

Plan de Nacimiento

¿Qué Tipo de Atención Recibiré?

Conforme se prepara para dar a luz, puede que esté comenzando a considerar todas las opciones que tiene disponibles ese día especial. Crear un plan de nacimiento puede ayudarle a revisar sus opciones, y a comunicar sus preferencias a los médicos, parteras y enfermeras que cuidarán de usted y su recién nacido. Sabemos que el trabajo de parto, el parto y el periodo posparto pueden reservar sorpresas inesperadas, y que las cosas no siempre salen como se planearon. Aunque nadie sabe lo que puede pasar en el futuro, valoramos tanto su seguridad como su experiencia, y trabajaremos estrechamente con usted para cumplir los deseos que exprese, manteniendo al tiempo la seguridad como nuestra prioridad principal.

Nuestra Filosofía y Estándar de Atención

Dar a luz puede ser uno de los momentos más especiales que experimentarán jamás usted y su familia. En Community Memorial Healthcare creemos en los cuidados de maternidad centrados en la familia, y nos esforzamos a tratar a cada mujer y cada familia con respeto y apoyo.

- Recomendamos encarecidamente a las mujeres y sus parejas que se preparen recibiendo Clases para Parto Preparado.
- Apoyamos las elecciones de las mujeres para el parto, tanto si escogen parto natural como si prefieren experimentar el menor dolor posible durante el trabajo de parto y el parto.
- Recomendamos el uso de técnicas de afrontamiento, como respiraciones, relajación, técnicas táctiles, calor, frío, movimiento e

Para asegurar una experiencia de nacimiento segura y con apoyo, le pedimos que hable de su plan y preferencias de nacimiento con su médico o partera antes de llegar a Trabajo de Parto y Parto.

hidroterapia.tacto, calor, frío, movimiento e hidroterapia.

- Fomentamos el contacto piel con piel para todas las madres y bebés. Recomendamos y apoyamos la lactancia materna. Al mismo tiempo, nos comprometemos a apoyar las decisiones individuales sobre alimentación de madres y padres para sus bebés. Nuestras enfermeras están capacitadas para ofrecer ayuda para lactancia materna durante su estancia y también ofrecemos consultas gratuitas ilimitadas y grupos de apoyo a la lactancia materna después del alta.
- Retrasamos de forma rutinaria los procedimientos con el recién nacido, como pesaje, medidas y administración de medicamentos al recién nacido, para proporcionar tiempo para crear vínculos y/o lactancia materna.
- Retrasamos de forma rutinaria el primer baño 8 a 12 horas para permitir a los bebés normalizar y regular su temperatura (a menos que sea necesario un baño antes por razones médicas).
- No ofrecemos ni recomendamos chupones, salvo durante procedimientos dolorosos y para nuestros bebés en la UCIN.
- Utilizamos de forma rutinaria anestesia regional (espinal o epidural) para cesáreas. Se harán excepciones basándose en las recomendaciones de su médico para asegurar un parto seguro para usted y su bebé.

Copias adicionales en la página www.mycmhbaby.org



Plan para Mi Parto

Madre _____

Médico /Partera _____

Pareja _____

Pediatra/Médico de Familia _____

Bebé _____

Doula _____

Entiendo la importancia de la atención colaborativa en la planificación de una experiencia de nacimiento segura y con apoyo. He comentado mi plan de nacimiento y mis preferencias con mi médico o partera antes del trabajo de parto.

ENTORNO

- Me gustaría que se limite el número de invitados en mi habitación mientras estoy con trabajo de parto colocando un letrero en la puerta de mi sala de trabajo de parto y parto
- Me gustaría que se atenúen las luces durante el trabajo de parto
- Tengo previsto traer música de casa (mi propio reproductor de MP3, reproductor de CD, etc.)
- Tengo previsto traer aceites esenciales/aromaterapia (sin llamas, por favor)
- Tengo previsto traer un punto focal de mi casa

TRABAJO DE PARTO

- Me gustaría tener libertad de movimientos mientras estoy con trabajo de parto (caminar, pararme, sentarme, arrodillarme, utilizar el balón de parto, etc.) si es seguro y posible.
- Me gustaría que se tapara mi vía intravenosa (solución salina bloqueada) para tener libertad de movimientos durante el parto
- Me gustaría tener la opción de usar hidroterapia (tina de Jacuzzi o regadera)
- Preferiría un parto natural (sin medicamentos para el dolor ni epidural)
- Por favor, no me ofrezcan ningún tipo de medicamento para el dolor; si decido utilizar medicamentos para el dolor o epidural, yo los pediré
- Tengo previsto utilizar medicamentos para el dolor por vía intravenosa para afrontar el dolor del trabajo del parto y el parto
- Tengo previsto usar epidural para afrontar el dolor del trabajo del parto y el parto
- Estoy considerando utilizar medicamentos para el dolor o recibir una epidural, pero lo decidiré cuando esté realmente con trabajo de parto
- Preferiría esperar que la membrana amniótica (bolsa de aguas) se rompa espontáneamente; si se presenta la necesidad de hacerme romper aguas, por favor, háganlo conmigo antes de hacerme romper aguas



NACIMIENTO

- Me gustaría usar un espejo para ver el nacimiento de mi bebé
- Me gustaría que _____ corte el cordón umbilical
- Me gustaría que se retrase el pinzamiento y corte del cordón umbilical si es seguro y posible
- Tengo previsto guardar en un banco la sangre del cordón umbilical de mi bebé

CESÁREA

- Mientras esté en el quirófano, mi persona de apoyo será _____
- Me gustaría pedir a mi anestesiólogo si puede bajarse la pantalla para que pueda ver el nacimiento de mi bebé
- Si mi anestesiólogo determina que es seguro y posible, me gustaría tener un brazo libre para poder tocar a mi bebé
- Me gustaría que mi persona de apoyo corte (acorte) el cordón umbilical

CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO

- Si es necesario que mi bebé salga de mi lado por cualquier motivo, me gustaría que acompañe a mi bebé y esté presente para todos los procedimientos
- Me gustaría estar presente en el primer baño de mi bebé
- Si va a realizarse a mi bebé un procedimiento doloroso (circuncisión, evaluación metabólica, etc.) y de forma rutinaria se utilizaría un chupón o agua azucarada, me gustaría que me consultasen primero
- Si mi bebé necesita fórmula por un motivo médico, me gustaría que me informasen primero
- Si mi bebé necesita suplemento de forma continua, me gustaría recibir ayuda de mi enfermera para aprender cómo extraerme leche manualmente o bombearme mi propia leche para mi bebé
- Si tengo un niño, tengo previsto que se le haga la circuncisión

PREFERENCIAS ADICIONALES: _____

