



### RESPECTO AL RECIÉN NACIDO

- Deseo que se favorezca el contacto piel con piel inmediato tras el parto y sea prolongado, según las recomendaciones actuales, siempre que mi estado y el de mi hijo lo permitan **SI / NO**
- No deseo que se aspiren secreciones respiratorias ni se introduzcan sondas nasales o rectales si no es estrictamente necesario **SI / NO**
- La atención inicial del recién nacido se hará, si es posible, en una zona próxima a la sala de partos y en mi presencia o de mi acompañante **SI / NO**
- Deseo tener a mi hijo conmigo durante toda la estancia en el hospital, siempre que mi estado de salud y el de mi hijo lo permitan **SI / NO**
- Deseo que a mi hijo se le administre pomada antibiótica ocular como prevención de infección ocular **SI / NO**
- Deseo que a mi hijo se le administre vitamina K intramuscular como prevención de la enfermedad hemorrágica del recién nacido **SI / NO**
- Me gustaría que la realización de estas técnicas se posponga hasta que haya habido un periodo prolongado de contacto piel con piel **SI / NO**

### LACTANCIA

- Deseo iniciar la lactancia materna tan pronto como sea posible **SI / NO**
- Deseo que me asesoren y me ayuden para conseguir una lactancia materna exitosa **SI / NO**
- Deseo que no le den biberones ni chupetes a mi hijo de forma rutinaria. Si existe una indicación médica para administrar un biberón de leche artificial, deseo ser informada **SI / NO**
- Deseo lactancia artificial **SI / NO**

*\*La responsabilidad y la toma de decisiones asistenciales a partir del ingreso, corresponden única y exclusivamente a los profesionales de este centro. Ningún otro profesional, aunque haya intervenido en la atención de la embarazada, tendrá capacidad de decisión.*

*\*\*En cualquier momento, si se presenta alguna desviación de la normalidad, el equipo que atiende el parto podrá, tras informar a la gestante, aplicar el tratamiento que considere necesario.*

### FECHA Y FIRMA

# PLAN DE PARTO



Ser padres es uno de los momentos más importantes y únicos de la vida. Un momento especial en el que se establece una estrecha relación con el personal que aquí trabaja.

Por eso, porque creemos que cada momento debe ser único e individualizado te proponemos que decidas cómo deseas que se desarrolle tu parto.

### NOMBRE DE LA PACIENTE:

---

Nombre del acompañante durante el proceso de parto:

---

**Gerencia de Atención Integrada Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha**

**Hospital General "Nuestra Señora del Prado"  
(Carretera de Madrid, km 114)**

**Talavera de la Reina (Toledo)**





## MIS PREFERENCIAS PARA EL PARTO

### PROCESO DE DILATACIÓN

- Deseo ser informada en todo momento, en lenguaje comprensible, de los procedimientos que se realizarán durante el trabajo de parto **SI / NO**
- Me gustaría evitar la inducción del parto, a menos que sea imprescindible por indicación médica y sea previamente informada **SI / NO**
- Me gustaría que los tactos vaginales fueran los imprescindibles para conocer la evolución del parto, a ser posible realizados por el mismo profesional **SI / NO**
- Me gustaría que la bolsa de las aguas pudiera romperse de forma espontánea durante el proceso de parto, y si ha de hacerse de forma artificial, se me explique la indicación de forma comprensible **SI / NO**
- Beber líquidos en pequeñas cantidades durante el trabajo de parto (no lácteos) **SI / NO**
- Prefiero una evolución espontánea del parto, reservando el uso de oxitocina intravenosa para cuando esté indicada, y me informen de su indicación si fuera necesaria **SI / NO**
- Tener la posibilidad de elegir la postura que me resulte más confortable (caminar, cambiar de posición) y usar en baño cuando sea necesario, mientras no tenga analgesia epidural **SI / NO**
- Usar mi propia ropa, en lugar de la que ofrece el hospital **SI / NO**
- Deseo que no se me rasure el periné a ser posible **SI / NO**
- La administración de enema rectal sólo se hará si está indicado por presencia de fecaloma, y no de forma rutinaria **SI / NO**
- Que para preservar mi privacidad, en el proceso del parto interviniera el mínimo personal imprescindible **SI / NO**
- Deseo usar material de apoyo para el parto (pelotas para parto, espejos para el expulsivo, cojines que aportaré...) **SI / NO**
- Escuchar la música que desee (será aportada por mí) **SI / NO**
- Que se favorezca la micción espontánea frente al sondaje vesical **SI / NO**



### ALIVIO DEL DOLOR

- De entrada, prefiero métodos alternativos para aliviar el dolor (analgesia inhalada -Kalinox ©-, medidas físicas como aplicación calor/frío o masajes con la ayuda del acompañante, material de apoyo como pelotas o cojines, anestésico local en caso de sutura ...), pero no descarto el uso de analgesia epidural y solicitarla. **SI / NO**
- Prefiero que no me ofrezcan ningún método de anestesia a menos que yo lo solicite **SI / NO**
- Prefiero analgesia epidural cuando mis condiciones lo permitan **SI / NO**

### PERÍODO DE EXPULSIVO

- Me gustaría poder elegir la posición que desee durante el expulsivo, siempre que se respeten los principios de control de bienestar fetal **SI / NO**
- Cuando esté en dilatación completa, empezar a pujar cuando note la sensación de hacerlo **SI / NO**
- Deseo que me indiquen cuándo tengo que empezar los pujos **SI / NO**
- Que se haga un uso selectivo de la episiotomía, y sólo se realice si es estrictamente imprescindible, previa información **SI / NO**
- Me gustaría disponer de un espejo para ver la progresión de la salida de la cabeza del bebé **SI / NO**
- Que el cordón umbilical sea cortado cuando deje de latir **SI / NO**
- Que se ponga al bebé sobre mi abdomen nada más nacer y se realicen los cuidados básicos inmediatos, (test de Apgar y su identificación) sobre mí, siempre que sea posible **SI / NO**

### DESPUÉS DEL PARTO

- Deseo donar sangre de cordón **SI / NO**
- Me gustaría disponer de una habitación individual con baño **SI / NO**