



PLAN DE PARTO PREMATURO SEPARACION CERO

Yo, _____, desde el momento que asumí continuar con mi embarazo, me comprometí a ser la principal cuidadora de mi hijo/a desde su gestación y por un periodo largo de su desarrollo como persona, por esta razón es de mi interés que **mi hijo/a que está por nacer tenga el mayor estado de bienestar físico, mental y social posible** en todos los momentos de su desarrollo y no solo sobreviva al momento de su nacimiento, y para seguir acompañando su desarrollo necesito estar en condiciones físicas y mentales adecuadas para cuidar a mi bebé.

Para conseguir estos objetivos en este documento planteo el siguiente **Plan de Parto** basado en los últimos estudios científicos y las recomendaciones de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**.

1. Si mi hijo nace antes de las 37 semanas de gestación, independientemente de la forma de nacimiento, solicito que se apliquen las recomendaciones de la OMS para la atención del lactante prematuro o de bajo peso al nacer: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262>
2. En cualquier caso, requiero estar acompañada de una persona de mi confianza en todo momento, sin importar el procedimiento para el nacimiento de mi hijo sea parto vaginal o cesárea.
Deseo ser informada previa y debidamente de todos los procedimientos a practicar, tanto sobre mi persona como sobre mi bebé. Me gustaría que me explicaran las consecuencias de realizar dichos procedimientos, así como las de no realizarlos cuando sea posible (si la situación no es de emergencia vital) y que se me pidiera consentimiento y autorización en todo momento.
3. Siempre se sea posible y las condiciones mías y del bebé lo permitan, se realizará **inmediatamente al nacimiento el contacto piel con piel y se mantendrá al menos las 24 horas siguientes** a su nacimiento o el tiempo necesario para su estabilización y bienestar. En caso de necesitar más, se garantizará:



- Que los procedimientos necesarios para asegurar el bienestar de la diada (incluyendo la estabilización de signos vitales) se realicen sobre mi pecho (o el de mi acompañante ante una posible incapacidad) utilizando el **Método Madre Canguro**. Se postergará el tallaje y otros procedimientos de rutinas no imprescindibles, para una vez transcurridas las primeras 24 horas desde el nacimiento.
- Se realizará el **corte oportuno del cordón umbilical**, entendido como aquel que se realiza cuando el cordón deja de latir y toda la sangre del mismo y de la placenta retorna al bebé.
- La única forma de alimentación de mi bebé será exclusivamente la **lactancia materna**. Se dejará al bebé al pecho, aunque sea prematuro, para intentar que se inicie de manera directa y espontánea en la primera hora de vida. En caso de no ser posible por razones de fuerza mayor se me extraerá el calostro y se le suministrará al bebé sin el uso de biberón para no generar confusión en el agarre y se propiciará la instauración de la lactancia lo más pronto posible.
- Me gustaría que me ayudaran a **amamantar a mi bebé**, recibiendo la información y la consejería necesaria en mis condiciones particulares, asesoramiento y apoyo para instaurar con éxito la lactancia.
- Se realizará el **ingreso conjunto** en todo momento, incluyendo que fuesen necesarios cuidados intensivos para uno de los miembros de la diada.
- Se garantizará el **acceso al área de la UCI** por parte de mi persona y de mi acompañante para asegurar el cuidado canguro la mayor cantidad de horas diarias.

En el siguiente enlace del Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal se pueden encontrar **los estudios y la evidencia científica que respaldan este plan de parto**:
<https://saludmentalperinatal.es/campana-de-separacion-cero/>

Firma, lugar y fecha: