

9 de Junio de 2020

(PONER FECHA DE ENTREGA)

Hospital/Clínica/Sanatorio/Maternidad: _____

At. Director Médico _____.

At. Jefe/a de Obstetricia _____.

At. Jefe/a de neonatología _____.

Con copia a

Obra social / Prepaga _____

Ref: PLAN DE PARTO – DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Yo, _____, con DNI _____, con prepaga/obra social _____ Socia/afiliada N° _____ Plan _____, embarazada, con fecha probable de parto _____ de 2021, vengo a hacerles saber mis elecciones en relación la atención sanitaria que requiera mi trabajo de parto, parto/cesárea y posparto, haciendo uso de los derechos que nos amparan a mi, a mi hija/o y a mi acompañante y/o progenitor.

Habiéndonos informado con mi acompañante sobre el desarrollo del proceso fisiológico del parto y el nacimiento, siendo conscientes de que al tratarse de un proceso que no puede determinarse de manera inflexible y por esto podríamos en el momento hacer elecciones diferentes a las aquí expresadas, sabiendo que las condiciones entorno a mi bienestar y el de mi hijo/a podrían variar haciendo necesaria la intervención médica en cuyo caso confiamos en que seremos claramente informados y que actuarán bajo nuestro pleno consentimiento.

Este PLAN DE PARTO, se encuentra amparado por la **Ley 17.132**, Art. 19, inciso 3; por la **Ley de Derechos del Paciente N°26.529**, Artículo 11; por la **Ley Nacional 25.929 de “Parto Respetado y Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”** y su decreto reglamentario 2035/2015) y por leyes provinciales. Todo lo mencionado ha sido publicado y reconocido por la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** y por la **propuesta normativa perinatal año 2003 del Ministerio de Salud de la Nación**.

En base a todo lo expuesto UT-SUPRA, deseo que se cumplan los siguientes ítems en la atención de mi parto y el nacimiento de mi hija/o, considerados por mí de absoluta relevancia para una atención adecuada, por lo que DEJO ESTABLECIDO EXPRESAMENTE los principios de

atención y las condiciones en que deseo transcurra mi trabajo de parto, parto-nacimiento y post parto y que paso a enumerar a continuación:

Ante toda circunstancia solicito:

- Recibir información clara, precisa y completa sobre la evolución del trabajo de parto, parto/cesárea y posparto y en relación al bienestar mío y de mi hijo/a. (Leyes 17132, 25929, 26529)
- Ser acompañada por la persona de mi elección en todo momento del proceso (trabajo de parto, parto/cesárea, posparto, internación)
- Ser tratados con respeto y que contemplen nuestra intimidad, por lo que pedimos que para nuestra atención ingresen sólo los profesionales estrictamente necesarios.
- Que en todo momento se facilite mi participación activa como protagonista de mi parto.
- En caso de entrar por guardia y en la medida de lo posible quiero ser asistida por el mismo equipo de profesionales durante todo el proceso
- En caso de tratarse de un Hospital “escuela”, NO doy mi consentimiento para que se realice sobre mi, ni sobre mi hija/o ninguna práctica y/o ejercicio obstétrico con fines educativos.
- Que la luz sea tenue y la temperatura la adecuada para recibir a mi hija/o y que se eviten todo tipo de interferencias visuales, auditivas o burocráticas respetando mi estado de introspección
- Poder usar mi ropa.
- NO ser juzgada, ni ridiculizada por expresar mis emociones y sentimientos (jadear, llorar, gritar, etc).

En cuanto a la atención de trabajo de parto y parto solicito:

- Tener libertad de movimiento durante todo el proceso, que no se me imponga en ningún momento una posición determinada, en especial litotomía.
- Poder comer y beber durante el trabajo de parto.
- En cualquier caso solicito, que NO se realice sobre mí, ni sobre mi hija/o ninguna intervención, ni uso de medicación de manera rutinaria.
- Ante la eventual necesidad de que mi hija/o y/o yo necesitemos de algún tipo de práctica o fármaco solicito ser informada de las razones, sus pros y contras, alternativas en caso de existir **y que sólo se actúe bajo mi consentimiento.**(Leyes 17132, 25929, 26529)
- Si no estuviera en condiciones de recibir la información y dar mi autorización este proceso será hecho con mi acompañante.

