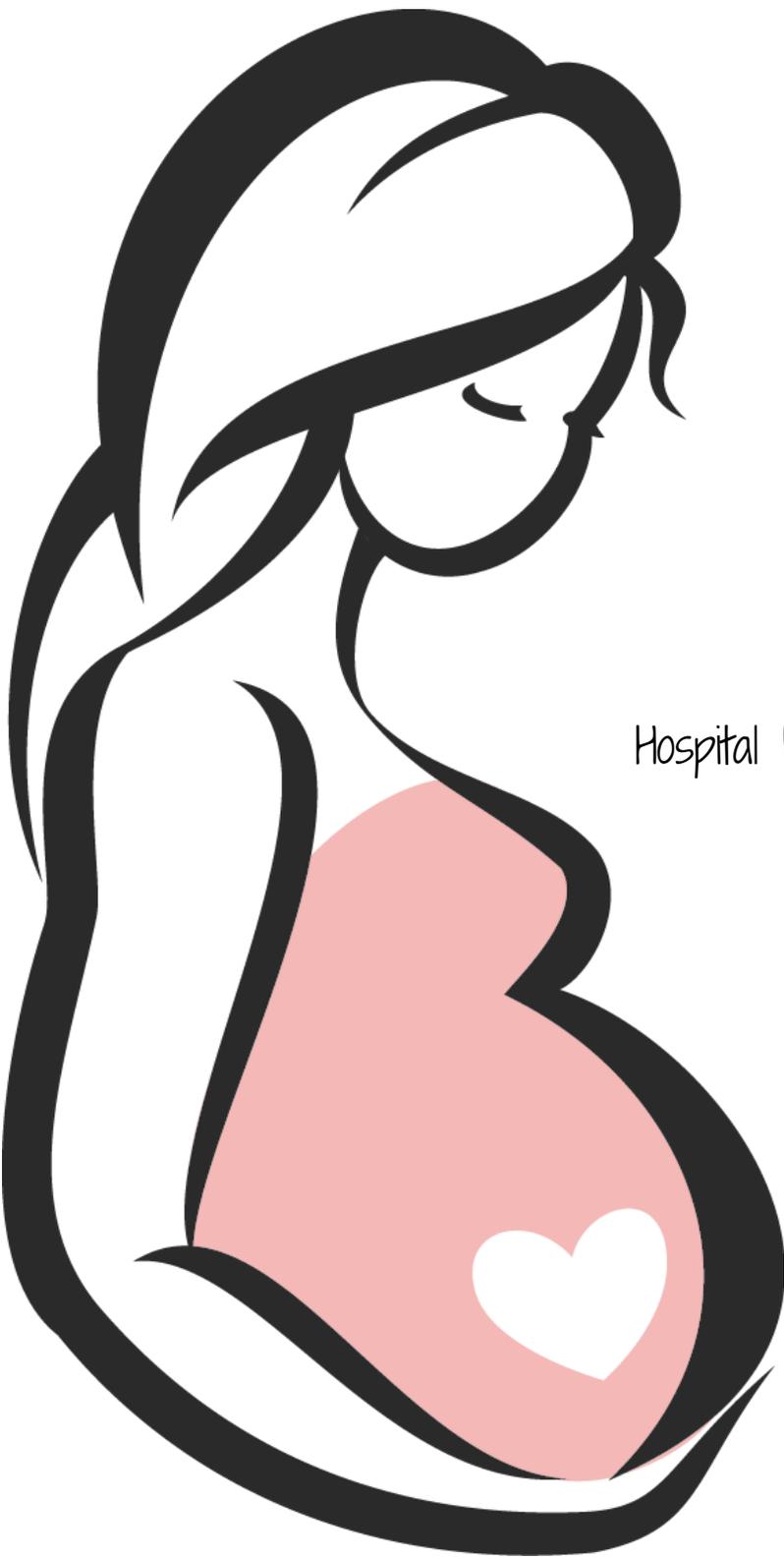


Plan de nacimiento



Servei d'Obstetrícia

Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Mis datos

Nombre y apellidos: _____

Nombre y apellido del bebé: _____

Etiqueta de Història Clínica de la gestante

a rellenar por parte del hospital

Introducción

El objetivo principal de nuestro hospital es ofrecerte unos cuidados basados en el respeto y una atención al parto y posparto centrada en tus necesidades siempre con el objetivo final de preservar tu salud y la de tu bebé. Este plan de nacimiento tiene la finalidad de convertirse en un documento en el que, junto con tu pareja/acompañante, podáis expresar vuestras preferencias, deseos y expectativas en relación a la atención que os gustaría recibir en el nacimiento de vuestro hijo/a, siendo así parte activa de su parto.

El plan de nacimiento es un documento flexible que intentará respetarse en la medida de lo posible. No obstante, hay que tener en cuenta que cualquier alteración de la normalidad o imprevisto clínico durante el proceso de parto puede hacer que cambie la manera de actuar, individualizando siempre cada caso y informando previamente.

Agradecemos la confianza que habeis depositado en nuestro hospital y, en concreto, en el equipo de Obstetricia para el nacimiento de vuestro hijo.



Atención durante el parto

Preferencias relacionadas con el acompañamiento durante el parto

Puedes estar acompañada de una persona de tu confianza para que te ofrezca apoyo. Se evitarán los cambios de acompañante para preservar tu intimidad y la del resto de mujeres.

También estarás acompañada de una matrona, que será tu profesional de referencia y la que te asistirá durante todo el proceso. La matrona estará en contacto continuo con todo el equipo presencial de guardia (ginecólogos, anestesistas, pediatras) que velarán por tu salud.

Durante el proceso de parto me gustaría estar:

- Con un acompañante (nombre y apellidos): _____
