



PLAN DE NACIMIENTO HOSPITAL DE CONSTITUCIÓN

SERVICIO DE MATERNIDAD

Introducción

El presente documento es una herramienta para que cada mujer pueda decidir aspectos de su parto acorde a sus necesidades emocionales, afectivas y culturales. Además de ser un mecanismo útil de comunicación entre el Hospital y la familia para uno de los momentos más emotivos en la vida de cada persona, como es el nacimiento de un hijo/a.

Nuestro hospital cuenta con una sala de pre- partos colindante con sala de parto. Este es un espacio físico acogedor, amplio y cómodo en donde ocurre el parto y el puerperio inmediato (2 horas post parto). Esta característica no sólo es provechosa desde el punto de vista de la infraestructura, sino que trae múltiples beneficios para el desarrollo normal del nacimiento, favorece la integración del acompañante y fomenta el apego precoz, así como la lactancia del recién nacido/a.

A continuación, **le invitamos a elegir una o más alternativas** en relación con sus preferencias para el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato.

Esta herramienta sirve también para que sepa las condiciones locales del hospital.

ACOMPañAMIENTO: para favorecer un ambiente acogedor y cálido, puede elegir un acompañante que estará con usted durante todo el proceso.

- + Deseo ser acompañada continuamente por: _____
- + No deseo ser acompañada.

AMBIENTACIÓN: marque una o más alternativas en relación con el ambiente que prefiere.

- + Luz tenue (baja) y/o natural (depende si es día o noche).
- + Luz artificial.
- + Sala con ambiente acogedor y libre de ruidos externos (puerta cerrada).
- + Sala con puerta abierta.
- + Favorecer el silencio.
- + Uso de música de relajación (puede traer su música o utilizar nuestra música pensada para este momento, traer pendrive).



ALIMENTACIÓN: es importante señalar que durante el trabajo de parto el cuerpo está realizando un gasto de energía por lo cual le invitamos a escoger una o más alternativas para su alimentación (se recomienda alimentación líquida durante trabajo de parto).

- + Solo deseo hidratación.
- + No deseo alimentarme.

EJERCICIOS: ¿Ha escuchado hablar de “parto en movimiento”? el estar en movimiento favorece que por el peso de su bebé se produzca una dilatación y descenso más rápido. Además, ayuda a que los músculos del periné estén más preparados. Marque una o más alternativas:

- + Deseo poder cambiar de posición.
- + Deseo poder caminar.
- + Deseo realizar ejercicios en balón kinésico.
- + Deseo estar acostada.

MANEJO DEL DOLOR: Algunas mujeres toleran mejor el dolor o incluso no sienten dolor durante su trabajo de parto. Tenemos varias terapias complementarias para manejo de dolor. El Hospital de Constitución es un establecimiento de mediana complejidad, por lo que la anestesia Peridural no siempre se puede otorgar, ya que los anestesistas solo trabajan en horario hábil.

- + Deseo probar con una o más terapias complementarias (ducha terapia, ejercicios de respiración, masajes de mi acompañante, guateros de semilla, calor local en genitales, relajación perineal en el balón, aromaterapia).
- + Deseo llevar otro tipo de terapias complementarias: _____
- + Deseo un parto sin analgesia del dolor.

POSICIÓN DURANTE EL PARTO: Hay diferentes posturas que se pueden adoptar para el parto. En la actualidad se ha demostrado que la mejor postura es la que elige la mujer según sus necesidades y según sus deseos en cada fase del parto.

- + Deseo una posición vertical (semi sentada, sentada).
- + Parto acostado.
- + Parto en litotomía (posición ginecológica).
- + No tengo preferencias, me gustaría recibir más orientación de mi matrona.



DURANTE EL PARTO Y LACTANCIA: El primer contacto piel a piel entre madre e hijo/a y la lactancia materna son muy importante para el desarrollo emocional, afectivo, psicológico para él o la bebé. Se sentirá acogido/a y más tranquilo/a al escuchar los latidos de su corazón y su voz. Además, la lactancia materna es el alimento ideal para su hijo/a pues contiene los nutrientes necesarios para su desarrollo y crecimiento, y a diferencia de las formulas, le provee de anticuerpos (defensa contra algunas infecciones). Marque una o más alternativas:

- + Favorecer el contacto piel a piel (apego inmediato).
- + Favorecer lactancia materna exclusiva.
- + Deseo descansar posterior al parto y que mi acompañante realice el apego.

SECCIÓN (CORTE) DEL CORDÓN: Se recomienda cortar el cordón umbilical cuando haya dejado de latir, pues la placenta sigue insuflando sangre a su hijo/a, y ésta es rica en nutrientes y proporciona una reserva de hierro en su bebe.

El corte del cordón marca el nacimiento real de él o la bebé, sin duda es un momento memorable que usted, su acompañante y su bebé recordarán por siempre. Marque una o más alternativas:

- + Deseo que el corte del cordón se realice una vez que éste deje de latir.
- + Deseo que el corte del cordón se realice de inmediato.
- + Mi acompañante cortará el cordón.
- + Yo cortaré el cordón.
- + Prefiero que la matrona corte el cordón.

PLACENTA: Gracias a la Ley N° 20.584 tiene derecho a decidir sobre el destino de la placenta de acuerdo con sus creencias, cultura o su propia elección. Para poder retirar la placenta debe cumplir ciertos requisitos, tales como: Poseer resultado de examen de VIH, hepatitis B y C, retirarla inmediatamente post parto con cooler y llenar “Carta Solicitud de retiro de placenta” (disponible en CESFAM). Esta decisión debe ser tomada en los primeros controles de embarazo.

Con relación a lo anterior:

- + Deseo retirar mi placenta.
- + Deseo que el Hospital se haga cargo de su eliminación.



Ministerio de
Salud
Gobierno de Chile

Hospital de Constitución



NECESIDAD ESPECIAL POR MOTIVO CULTURAL: Si por razones culturales y/o religiosas desea que se tuviera en cuenta alguna tradición en el momento de parto, descríbela en las siguientes líneas:

Es necesario informar que trataremos de respetar todas sus preferencias, pero además debemos favorecer su cuidado y el de su bebé, por lo que si en algún momento necesitamos suspender o modificar alguna de sus elecciones se lo informaremos y le explicaremos la razón. Las preferencias señaladas en este documento pueden ser modificadas en cualquier momento según lo estime conveniente.

Nombre _____

Firma _____

Fecha _____

