiente tranquilo y que no aparezca más personal médico del necesario.

La privacidad de la mujer en el lugar donde se vaya a dar a luz debe ser respetada en todo momento. Una gestante necesita su propia habitación para dar a luz y el número de personas presentes debe estar limitado al mínimo necesario.
OMS

3- Que la atmósfera de la sala de parto sea lo más serena posible, y se propicie un ambiente respetuoso con la voluntad y los ritmos de la madre y toda persona que desee presenciar el parto tendrá que solicitar nuestro permiso. Deseamos el menor número posible de observadores sanitarios.

4- No queremos un parto inducido.

5- No queremos que se apliquen enemas.

Antes

6- Evitaremos la colocación de la vía intravenosa, a menos que sea realmente necesario. Dentro de esta petición se incluye también la administración intravenosa de fluidos. A menos que no sea realmente necesario, no la aceptaremos.

Es una práctica ineficaz que debería eliminarse en cualquier parto normal. Las infusiones intravenosas rutinarias interfieren con el proceso natural y restringen los movimientos de la mujer.
OMS

7- Consideramos importante el acceso a líquidos y/o comida sólida si apetece durante la primera fase del parto. Durante la 2ª fase y hasta el final, mantener la ingesta de líquidos por vía oral y a demanda.

Un parto requiere una cantidad enorme de energía. Como la duración del parto y nacimiento no pueden ser previstos, las fuentes energéticas deben estar garantizadas de cara a lograr un bienestar materno y fetal. Una restricción severa de fluidos puede conducir a una deshidratación y cetosis. Este problema, comúnmente se trata con una infusión intravenosa de glucosa y fluidos (...) El uso excesivo de soluciones intravenosas sin sal puede conducir a una hiponatremia, tanto en la madre como en el feto.

OMS; Lucas 1980; Rutter 1980; Tarnow-Mordi 1981 Lawrence 1982

8- No aceptamos el rasurado de la zona genital.

Durante

9- No deseamos la monitorización fetal continuada, sólo la aceptaríamos en el caso en que el parto fuese de riesgo. Preferimos que se utilice un fetoscopio o un aparato Doppler manual.

Una ventaja de la auscultación intermitente es su simplicidad, un buen ejemplo de tecnología apropiada, bajo precio y facilidad de uso, además de ofrecer libertad de movimientos a la mujer.

El electrodo interno proporciona un índice muy alto de falsos positivos y un número muy elevado de intervenciones innecesarias, especialmente si se trata en mujeres de bajo riesgo.

OMS; Curzen 1984; Borthen 1989

La auscultación permanente incluye una restricción de movimientos durante la aplicación y la baja especificidad con las consecuentes intervenciones.

OMS

Uno de los inconvenientes de la monitorización electrónica es que tanto las matronas como familiares centran más su atención en la máquina que en la propia mujer.

OMS

El índice de cesáreas y de partos instrumentales ha sido más alto en todos los grupos electrónicamente monitorizados.

OMS; Haverkamp 1976; Neldam 1986

10- Que las visitas y los controles de dilatación sean efectuados siempre por la misma persona, y que antes de proceder a la visita, la madre sea informada de lo que se le va a hacer.

11- Limitar los exámenes vaginales a los estrictamente necesarios.

El número de exámenes vaginales se debe limitar al estrictamente necesario; durante la fase de dilatación generalmente una vez cada cuatro horas es suficiente, tal como se prescribe en el manual para el uso del partograma (OMS 1993). Si el parto progresa con rapidez, las matronas expertas pueden limitar el número de exámenes a uno.

OMS

12- Que se respete la intimidad y privacidad, de tal forma que solo entre en el paritorio el número indispensable de personas.

13- Evitaremos la anestesia epidural durante el parto al igual que la administración de oxitocina o cualquier otro derivado. Si, por cuestiones de riesgo se debe administrar anestesia epidural, pedimos se nos consulte y en cualquier caso no se administrará por debajo de 5 cm de dilatación.

Utilizaremos técnicas de relajación natural, respiración, masajes, cambios de posición, homeopatía y Flores de Bach.

Muchas mujeres sienten alivio del dolor tomando una ducha o baño (...) masajes dados por el acompañante (...) técnicas para concentrar la atención, como técnicas de respiración, relajación y preparación oral, alejando la atención del dolor (...) prácticas psicosomáticas como hipnosis, música y retroalimentación biológica. (...) Prácticas que reactivan los receptores sensoriales periféricos.