- No acepto cualquier tipo de procedimiento preparatorio (enema, afeitado, colocación de vía, suero glucosado, etc) En caso de ser necesaria la vía solicito que la misma sea intermitente.
- No acepto uso de antibióticos intraparto. En caso de ser necesario solicito que sean administrados a través de la vía intermitente o de otra manera que no interfiera con mi libertad de movimiento.
- En cuanto a los tactos, solicito que sólo se me realicen en caso de ser estrictamente necesario y los mínimos indispensables. Los mismos deberán ser realizados sólo bajo mi consentimiento y por el/la mismo/a profesional.
- El monitoreo será intermitente. NO acepto uso de monitoreo fetal continuo salvo verdadera necesidad.
- No acepto cualquier tipo de rutina, ni intervención para acelerar el trabajo de parto y parto, como ser: desprendimiento de membranas, rotura artificial de membranas, rotura de bolsa amniótica, dilatación manual, masaje de estiramiento del periné.
- No acepto el uso de fármacos para acelerar el trabajo de parto, esto incluye, oxitocina sintética, prostaglandinas, etc.
- No acepto el uso de analgésicos o anestésicos si no los solicito. Deseo utilizar métodos no farmacológicos para aliviar el dolor (masajes, relajación, respiración, ducha, uso de pelota, etc.)
- Quiero que la fase del expulsivo sea espontánea.
- No quiero una episiotomía de rutina o sin mi consentimiento expreso.
- Que se respete el tiempo fisiológico de la salida de mi hija/o, no quiero que se lo ayude a rotar, ni que se tire de él, ni se traccione de sus hombros.
- Bajo ningún caso acepto la maniobra de Kristeller. Esta maniobra está absolutamente desaconsejada por su peligrosidad.
- Deseo alumbrar espontáneamente la placenta. El uso de fármacos y/o prácticas para acelerar su salida sólo serán usadas en caso de verdadera necesidad.
- Solicito que luego del correspondiente alumbramiento de la placenta, se me permita poder ver la misma tomando las correspondientes medidas de bioseguridad. Y si lo deseo me sea entregada para llevármela.

En caso de cesárea solicito:

- *Que me administren anestesia peridural, no total, salvo que sea estrictamente necesario.*

- Que la incisión sea transversa suprapúbica, salvo que se trate de una cesárea de urgencia.
- Tener brazos y piernas libres, no atadas.
- Que no se ponga campo quirúrgico para poder ver nacer a mi hija.
- Ser la primera persona en sostener al bebé o mi acompañante en su defecto.

En cuanto al bebé - ya sea parto o cesárea - elijo:

- Que se espere a que el cordón umbilical deje de latir para cortarlo.
- Que una vez nacida/o se lo coloque inmediatamente sobre mí, en contacto piel con piel y que allí se lo seque. Que este primer contacto dure por al menos una (1) hora y no se interrumpa.
- Que los controles pertinentes sean realizados con el/la bebé sobre mi pecho.
- Que NO se le realice aspiración de la vía aérea, ni exploraciones esofágicas, ni rectales mediante la introducción de sondas.
- Que NO se le coloquen gotas de nitrato de plata en los ojos, ni ningún otro colirio de forma rutinaria. Si es estrictamente necesario, que sea después de las primeras 2 - 4 horas de nacida, para no perturbar el contacto visual al momento de nacer.
- Que le sea suministrada la vitamina K vía oral. Comprometiéndome a completar el plan una vez de alta.
- Que NO se lo bañe. Deseo bañarlo yo cuando lo considere oportuno. Si es necesario puede ser limpiada con una gasa sobre mi pecho.
- Que sea pesada y medida luego de la primera hora de vida y siempre en presencia mía o de mi acompañante. Si se durmió se esperará a que despierte de forma espontánea.
- Que se favorezca y apoye la lactancia materna. NO autorizo a que reciba suministro alguno de soluciones glucosadas, ni leche de fórmula, así como tampoco tetinas o chupetes.

