


CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

# Documento de Salud de la Embarazada



# Documento de Salud de la Embarazada

DOCUMENTO de salud de la embarazada.  
7ª ed.-- [Sevilla] : Consejería de Salud y Familias, 2019  
47 p. : il. ; 17 cm  
D.L. SE 1738-2019  
1. Embarazo 2. Atención prenatal 3. Salud de la  
mujer I. Andalucía. Consejería de Salud y Familias  
WQ 175

7ª edición, 2019



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons  
Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. 2019  
Depósito Legal: SE 1738-2019  
Imprime: Artes Gráficas SERVIGRAF, S.L.

Consejería de Salud y Familias: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias.html>  
Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: [www.repositoriosalud.es](http://www.repositoriosalud.es)



El Documento que tienes en tus manos es de gran importancia para ti y para la salud de tu bebé. Contiene la información que todo el personal sanitario que te atienda debe conocer sobre el desarrollo de tu embarazo.

Estos profesionales son:

Médica/o de familia: \_\_\_\_\_

Enfermera/o: \_\_\_\_\_

Matrón/a: \_\_\_\_\_

Ginecóloga/o: \_\_\_\_\_

Centro de Salud  
o Consultorio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

**Telf. Urgencias 955 54 50 60**

Lleva este documento y preséntalo cada vez que acudas o necesites de cualquier servicio sanitario.

No faltes a las revisiones periódicas y comunica cualquier anomalía que aparezca.





**Tu**

**Embarazo**

## DATOS PERSONALES

Nombre

---

Apellidos

---

Edad

Fecha de nacimiento:

/

/

---

País de origen

---

Profesión:

---

Nivel de estudios: Sin Estudios

Estudios Primarios

Estudios Medios

Estudios Superiores

Nº SS

DNI

---

N.U.H.S.A.: A.N.

---

## ANTECEDENTES DE INTERÉS

Familiares

---

---

Personales

---

---

Riesgos Laborales

---

Gripe

Si

No

Tipo:

---

Alergias / Intolerancias

---

---

Ginecológicos \_\_\_\_\_

Menarquia \_\_\_\_\_ FM \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Inmunización previa:

Rubeola Si  No  Tétanos: Si  No  \*

Gripe Si  No  \* Otras:(especificar) \_\_\_\_\_

Medicamentos de consumo habitual \_\_\_\_\_

Tabaco. Consumo previo al embarazo NO  SI  cig/día \_\_

Tabaco. Consumo actual NO  SI  cig/día \_\_

Alcohol\*\* : NO  SI  gr/día \_\_

Otras drogas \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

## EMBARAZOS ANTERIORES

	Año	Evolución embarazo	Tipo de parto/Aborto	Peso	Sexo
1.º					
2.º					
3.º					
4.º					
5.º					

\* En vacunación Antitetánica y Antigripal seguir pautas de recomendaciones de la página 20.

\*\* Para el cálculo de ingesta de alcohol seguir pautas del cuadro de la página 21.



# GESTACIÓN ACTUAL

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Talla (cm) \_\_\_\_\_ Peso previo \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_

Grupo y Rh: \_\_\_\_\_

Test Coombs indirecto \_\_\_\_\_

Tratamientos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exploración general \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exploración obstétrica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Incidencias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# DIAGNÓSTICO PRENATAL

## Cribado combinado de cromosopatías en:

1<sup>er</sup> trimestre

NO. Motivo .....

SI. Resultado .....

2<sup>o</sup> trimestre

NO. Motivo .....

SI. Resultado .....

## Prueba diagnóstica (si fuera necesaria):

Biopsia corial  Resultado .....

Amniocentesis  Resultado .....

Cordocentesis  Resultado .....

## LACTANCIA

Intención lactancia materna:

SI NO NO SABE

Lactancia Materna Adaptada a Mujeres con Discapacidad:

SI  NO

## RECOMENDACIONES:

Se consideran recomendaciones comunes en todas las visitas:

- Dieta equilibrada, asegurando requerimientos diarios de calcio.
- Hábitos higiénicos (higiene bucal).
- Abandono de hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y drogas).
- Evitar exposiciones de riesgo.
- Uso de sal yodada y suplemento de yoduro potásico durante el embarazo y la lactancia.
- Realización de ejercicio físico (caminar, nadar) adaptados a las necesidades de las personas con movilidad reducida.
- Educación Maternal adaptadas a las personas con discapacidad.
- Relaciones Sexuales durante el embarazo
- Quimioprofilaxis con ácido fólico en todas las mujeres con deseo de gestación, desde al menos un mes antes de la concepción y hasta las 14 semanas de la gestación.
- Evitar antisépticos yodados durante el embarazo y la lactancia.
- Información sobre lactancia materna.