Vínculo:
- Sin acompañante
- Lo decidiré en el momento

Preferencias relacionadas con el espacio físico

Nuestro hospital dispone de habitaciones individuales en la planta de maternidad, 8 boxes en la sala de dilatación, 2 paritorios y una sala de posparto.

En los box de dilatación y en las dos salas de partos se puede graduar la luz.

Preferencias relacionadas con medidas de confort y material de apoyo

El hospital te ofrece:

- Pelota (esferodinámica)
- Bañera
- Calor local (bolsa/ducha)
- Espejo

Puedes llevar

- Música y auriculares
- Aromaterapia
- Cojines ergonómicos
- Otras preferencias:

Preferencias durante el período de dilatación

Se respetará la fisiología y la evolución natural del proceso de parto siempre que la situación clínica lo permita, y se os informará de todos los procedimientos que se lleven a cabo.

Me gustaría:

- Libertad de movimiento durante el parto y posibilidad de adoptar diferentes posiciones
- Tactos vaginales realizados por el mismo profesional siempre que sea posible, en caso de que los realice otro profesional por razones de consulta o formación, me gustaría que se me informara.
- Ingesta de agua o bebida isotónica

Nota: el enema y el rasurado no se realizan de forma rutinaria, si lo deseas es necesario que lo anotes en otras preferencias.

Tipo de monitorización deseada

- Intermitente (siempre y cuando no haya compromiso de bienestar fetal)
- Continua: Será necesaria en caso de administración de oxitocina, de analgesia epidural o si los profesionales que me atienden lo consideran necesario. Este tipo de monitorización te permitirá igualmente el movimiento durante el proceso de parto
- Me es indiferente

Preferencias respecto a la administración de fármacos

Al inicio del proceso de parto instauraremos una vía venosa por si fuera necesario administrar tratamiento farmacológico en algún momento. Si el parto se desarrolla sin complicaciones, la vía se mantendrá sellada.