En cuanto a la internación y alta solicito:

- Que el acompañante se encuentre permanentemente a mi lado, conforme al derecho que me asiste por ley y además de ser el progenitor/a y representante legal de mi hija/o tiene pleno derecho a estar presente en todo momento.

- Ir junto con mi bebé a la habitación, sin esperas, ni separación innecesaria.
- Que a la habitación ingresen sólo los/las profesionales necesarios para realizar el seguimiento estrictamente indicado.
- Que en caso de necesitar alguna atención o tratamiento especial en mi hija/o esté siempre conmigo o mi acompañante, incluso en Neonatología, debiendo ser el acceso de ambos progenitores de manera irrestricta conforme lo establecido en La Ley 25.929 supra referida.
- Que si por algún motivo que no sea por urgencia o emergencia, mi hija debiera necesitar tiempo en incubadora prefiero los cuidados madre canguro tanto para mí como para el otro progenitor/a.
- Que en caso de ser yo quien necesite atención o tratamiento especial, se favorezca la internación conjunta con mi hija/o
- Que la estancia en la institución sea la mínima indispensable en función de nuestro bienestar.

Por último y en atención a la situación de emergencia sanitaria atravesada por el país es dable resaltar que, las recomendaciones dadas por el Ministerio de Salud de la Nación y de cuyo texto se alimentan los demás protocolos provinciales, ha brindando **Recomendaciones de Atención de Embarazos y Recién nacidos en contexto de pandemia**, las cuales prioriza el contacto del binomio madre/bebé con la debida toma de los recaudos de bioseguridad.

En virtud de ello, solicitamos:

- Que la vía de nacimiento sea por parto natural. La evidencia actual NO indica la necesidad de cesárea.
- En el supuesto que el acompañante fuera sintomático o caso sospechoso, deseo solicitar que otra persona de mi elección sea mi acompañante conforme al derecho que me asiste en la ley 25.929.
- Que la internación sea conjunta, debiéndose tomar las medidas necesarias y adecuadas de cuidado y protección para minimizar riesgos.
- Que no se interfiera en la lactancia materna, debiendo ser la misma en forma directa, aún en casos de madres con sospechas o confirmadas con infección COVID, tomando las medidas y pautas establecidas de bioseguridad posibles y para evitar contagio.
- Que bajo ninguna circunstancia se realice un traslado extrahospitalario a mi hijo/a o a mi a otra institución y/o módulo separado.
- Que bajo ninguna circunstancia se nos prohíba y/o límite a sus progenitores, el contacto con nuestro hijo/a, debiendo garantizar la presencia de 1 cuidador sugerido por la familia en todo momento.

En razón de todo lo expuesto, solicito el cumplimiento de estas Directivas y de los Derechos que nos asisten, siendo el obstáculo e impedimento en el contacto materno y paterno filial una vulneración de derechos constitucionalmente garantizados y un incumplimiento a las Leyes Nacionales y Tratados Internacionales.

Solicito se responda por escrito el recibimiento de este Plan de Parto y lo comuniquen en tiempo y forma a los equipos de profesionales de la áreas involucradas.

Sin otro particular les saludo atentamente,

Firma de la Gestante/Madre

Firma de Acompañante

Firma del/la Jefe/a de Obstetricia

Firma del-/la Jefe/a de Neonatología

Firma Depto Legal del/la Hospital/Clínica/Sanatorio/Maternidad

Fecha, firma y sello institución

(Firmar todas las hojas de este documento por todos los departamentos)