OMS; Erkolla 1980; Nesheim 1981; Budsen 1982; Harrison 1986; Hughes 1986; Thomas 1988

Los efectos secundarios maternos de la petidina son hipertensión ortostática, náuseas, vómitos y mareos. Todos los fármacos sistémicos (...) atraviesan la placenta (...) y producen depresión respiratoria fetal y conductas neonatales anormales, incluyendo el rechazo a mamar. El Diazepam puede producir depresión respiratoria neonatal, hipotomía, letargia e hipotermia.

OMS; Dalen 1969; Catchlove y Kafer 1971; Flowers 1969; McCarthy 1973, McAllister 1980

Con la epidural hay una tendencia a que el periodo de dilatación se alargue ligeramente y que sea más frecuente el uso de oxitocina. Esto obliga a incrementar el uso de instrumental ya que suprime el reflejo del pujo. Un estudio americano demostró un incremento en el uso de cesáreas, especialmente cuando se administró antes de los 5cm de dilatación.

OMS; Thorp 1993

Un estudio observacional sugirió que no existía relación directa entre alivio del dolor y satisfacción.

OMS; Morgan 1982

La analgesia epidural es uno de los más claros ejemplos de medicalización de un parto normal, haciendo de un efecto fisiológico un procedimiento médico.

OMS

Los efectos sobre una posible retención de placenta no están claros todavía, aunque existen algunos datos que sugieren el uso rutinario de oxitócicos incrementa el riesgo de retención placentaria.

OMS

14- Pedimos al personal médico que se abstengan de practicar una amniotomía.

No es posible determinar que una amniotomía temprana tenga una clara ventaja sobre el manejo expectante o viceversa. Y es por esto, que en el parto normal debería existir una razón válida para interferir con el proceso espontáneo de la ruptura de las membranas.

OMS (Fraser 1991, 1993, Barrett 1992).

14- En el momento de empujar pedimos que los pujos no sean dirigidos, sino que se sucedan de forma espontánea. Los pujos espontáneos más cortos parecen ser mejores
Sleep 1989

15- Que no se practique una episiotomía, ni si quiera en caso de un pequeño desgarró.

Se han hecho ejercicios para trabajar la musculatura perineal y sabemos que es más fácil curar un desgarramiento natural que no un corte hecho con bisturí. Aceptaremos cualquier ayuda con paños calientes en la zona.

No existe evidencia alguna de que la episiotomía ejerza ningún efecto protector sobre la condición fetal, pero sí la hay en lo referente a que esta pueda producir daños. El uso liberal de la episiotomía se asocia con índices mayores de daño perineal y un menor número de mujeres con periné intacto.

Pel i Hess 1995
OMS

16- Que se respete la libertad de movimiento de la madre y su capacidad para escoger la postura más conveniente para el parto, tanto en el proceso de dilatación como en el expulsivo, evitando la posición de decúbito supino, ya que no saca provecho alguno de la fuerza de la gravedad.

Durante la fase de dilatación del parto, la posición supina afecta al flujo sanguíneo provocando compresión aorto-cava comprometiendo la condición del feto. También reduce la intensidad de las contracciones. Ponerse de pie o tumbarse de lado se asocian con una mayor intensidad y eficacia de las contracciones (su capacidad para conseguir dilatación del Cervix)

OMS; Flinn 1978; McManus y Clader 1978; Williams 1980; Chen 1987

Cuando las membranas están rotas y la cabeza está suficientemente fija en la pelvis, la mujer puede elegir la posición que ella prefiera. Es frecuente cambiar de postura, ya que a lo largo del parto ninguna postura resulta cómoda durante un largo periodo de tiempo.

La movilidad de la mujer suele estar limitada por los protocolos del parto, presencia de vías intravenosas o el equipo de monitorización. En los casos en los que se facilita la movilidad el parto resultó menos doloroso y hubo menos necesidad de anestesia.

OMS; Chan 1963; Flinn 1978; McManus y Clader 1978; Diaz 1980; Williams 1980; Hemminki 1983; Melzack 1991)

Las alteraciones en el ritmo cardíaco del feto se reducen significativamente en la posición vertical.

Flynn 1978

La posición vertical durante la segunda fase del parto ofrece muchas ventajas sobre la posición dorsal: facilita el pujo, reduce el dolor, menos trauma perineal y vaginal, así como menos infecciones. Reducción del tiempo de parto.

OMS; Stewart 1983, Liddell i Fischer 1985; Cehn 1987; Johnstone 1987; Gardosi 1989; Crowley 1991; Allahbadia i Vaidya 1992; Bhardwaj 1995

Menores alteraciones cardíacas del feto o del PH de la arteria umbilical superior

OMS; Stewart y Spiby 1989; Waldenstrom i Gotvall 1991

Presumiblemente, la tracción controlada del cordón, tal como se describe en los manuales, se realizaría más fácilmente en la posición vertical.

