

# Plan de Parto

Nombre de la madre:

Fecha probable de parto:

Acompañante:

Profesional de referencia (ginecólogo):

## 1. Durante la admisión

- ☐ Deseo que se respete la **intimidad y tranquilidad** durante la acogida.
- ☐ Me gustaría evitar intervenciones o exploraciones innecesarias.
- ☐ Si es posible, prefiero permanecer acompañada en todo momento.

## 2. Durante la dilatación

- ☐ Deseo libertad de movimiento y posibilidad de utilizar **pelota**,
- ☐ Prefiero **no canalizar vía intravenosa** de forma rutinaria (solo si es médicamente necesario).
- ☐ Quiero estar **acompañada por [nombre]** durante todo el proceso.
- ☐ Prefiero que se limite el número de personas presentes al personal imprescindible.
- ☐ Deseo evitar **monitorización continua**, salvo indicación médica.  
Quisiera que se me informe antes de cualquier intervención o medicación.

## 3. Manejo del dolor

- ☐ Deseo **decidir libremente** sobre la analgesia epidural (quiero / no quiero / decidiré en el momento).
- ☐ Me gustaría que se me ofrezcan primero **métodos naturales** (respiración, movimiento, masaje).

- ☐ Si solicito analgesia, deseo estar informada de los tiempos y procedimientos.

#### 4. Durante el expulsivo

- ☐ Prefiero **posiciones fisiológicas** (semisentada, de lado, en cuclillas, etc.) si es posible.
- ☐ Me gustaría que se respete el **ritmo natural del parto** y se evite la maniobra de Kristeller.
- ☐ Deseo que el **acompañante participe** (apoyo emocional, corte de cordón si procede).
- ☐ Si es necesario usar instrumental (fórceps o ventosa), quiero una **explicación previa**.

#### 5. Tras el nacimiento

- ☐ Deseo **contacto piel con piel inmediato y prolongado**, salvo emergencia médica.
- ☐ Prefiero que el **pinzamiento del cordón se retrase** hasta que deje de latir.
- ☐ Deseo **iniciar la lactancia materna** en la primera hora de vida.
- En caso de cesárea, me gustaría:
- ☐ Que el acompañante esté presente si es posible.
- ☐ Realizar el **piel con piel en el quirófano mi pareja o yo**.

#### 6. Cuidados del recién nacido

- ☐ Solicito que los **cuidados rutinarios (peso, medidas, vitamina K, etc.)** se realicen tras el contacto piel con piel.
- ☐ Deseo participar en todas las decisiones médicas sobre mi bebé.

#### 7. Otras preferencias

- ☐ Deseo un **ambiente tranquilo y con luz tenue** durante el parto.
- ☐ Poder hacer fotos o vídeos, previa información y siempre y cuando no interfiera con las funciones del personal.

☐ Agradezco que se respete este plan en la medida de lo posible, entendiendo que puede adaptarse si hay necesidad médica.

Firma de la madre: \_\_\_\_\_

Firma del acompañante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_