

PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

El objetivo de este documento es que podáis **reflexionar y expresar por escrito vuestras voluntades, deseos y expectativas sobre la atención que queréis recibir en el momento del nacimiento de vuestro/a hijo/a** y que, ante un parto con gestación de riesgo bajo, medio o alto, el nacimiento pueda ser tan fisiológico como sea posible.

Durante el proceso de elaboración del **plan de nacimiento, la comadrona de atención primaria o la del centro médico privado, y la comadrona referente del Hospital os aportarán la información necesaria y os ayudarán** a resolver vuestras dudas. Además, en nuestra web también encontraréis información que os puede ser de utilidad (<https://www.fphag.org/informacio-usuari/ser-mare/>).

Cuando lleguéis a **la Sala de Partos, librad este documento a la comadrona**, que será vuestra profesional de referencia y **os acompañará durante todo el proceso del parto, manteniendo el contacto en todo momento con el resto del equipo** (obstetra, anestesiólogo/a, enfermero/a y TCAIs).

El parto es un proceso activo y durante este **pueden haber cambios o imprevistos** que supongan una alteración de la normalidad. **Esto implicaría la modificación de algún aspecto de vuestro plan de parto**, que se individualizará en cada caso.

En caso de que vuestro embarazo y el parto ya no sean de bajo riesgo, la obstetra os informará de los posibles cambios o necesidades, velando por vuestro bienestar y del bebé **intentando siempre respetar al máximo las preferencias de este documento**.



PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos de la madre: _____

Edad: _____ Número de hijos/hijas: _____ Fecha prevista de parto: _____

CAP de referencia: _____ Comadrona referente: _____

Has asistido en algún curso de preparación al parto? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, dónde? _____

PREFERENCIAS DE ACOMPAÑAMIENTO

Durante todo el proceso del parto podrás estar acompañada por la persona que tú elijas y, puntualmente, si es necesario, se podrá cambiar por otra de tu elección.

- ☐ Me gustaría estar acompañada por: ☐ No deseo estar acompañada.
- Nombre y apellidos: _____
 - Vínculo que os une: _____

ESPACIO FÍSICO

Siempre que sea posible, me gustaría:

- ☐ Dilatación y parto en la misma sala: único espacio (según disponibilidad).
- ☐ Poder escuchar la música que yo lleve (en caso de cesárea también hay opción de música dentro del quirófano).
- ☐ Tener luz tenue en todo momento.

PROCEDIMIENTOS Y CONTROL FETAL

- ☐ Entiendo y acepto el uso de la profilaxis con el antibiótico indicado en el trabajo de parto, en caso de resultado positivo por estreptococo.
- ☐ Me gustaría el control fetal fundido intermitente, pero entiendo que en caso de necesidad se haría control continuo.
- ☐ Me gustaría que el control se realizara con un aparato inalámbrico que permitiera el movimiento libre.
- ☐ No tengo preferencias.

ALIVIO DEL DOLOR DEL PARTO

Me gustaría:

- ☐ Intentar tener un parto natural (sin ningún tipo de anestesia).
- ☐ Analgesia epidural tan pronto como se pueda.
- ☐ Analgesia epidural en bajas dosis para atenuar el dolor (*walking epidural*).
- ☐ Hacer uso de métodos no farmacológicos como:
 - Masaje superficial de calor o frío por parte de la persona que me acompaña.
 - Bañera (siempre que esté disponible).
 - Pelota (siempre que esté disponible).
 - Liana (siempre que esté disponible).
 - Ducha de agua caliente (siempre que esté disponible).
 - Otros: _____
- ☐ Probar el uso de terapias complementarias y/o alternativas, que llevaré de casa, como:
 - Homeopatía.
 - Flores de Bach.
 - Aromaterapia.
 - Acupuntura/ Acupresión.
 - TENS (estimulación eléctrica transcutánea de los nervios).
 - Otros: _____
 - Amuletos siempre que no tengan bordes ni esquinas punzantes o cortantes.
 - Relajación y técnicas de respiración.
 - Elementos de confort propios, como: almohadas, bolsa de agua caliente o semillas, colchoneta, entre otras.