# VISITAS

	Fecha	Sem. Gest.	T.A.	Peso	Edemas	Alt.Ute.
1 <sup>a</sup>						
2 <sup>a</sup>						
3 <sup>a</sup>						
4 <sup>a</sup>						
5 <sup>a</sup>						
6 <sup>a</sup>						
7 <sup>a</sup>						
8 <sup>a</sup>						
9 <sup>a</sup>						
10 <sup>a</sup>						

- Fecha última regla . . . . . Fecha probable parto. . . . .
- S.O.G. 100 gr. Fecha. . . . . Basal . . . . . 1<sup>a</sup> hora . . . . .
- Vacuna gripe . . . . .

## Análisis

Grupo sanguíneo ..... RH. .... Coombs indirecto. .... AgHBs .....  
 Hb. .... Hto. .... VCM .....  
 Rubeola ..... V.I.H. .... Lúes ..... Consumo tabaco .....  
 Otras determinaciones.....

Estat.Fet.

Lat.Fet.

Consumo tabaco .....

Urocultivo (12-16 semanas) .....  
 Consumo tabaco

Consumo tabaco .....

Consumo tabaco .....

**(24-28 semanas)**

O'Sullivan ..... Tdpa (desde 27 semanas). ....  
 Hb..... Hto ..... VCM.....  
 Coombs indirecto ..... Globulina anti-D  
 en RH- no sensibilizada .....  
 Urocultivo .....  
 Consumo tabaco .....

Consumo tabaco .....

**(35-37 semanas)**

Cultivo vagino-rectal E.G.B. ....  
 Analgesia Epidural (información-consentimiento informado). ....  
 Analgesia Alternativas .....  
 TP..... TTPA ..... Plaquetas .....  
 Consumo tabaco .....

Consumo tabaco .....

Consumo tabaco .....

..... F.p.p. por eco 1er T. ....

..... 2ª hora..... 3ª hora.....

# VISITAS

	Incidencias (baremo de riesgo) / Tratamiento*
1 <sup>a</sup>	
2 <sup>a</sup>	
3 <sup>a</sup>	
4 <sup>a</sup>	
5 <sup>a</sup>	
6 <sup>a</sup>	
7 <sup>a</sup>	
8 <sup>a</sup>	
9 <sup>a</sup>	
10 <sup>a</sup>	

\* Ver página 22

# PREPARACIÓN AL PARTO

Sesión / Fecha	
1ª	
2ª	
3ª	
4ª	
5ª	
6ª	
7ª	
8ª	
9ª	
10ª	

# ECOGRAFÍAS

Desea conocer el sexo del bebé SI  NO

	FECHA	FECHA	FECHA	
SEMANAS AMENORREA				
ESTÁTICA				
C.R.L.				
D.B.P.				
LONGITUD FÉMUR				
CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL				
LÍQUIDO ANMIÓTICO				
PLACENTA				
CONCORDANCIA AMENORREA				
OTROS HALLAZGOS				