OMS

17- No queremos que se practique en absoluto la maniobra de Kristeller.

Después

18- Queremos que las luces de la sala de partos fueran lo más bajas posible durante el parto para no molestar al niño una vez nazca. De igual manera se requerirá que el nivel de sonido sea el más bajo que la actividad del personal médico pueda permitir.

19- Dejar el cordón umbilical sin cortar y sin pinzar hasta que pare de latir. Una vez lo haya

hecho, será el padre o la madre quién lo corte.

Niños a los que se les practicó un pinzamiento temprano del cordón tienen valores más bajos de hemoglobina y hematocrito.

Prendville y Elbourne 1989

El pinzamiento tardío (o incluso el no pinzamiento) es el medio fisiológico de tratar el cordón y el pinzamiento temprano es una intervención que necesita de una buena justificación. La transfusión de sangre de la placenta al niño, si se realiza el pinzamiento tardío, es un proceso fisiológico y los efectos adversos son improbables, al menos en casos normales.

OMS

20- Se colocará al niño en el pecho de la madre después de nacer para empezar el vínculo piel con piel e iniciar el amamantamiento.

Hay que animar al amamantamiento temprano, a ser posible en la primera hora postparto

OMS /UNICEF 1989

21- Permitir que la lactancia ayude al desprendimiento de la placenta. No tener prisa porque ésta salga, puede tardar más de media hora en salir. Si cree necesario efectuar una extracción manual se consultará con la parturienta y con su acompañante.

En ambos ensayos el manejo activo condujo a una mayor sensación de náuseas, vómitos e hipertensión; probablemente producidos por el uso de ergonometrina.

Prendville et al 1988, Begley 1990.

OMS

22- La placenta se guardará en un recipiente suministrado por los padres para su uso posterior.

23 – Se esperará a limpiar al niño, pesarlo y medirlo, ya que no hay ninguna prisa. Permitir el contacto con los padres todo el tiempo necesario. Evaluación del niño ante nuestra presencia. Aceptamos que al bebé se le realice el test de Apgar y revisiones no invasivas. No permitiremos que se le introduzca ninguna sonda del tipo que sea sin presentar signos patológicos. Tampoco el dedo (permeabilidad anal).

24- En el caso de la limpieza ocular consideramos preferible el uso del suero fisiológico frente al colirio o las pomadas. No deseamos que se le pongan colonias ni jabón para limpiarlo.

El colirio contiene dexametasona y gentamicina, especifica su uso oftálmico, y su contraindicación en menores de 2 años.

Otros componentes del colirio son la tetrizolina, es un potente vasoconstrictor que puede producir depresión del sistema nervioso central y por tanto desde somnolencia hasta depresión respiratoria y coma, y el cloruro de benzalconio: es un amonio cuaternario con propiedades antisépticas y desinfectantes, del que se han descrito por vía inhalatoria reacciones de broncoconstricción incluso con parada respiratoria en un paciente.

Disinfectants: The Council of the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. Martindale. The Extra Pharmacopoeia. 34.ª ed. London: Royal London Pharmaceutical Society; 2005. p. 785.

25- Evitar administrar vía parenteral medicación, vacunación o suplementos vitamínicos. Se buscarán siempre alternativas para evitar la vía parenteral. La vitamina K se administrará oralmente. El diagnóstico precoz se hará de forma privada.

26- Si es necesario separar al niño de su madre por cualquier tratamiento médico, Aitor lo acompañará en todo momento. Si por algún motivo el niño no pudiese estar en la habitación, pedimos que se nos traiga en los momentos en que dé muestras de tener hambre o cada hora como mínimo.

27- No se le dará ningún tipo de biberón con agua, leche maternizada u otros componentes, ni ningún chupete.

En caso de Cesárea

28- Queremos estar juntos en todo momento.

29- La madre quiere tener las manos libres para tocar al bebé

Solicitamos

Que teniendo por presentado este plan de parto se sirva en incorporar una copia del mismo a mi historial ginecológico obstétrico para que, atendiendo a su contenido, se adopten las medidas oportunas.

Dado que las indicaciones descritas están avaladas por OMS y otros organismos y leyes, asumimos la responsabilidad que nos corresponde en la toma de estas decisiones.

Entendemos que si las circunstancias se complican, todo pueda variar. De toda manera, nos regiremos siempre por el documento explícito de la Organización Mundial de la Salud en lo que respecta al parto normal.

Atentamente