PARA LA DILATACIÓN

Me gustaría:

- Poder andar o moverme libremente.
- Que el control se realizara con un aparato inalámbrico que permitiera el movimiento libre.
- Dilatación en el agua (siempre que la bañera esté disponible).
- Ingerir líquidos durante todo el proceso del parto (según protocolo de anestesiología y reanimación).

PARA LA EXPULSIÓN

Me gustaría:

- Tener un espejo para ver el nacimiento.
- Que los/las profesionales me ayuden a saber cómo y cuando tengo que empezar los espoderamientos.
- En caso de no llevar analgesia epidural, me gustaría ponerme en la postura en la cual me encuentre mejor en el periodo expulsivo.
- Que el nacimiento de mi bebé se produzca con la máxima intimidad posible, disminuyendo estímulos auditivos y lumínicos.
- Que me informen en caso de que sea necesario hacer episiotomía (incisión quirúrgica en la zona vaginal).
- En caso de cesárea, si es posible, que sea próvnculo (favoreciendo la no separación madre-bebé).
- Poder colaborar cogiendo el bebé justo al final del expulsivo.
- Si la situación médica del bebé lo permite, que se corte el cordón cuando deje de latir (práctica habitual de nuestro centro; 1-2 minutos).
- Que yo o la persona que me acompaña podamos cortar el cordón (siempre que sea posible).
- Autorizar la donación de sangre de cordón umbilical al Banco de Sangre y Tejidos del Hospital General de Granollers.

PARA EL LIBRAMIENTO

Pondremos tu bebé piel con piel de manera inmediata siempre que sea posible y solo se separará si es extremadamente necesario.

- ☐ En caso de no poder realizar yo el contacto de piel con piel, me gustaría que lo pudiera hacer la persona que me acompaña.
- ☐ Estoy de acuerdo con las recomendaciones del servicio y prefiero un libramiento activo, puesto que la administración de oxitocina para ayudar a expulsar la placenta reduce de forma significativa el riesgo de atonía uterina y de hemorragia posparto grave.
- ☐ Prefiero un libramiento espontáneo, si es posible, a pesar de conocer las recomendaciones.
- ☐ Me gustaría que se hiciera una estampación/impresión de la placenta.
- ☐ Me gustaría llevarme la placenta el día del alta y me comprometo a llevar el recipiente adecuado (transporte en frío).

ATENCIÓN Y CURAS DEL BEBÉ

Respecto a la profilaxis ocular:

- ☐ Estoy de acuerdo con que se aplique la profilaxis ocular a mi bebé.
- ☐ No quiero que se administre pomada oftálmica para la profilaxis ocular a mi bebé. Conozco los riesgos y firmaré el consentimiento informado.

Respecto a la administración de vitamina K:

- ☐ Prefiero que se administre a mi bebé la vitamina K de forma intramuscular, que es la vía de administración recomendada.
- ☐ Prefiero que se administre a mi bebé la vitamina K por vía oral, a pesar de estar informada de la idoneidad de la vía intramuscular y me comprometo a administrar las siguientes dosis orales.
- ☐ No quiero que se administre vitamina K a mi bebé. Conozco los riesgos y firmaré consentimiento informado.

LACTANCIA

Me gustaría:

- ☐ Dar el pecho e iniciar la lactancia tan pronto como sea posible.
- ☐ No quiero que le den ningún tipo de suplemento al bebé sin justificación ni consultarme previamente.
- ☐ En caso de que mi bebé necesite suplemento, quiero que sea administrado con jeringuilla.
- ☐ Deseo recibir información sobre la donación de leche materna.
- ☐ Amamantar de manera artificial con leche de fórmula.



¿Hay alguna otra necesidad que no esté cubierta en este plan de nacimiento y que te gustaría que el equipo conozca?

Yo, _____ con D.N.I. _____ y la persona que me acompañará _____ conocemos el contenido de este documento y declaramos haber escogido nuestras preferencias para que se cumplan en lo posible.

Además, nos reservamos el derecho a cambiar las decisiones que expresamos en el presente documento en cualquier momento a lo largo del proceso.

El equipo de profesionales del Hospital podrá adaptar los deseos del presente documento según la situación evolutiva y cambiando del parto, siempre pensando en mi salud y la de nuestro hijo o de nuestra hija.

En estas situaciones, los/las profesionales nos informarán y aplicarán las medidas que estimen convenientes.

Firma,

Granollers, _____ de _____ de _____.