	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA



# PARTO

## HOSPITAL \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Semana de gestación \_\_\_\_\_

**PRESENTACIÓN** Cefálica  Pelviana  Transversa

**PARTO**  Espontáneo  Estimulado  Inducido. Motivo \_\_\_\_\_

**ANESTESIA:**  Epidural  Intradural  General

**ANALGESIA:**  Epidural  Intradural  Intravenosa

Otro tipo de analgesia:  Especificar \_\_\_\_\_

Posición Dilatación: \_\_\_\_\_ Expulsivo: \_\_\_\_\_

## TERMINACIÓN

Espontánea

Ventosa  Motivo \_\_\_\_\_

Fórceps  Motivo \_\_\_\_\_

Cesárea  Motivo \_\_\_\_\_

Otros

**Episiotomía**  **Desgarro**  Tipo I  II  III  IV

Tipo de sutura \_\_\_\_\_

**Alumbramiento** Espontáneo  Dirigido

**Acompañamiento** NO  SI  Padre  Otra persona

**Pinzamiento de Cordón** Tardío  Precoz  Motivo \_\_\_\_\_

**Contacto Piel con Piel** SI  NO  Motivo \_\_\_\_\_

Incidencias \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

**RECUERDA:** Es importante que esta hoja esté rellena cuando salgas del Hospital.

# RECIÉN NACIDO O RECIÉN NACIDA

**Sexo:** Hombre  Mujer

Peso (gr) \_\_\_\_\_

Test de Apgar: 1 min. \_\_\_\_\_ 5 min. \_\_\_\_\_

Reanimación: NO  SI  Tipo \_\_\_\_\_

Expulsión meconio: NO  SI  Micción: NO  SI

Observaciones \_\_\_\_\_

**Díptico de Información Cribado metabólico** SI  NO

**Toma de muestras :** Hipotiroidismo SI  NO

Profilaxis ocular SI  NO  Profilaxis vitamina K SI  NO

Donación cordón: SI  NO

## OBSERVACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO

Gamma anti D \_\_\_\_\_

## LACTANCIA

### Durante la Estancia Hospitalaria:

Materna Exclusiva  Mixta  Artificial

### Al Alta Hospitalaria:

Materna Exclusiva  Mixta  Artificial

Buen agarre SI  NO  Buena postura SI  NO

Buena transferencia de la leche SI  NO

Incidencias en relación con la lactancia \_\_\_\_\_

**OEA** Realizada SI  NO  Resultado \_\_\_\_\_

**RECUERDA:** Es importante que esta hoja esté rellena cuando salgas del Hospital.

No olvides la Ficha y el sobre para la Prueba del Talón. Debes acudir con tu hijo o hija entre el tercer y quinto día (preferiblemente el tercero), a tu Centro de Salud para la toma de muestra.

# VISITA PUERPERAL

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Días desde el parto \_\_\_\_\_

Tensión Arterial \_\_\_\_\_ Fiebre: SI  NO

**Lactancia:** Materna exclusiva  Materna parcial  Artificial

**R. nacido o R. nacida** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estado ombligo \_\_\_\_\_

**Toma de muestras:** Prueba del Talón SI  NO

Exploración abdominal y peritoneal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mamas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Incontinencia urinaria: SI  NO

Incontinencia fecal: SI  NO

Cribado auditivo: SI  NO

## Observaciones

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Visita Puerperal: Domicilio  Centro Salud

**Informar sobre 1ª Consulta de:** Atención a la Salud Infantil,  
Planificación Familiar y Programa de Vacunas

## CALENDARIO DE VISITAS DE CONTROL DE EMBARAZO

	Centro	Fecha	Hora	Consulta
1 <sup>a</sup>				
2 <sup>a</sup>				
3 <sup>a</sup>				
4 <sup>a</sup>				
5 <sup>a</sup>				
6 <sup>a</sup>				
7 <sup>a</sup>				
8 <sup>a</sup>				
9 <sup>a</sup>				
10 <sup>a</sup>				
11 <sup>a</sup>				
12 <sup>a</sup>				

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## VACUNACIÓN ANTITETÁNICA

**MUJERES EMBARAZADAS.** En mujeres con pauta de vacunación completa no se recomienda ninguna dosis adicional. En caso de no tener la pauta completa, se completará la pauta intentando evitar el primer trimestre de embarazo.

Pauta para personas que no han recibido ninguna dosis de tétanos-difteria.

PRIMO-VACUNACIONES			
	Td 1ª dosis	Td 2ª dosis	Td 3ª dosis
Adultos sin dosis previas	Tan pronto como sea posible	Al menos 1 mes después de la 1ª	Al menos 6 meses después de la 2ª

	1er recuerdo (4ª dosis)	2º recuerdo (5ª dosis)
Adultos con primovacunación	10 años tras la 3ª dosis	10 años tras la 4ª dosis
Intervalo mínimo entre dosis	12 meses desde la 3ª dosis	12 meses desde la 4ª dosis

Todo adulto con cinco dosis a lo largo de su vida sólo requiere una dosis de recuerdo alrededor de los 65 años.

## VACUNACIÓN ANTIGRI PAL

Se recomienda la vacunación antigripal en la mujer embarazada en cualquier trimestre de la gestación durante la época estacional de esta enfermedad. Esta vacuna proporciona protección frente a la gripe y sus complicaciones en la embarazada y al niño en los primeros meses de vida. Consulte con los profesionales de salud que le atienden, las indicaciones respecto a la administración y dosis vacunal.

Fuente: Vacunación en población adulta. Aprobado por la Comisión de Salud Pública en septiembre 2018.

## VACUNACIÓN FRENTE A TOSFERINA EN EMBARAZADAS

La tosferina se puede prevenir mediante vacunación. El propósito de la vacunación frente a tosferina en embarazadas es proteger a su hija/hijo frente a esta enfermedad en los primeros meses de vida, cuando estos todavía no pueden ser vacunados. Se trata de realizar una doble protección, a la madre y al recién nacido. Para ello se recomienda vacunar a las embarazadas con una dosis de la vacuna Tdpa a partir de la semana 27 de gestación, pero preferentemente en la semana 27 ó 28.

## CÁLCULO DEL CONSUMO DE ALCOHOL

El contenido de alcohol de una bebida depende de la concentración de alcohol y del volumen contenido. Hay amplias variaciones respecto a la concentración de las bebidas alcohólicas utilizadas en diferentes países.

Esta forma de calcular los gramos de alcohol se ha sustituido, en los últimos años, por el concepto de Unidad de Bebida Estándar (UBE). En España una «unidad de bebida» es igual a 10 gramos de etanol puro (Saunders y cols., 1993 Grupo de trabajo de Socidrogalcohol, 1996)

TIPO DE BEBIDA	VOLUMEN	Nº DE UBE
VINOS	1 VASO (100 cc) 1 LITRO	1 UBE 10 UBE
CERVEZAS	1 CAÑA (250 cc) 1 LITRO	1 UBE 5 UBE
COPAS	1 CARAJILLO (25 cc) 1 COPA (50cc) 1 COMBINADO (50cc) 1 LITRO	1 UBE 2 UBE 2 UBE 40 UBE
GENEROSOS	1 COPA (50cc) 1 COMBINADO (100cc) 1 LITRO	1 UBE 2 UBE 20 UBE

## VALORACION DEL RIESGO DURANTE LA GESTACIÓN

### RIESGO I O RIESGO MEDIO

1. Anemia leve o moderada ( $< 10,5$  gr/dl).
2. Anomalía pélvica.
3. Cardiopatías I y II.
4. Cirugía genital previa.
5. Condiciones socioeconómicas desfavorables.
6. Control gestacional insuficiente: 1ª visita  $> 20$  SG o  $<$  de 4 visitas o sin pruebas complementarias.
7. Diabetes gestacional con buen control metabólico.
8. DIU y gestación.
9. Edad extrema:  $< 16$  ó  $>$  de 35 años.
10. Edad gestacional incierta: FUR desconocida, ciclos irregulares o exploración obstétrica discordante.
11. Embarazo gemelar.
12. Embarazo no deseado: Situación clara de rechazo de la gestación.
13. Esterilidad previa: Pareja que no ha conseguido gestación en los dos años previos.
14. Fumadora habitual.
15. Hemorragia del primer trimestre (no activa).
16. Incompatibilidad D (Rh).
17. Incremento de peso excesivo:  $\uparrow$  IMC  $> 20$  % ó  $>$  de 15 K.
18. Incremento de peso insuficiente:  $<$  de 5 K..
19. Infecciones maternas: Infecciones sin repercusión fetal aparente.
20. Infección urinaria: BA y cistitis.
21. Intervalo reproductor anómalo: Período intergenésico  $<$  de 12 meses.
22. Multiparidad: 4 ó más partos con fetos  $>$  de 28 SG.
23. Obesidad: IMC  $>$  de 29 .
24. Presentación fetal anormal: Presentación no cefálica  $>$  32 SG.
25. Riesgo de CIR: Factores de riesgo asociados a CIR.
26. Riesgo de ETS.
27. Riesgo laboral: Trabajo en contacto con sustancias tóxicas.
28. Sospecha de malformación fetal: Antecedentes, alteraciones ecográficas o bioquímicas.
29. Sospecha de macrosomía fetal: Peso fetal estimado a término  $>$  de 4 K..
30. Talla baja: Estatura  $<$  de 1,50 m..

