

PLAN DE PARTO

El Hospital Clínico San Borja Arriarán se encuentra comprometido con asegurar una atención integral, segura y de calidad al binomio madre e hijo/a durante las distintas etapas del trabajo de parto, propiciando que éste sea respetado y acompañado durante toda su estadía.

El Plan de Parto ha sido diseñado como una herramienta para que cada gestante pueda informar sus preferencias, deseos y expectativas de acuerdo a sus necesidades al momento del trabajo de parto y parto, adaptado a las alternativas disponibles en nuestro centro hospitalario.

Este documento no sustituye la información relevante que usted pueda entregar a los profesionales de salud durante su estadía en la Urgencia Gineco-Obstétrica en relación al desarrollo de la gestación al momento de su hospitalización.

Una vez diagnosticado el trabajo de parto, este documento debe ser entregado al matrón o matrona que realice su ingreso hospitalario, quien luego se lo entregará al matrón(a) de turno que la acompañará la mayor parte del tiempo mientras dure su jornada, para que puedan revisarlo en conjunto y aclarar dudas.

Le aconsejamos asistir a los diversos talleres del Programa Chile Crece Contigo realizado en los Cesfam de nuestra red para informarse y vivenciar la gestación, parto y postparto como un proceso satisfactorio y memorable.

Datos de la persona gestante:

Nombre completo : _____
RUT, pasaporte o DNI : _____
Cesfam de procedencia : _____
Dirección : _____
Teléfono de contacto : _____
Nombre del bebé : _____

1. Respecto al acompañamiento durante mi trabajo de parto y parto:

Deseo estar acompañada por una persona significativa: Sí No

Nombre completo : _____
Parentesco : _____

2. Por razones culturales, idiomáticas o espirituales, poseo una necesidad especial que me gustaría que se tomara en cuenta:

Sí No

¿Cuál? : _____

3. Me gustaría traer algún elemento que pueda ayudar a manejar mi dolor (marque con una X):

<input type="checkbox"/>	Aromaterapia	<input type="checkbox"/>	Cojín	<input type="checkbox"/>	Elementos para masajes
<input type="checkbox"/>	Música	<input type="checkbox"/>	Saco de semillas	<input type="checkbox"/>	Manta
<input type="checkbox"/>	Fotos	<input type="checkbox"/>	Aceite para masajes	<input type="checkbox"/>	Artículos religiosos

4. Durante la fase de dilatación, me gustaría:

<input type="checkbox"/>	Poder moverme con libertad
<input type="checkbox"/>	Poder ingerir líquidos (previa evaluación por equipo de salud)
<input type="checkbox"/>	Poder comer (régimen liviano, previa evaluación por equipo de salud)

5. En relación al tratamiento y manejo del dolor:

<input type="checkbox"/>	Quisiera un parto sin analgesia
<input type="checkbox"/>	Quisiera recibir analgesia peridural de inmediato
<input type="checkbox"/>	Quisiera poder realizar un manejo no farmacológico del dolor mientras me sea posible

6. Sobre el uso de elementos no farmacológicos para el manejo del dolor, me gustaría contar con:

<input type="checkbox"/>	Rebozo	<input type="checkbox"/>	Aromaterapia
<input type="checkbox"/>	Masajes	<input type="checkbox"/>	Música
<input type="checkbox"/>	Balón kinésico	<input type="checkbox"/>	Uso de ducha caliente
<input type="checkbox"/>	Caminar		

7. En relación al parto y nacimiento, quisiera optar por la siguiente postura:

<input type="checkbox"/>	En posición ginecológica
<input type="checkbox"/>	A libre movimiento (cuclillas, en 4 puntos de apoyo, de pie, etc.)
<input type="checkbox"/>	En camilla de parto vertical
<input type="checkbox"/>	Parto vertical en poltrona (sillón de parto vertical)
<input type="checkbox"/>	No tengo preferencia

8. Al momento de nacer, si mis condiciones y las de mi hijo/a son óptimas, me agradaría:

<input type="checkbox"/>	Realizar contacto piel con piel de forma inmediata, el mayor tiempo posible y sin interrupción
<input type="checkbox"/>	Esperar a que se le realice la atención y luego tomarlo
<input type="checkbox"/>	No deseo tomarlo
<input type="checkbox"/>	No tengo preferencia

9. De la sección del cordón umbilical, me gustaría:

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Esperar que el cordón deje de latir para cortarlo |
| <input type="checkbox"/> | Cortar el cordón |
| <input type="checkbox"/> | Que mi acompañante corte el cordón |
| <input type="checkbox"/> | No tengo preferencias |

10. Respecto a mi placenta:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Quiero ver mi placenta |
| <input type="checkbox"/> | Quiero recibir la impresión de mi placenta con pinturas especiales |
| <input type="checkbox"/> | Quiero solicitar la entrega de mi placenta |
| <input type="checkbox"/> | No quiero ver mi placenta |

11. En cuanto a la alimentación de mi recién nacido, quisiera:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Lactancia materna exclusiva |
| <input type="checkbox"/> | Lactancia mixta (leche materna y fórmula láctea) |
| <input type="checkbox"/> | No deseo amamantar a mi hijo/a ni extraerme leche (alimentación sólo con fórmula láctea) |

12. ¿Existe alguna necesidad que quisiera comentar con el equipo obstétrico que no esté señalado en este plan de parto?

Sí No

¿Cuál? : _____

Es importante tener en cuenta que los aspectos que solicito para la atención de mi parto serán evaluados por el equipo especializado a fin de evitar cualquier riesgo para mí y mi recién nacido/a.

Este proceso puede tener cambios imprevistos que están sujetos a lo siguiente:

- Carga asistencial que permita cumplir con este plan.
- Condiciones de salud de la madre y el bebé por nacer.
- Cumplir con los criterios establecidos según protocolo para partos vaginales.

Es por esto que, en caso de presentarse alguna de estas situaciones, el plan será reevaluado por el equipo profesional y será informada de las medidas y el posible cambio en el proceso de atención.

Fecha: _____ Firma: _____