Si fuera necesaria la administración de medicación, os informaremos de su finalidad

Preferencias para el alivio del dolor

- Técnicas no farmacológicas (calor local, bañera, masajes, cambios posturales, técnicas de relajación, respiración ...)
- Técnicas farmacológicas (epidural, requiere firma consentimiento informado)
- Lo decidiré en función de la evolución del parto
- Otras preferencias:

Preferencias durante el periodo de expulsivo

- Que sólo estén presentes los profesionales necesarios para favorecer la intimidad del proceso
- Poder elegir la posición que me sea más cómoda para realizar los pujos
- Empezar los pujos cuando sienta necesidad
- Utilizar un espejo para ver el nacimiento de mi hijo/a
- En caso de que sea necesario realizar una episiotomía, me gustaría que se me informe previamente
- Poner música durante el nacimiento
- Realizar pinzamiento tardío del cordón
- Hacer donación de sangre de cordón al Banc de Sang i Teixits de Catalunya realizando pinzamiento tardío del cordón
- Hacer donación de sangre de cordón al Banc de Sang i Teixits de Catalunya sólo en caso de necesidad de pinzamiento precoz
- Ofrecer a mi pareja poder cortar el cordón umbilical
- Otras preferencias:

Preferencias durante el periodo de alumbramiento (expulsión de placenta)

La OMS (basándose en la evidencia científica actual), recomienda realizar un **manejo activo** del alumbramiento con oxitocina para reducir el riesgo de hemorragia postparto.

- Me gustaría que se me realizara un alumbramiento dirigido (**manejo activo**)
- Me gustaría que se me realizara un alumbramiento espontáneo, aunque entiendo que no es la opción recomendada
- Solicito que se me entregue la placenta (previa firma del documento de solicitud)

Preferencias en caso de cesárea

- Deseo que mi acompañante entre a quirófano si la situación clínica lo permite
- Realizar piel con piel en el mismo quirófano si la situación lo permite
- Que mi acompañante realice el piel con piel con el bebé en caso de que yo no pueda hacerlo
- Poner música durante la intervención
- Me gustaría que me enseñen el bebé en el momento del nacimiento si es posible

Otras preferencias:

Alimentación del recién nacido

- Deseo iniciar la lactancia materna lo antes posible, idealmente en las 2 primeras horas desde el nacimiento
- Deseo lactancia artificial
- Quiero que se me informe antes de darle ningún tipo de alimentación

Atención y cuidados del recién nacido

- Deseo que no me separen de mi bebé durante las 2 primeras horas de vida
- Si es necesario realizar pruebas al bebé, me gustaría que se hicieran mientras está haciendo piel con piel conmigo, siempre que sea posible
- **Informamos que el baño no se realiza de manera rutinaria las primeras horas de vida para evitar la pérdida de calor corporal**
 - En caso de que sea necesario bañarlo me gustaría que se me ofrezca a mí o a mi acompañante
- **Informamos que para proteger al bebé de la enfermedad hemorrágica, se le administrará vitamina K intramuscular en las primeras 6 horas después del nacimiento, ya que es la forma más eficaz de prevenirla**
 - No deseo que se administre la vitamina K intramuscular, quiero que se administre vía oral aunque entiendo que no es la opción más efectiva (es necesario firmar previamente el consentimiento informado)
- **Informamos que para proteger al bebé de la conjuntivitis neonatal, se le aplicará pomada oftálmica antes de pasar a la planta de hospitalización**

Otras necesidades

Si tienes alguna necesidad o preferencia que no haya sido comentada anteriormente:

Yo _____ con DNI: _____

Conozco el contenido de este documento, he recibido toda la información y he elegido las opciones según mis deseos y preferencias. Acepto las condiciones para recibir atención según este plan de parto y también mi deber de mantener el respeto correspondiente a las normas establecidas en el hospital y los profesionales sanitarios. Me reservo el derecho a cambiar las decisiones presentadas en este documento y entiendo que mis preferencias pueden verse modificadas en función de las necesidades específicas del momento.

Lugar y data
Signatura.

Profesional que informa:
Nº de colegiado: