



# Guía de preferencias para el nacimiento

En la Clínica Imbanaco ponemos a disposición de cada mamá la posibilidad de elegir las condiciones para mejorar la experiencia del nacimiento de su bebé.

Las decisiones clínicas del paciente estarán a cargo de un equipo médico especializado y estas dependerán de las condiciones médicas que se puedan presentar o de acuerdo al cumplimiento de los protocolos institucionales.

Por eso, le invitamos a diligenciar la siguiente guía:

- Prefiero parto por vía vaginal
- Prefiero cesárea

# Lo que usted debe preguntar a su médico tratante

- ¿Cómo puedo saber que inicié el trabajo de parto?
- ¿Cuándo debo ser hospitalizada para el trabajo?
- ¿Es posible contar con un acompañante durante el trabajo de parto?
- ¿Cómo me ayudan a controlar el dolor durante el trabajo de parto?
- ¿Qué alimentos puedo consumir durante el trabajo de parto?
- ¿Puedo moverme o ponerme de pie durante el trabajo de parto?
- ¿Cómo debo pujar al momento del parto?

Marque con una X su respuesta

## Preferencias del ambiente

- Me gustaría elegir el acompañante que estará conmigo.
- Me agradaría que las luces se atenuaran durante el trabajo de parto.
- Planeo traer música o programar mis canciones favoritas.
- Me gustaría llevar aromaterapia de mi preferencia (que no generan llamas y no sean inflamables).

Si No

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Preferencias de alimentación

- Prefiero evitar consumir alimentos durante el trabajo de parto.
- Prefiero comer ligeramente durante el trabajo de parto.
- Prefiero consumir líquidos de mi preferencia para mantenerme hidratada.

Si No

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Preferencias para el trabajo de parto y el nacimiento

- Prefiero ser admitida en la clínica cuando me encuentre en trabajo de parto en la fase activa de (> 6cm).
- Me gustaría tener un movimiento libre (caminar, pararme, sentarse) de ser viable.
- Prefiero esperar que el saco amniótico se rompa espontáneamente.
- Me sentiría cómoda con que el personal que esté de turno (enfermeras y ginecólogo/a) cuide y asista mi trabajo de parto.
- Estoy de acuerdo con que el personal de turno que asiste mi trabajo de parto realice el tacto vaginal cuando sea necesario.

Si No

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- |  | Si                    | No                    |
|--|-----------------------|-----------------------|
| • De ser posible, prefiero no tener episiotomía.                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Si existe la posibilidad, me agradaría realizar el corte del cordón umbilical. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Si es posible, desearía que mi bebé esté en mi pecho después del parto.        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Planeo la recolección de células madre para un banco.                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## Preferencias para el manejo del dolor

- |   | Si                    | No                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| • Me gustaría tener una ducha tibia para calmar el dolor.               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Prefiero solicitar el uso de medicamentos para el control del dolor.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Planeo usar la analgesia epidural para el dolor del trabajo de parto. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## Preferencia para parto por intervención quirúrgica (cesárea)

- |  | Si                    | No                    |
|--|-----------------------|-----------------------|
| • Desearía que mi acompañante estuviera conmigo.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Me gustaría bajar la barrera para que yo pueda observar a mi bebé.                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Si no supone un riesgo y es posible, me gustaría tener un brazo suelto para acariciar a mi bebé. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Me gustaría mantener el contacto piel con piel. Si ambos estamos bien.                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## Preferencias para el cuidado del recién nacido

- |   | Si                    | No                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| • ¿Puedo tener preguntas o necesito ayuda para la lactancia por parte de un asesor externo a la Clínica?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Me gustaría que todos los procedimientos y medicamentos para mi bebé, me sean explicados antes de ser realizados o administrados.                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Si mi bebé necesita ser trasladado a otra sala por alguna razón, me gustaría que estuviera acompañado por un acompañante de mi preferencia en todo momento. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Me gustaría participar de la primera higiene corporal de mi bebé.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Me gustaría dar lactancia materna exclusiva.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Si mi bebé necesita alimentación adicional, como fórmula, me gustaría conocerla primero y que se me explique cómo suministrarla a mi bebé.                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

En tiempos de contingencia COVID-19, seguiremos las guías establecidas y las medidas de protección personal para el cuidado de la mamá y su bebé.

De acuerdo a las medidas optadas por la contingencia actual, el acompañante no podrá tener síntomas, como: fiebre, tos, expectoración, diagnóstico o sospecha de COVID-19.

Diligencie este documento para que sea revisado y comentado con su médico tratante, después debe ser entregado a la **Unidad de Cuidado Integrado de la Mujer de la Clínica Imbanaco**.

## ¿Qué debes cargar en la maleta para el nacimiento de tu bebé?

### Equipaje para el bebé

- Dos (2) gorros.
- Dos (2) bodys (camiseta que se pueda abotonar abajo).
- Dos (2) vestidos o pijamas enterizos con saco.
- Diez (10) pañales desechables.
- Dos (2) medias suaves.
- Dos (2) cobijas.
- Pañitos húmedos sin alcohol.
- Una (1) crema antipañalitis a base de óxido de zinc.
- Silla de carro para bebé, instalada en el automóvil en el que será trasladada al salir de la Clínica Imbanaco.

### Equipaje para la mamá

- Dos (2) camisones o pijamas (que facilite la lactancia)
- Dos (2) medias gruesas
- Ropa interior para tres cambios.
- Artículos de aseo personal, cosméticos y toallas higiénicas para maternidad.
- Ropa cómoda para el egreso.

### Comentarios adicionales

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Clínica  
Imbanaco**  
Vocación de Servicio

**Cuidado Integral de la Mujer**  
**Horario de atención**  
24 horas, de lunes a domingo  
**Carrera 38 Bis No. 5B 2 – 04**  
**Sede Principal – Piso 3**

**Para consulta médica  
virtual comuníquese a los  
siguientes números:**  
(602) 3821000 – (602)5186000  
Extensión: 8127  
**Correo electrónico**  
citas.imb@quironsalud.com  
**Cali, Colombia**  
**www.imbanaco.com**