



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

- ___ Me gustaría que se me expliquen todos los procedimientos y medicamentos para el recién nacido antes de que los realice o administre el personal
- ___ 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: _____