### RIESGO II O ALTO RIESGO

1. Abuso de drogas: Consumo habitual de drogas, fármacos.
2. Alteraciones del líquido amniótico: hidramnios y oligoamnios.

3. Amenaza de parto prematuro: Desencadenamiento de trabajo de parto sin o con escasos cambios cervicales en < 37 SG.
4. Anemia grave: Hb < de 7,5.
5. Cardiopatías grado II y IV.
6. Diabetes mellitus tipo 1: Diabetes pregestacional.
7. Diabetes gestacional con mal control metabólico.
8. Embarazo gemelar.
9. Endocrinopatías (otras): Alteraciones del tiroides, suprarrenales, hipofisis, hipotálamo.
10. Hemorragias del segundo y tercer trimestre.
11. Hipertensión arterial: HTA crónica, preeclampsia.
12. Infección materna: Cualquier infección con repercusión materna, fetal o en RN.
13. Isoinmunización.
14. Malformación uterina: Cualquier malformación incluyendo la incompetencia cervical.
15. Antecedentes obstétricos desfavorables: Dos ó más abortos, uno ó más prematuros, partos distócicos. RN con deficiencia mental o sensorial, una ó más muertes fetales o neonatales. Antecedente de CIR. Antecedentes de malformación fetal importante.
16. Pielonefritis.
17. Patología médica materna asociada grave: Cualquier enfermedad que provoque intensa o moderada afectación materna y/o fetal (insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria, discrasias sanguíneas, insuficiencia hepato-celular,...).
18. Sospecha de CIR: Biometría ecográfica fetal < que EG.
19. Tumoración genital: Uterina, anexial.
20. FIV/ICSI.

### **RIESGO III O RIESGO MUY ALTO**

1. CIR confirmado.
2. Malformación fetal confirmada en gestación actual.
3. Incompetencia cervical confirmada.
4. Placenta previa.
5. Desprendimiento prematuro de placenta.
6. HTA grave.
7. Amenaza de parto prematuro.
8. Rotura prematura de membranas en gestación pretermino.
9. Embarazo prolongado.
10. Patología materna asociada grave.
11. Muerte fetal anteparto en gestación actual.
12. Otras.







# MIS NOTAS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## MIS NOTAS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# **Momentos del Proceso de Nacer**



# CUANDO SE HA CONFIRMADO EL EMBARAZO

- Serás atendida en el **“Programa de Atención al embarazo, parto y puerperio”** de tu Centro de Salud.
- Te realizarán las pruebas y controles necesarios para garantizar tu salud y la de tu hijo o hija.
- **PREPARACION AL PARTO.** Te ofrecerán educación maternal desde la 1ª consulta y las citas para acudir a la sesiones de grupo.
- Todas las pruebas y controles quedarán registradas en el **Documento de Salud de la Embarazada.**

***LLÉVALO SIEMPRE CONTIGO.***

## ***DOCUMENTOS***

---

- ✓ Documento de Salud de la Embarazada (D.S.E).



# PREPARÁNDOSE PARA EL PARTO

- Cuando llegue el momento tan esperado, deberás acudir al Hospital y si estás de parto te quedarás ingresada.
- Si has elaborado un “Plan de Parto y Nacimiento” entrégalo a la matrona o profesional que te reciba.
- Durante la estancia en él puedes estar acompañada por la persona que elijas.
- El personal sanitario te informará sobre las distintas técnicas para la reducción o eliminación del dolor y poder elegir la más adecuada para ti.
- También os informarán sobre la **identificación** que se hará a vuestro hijo o hija al nacer.
- Todas las incidencias del parto y de vuestro hijo o hija se anotarán en el **Documento de Salud de la Embarazada** y en la **Cartilla de Salud Infantil**.
- Es aconsejable iniciar la **lactancia materna** en las primeras horas después del parto.
- **Las vacunas** a vuestro hijo o hija se inician en el Hospital.
- Lo habitual es que si el parto ha finalizado de forma espontánea y no ha habido complicaciones maternas ni neonatales, se oferte un alta precoz, entre las 24 y 48 horas después del parto. En caso de parto instrumental o cesárea, la estancia hospitalaria puede ser algo más prolongada, entre 48 y 72 horas después del parto.

## DOCUMENTOS

---

- ✓ Cartilla de Salud Infantil (C.S.I.).
- ✓ Plan de Parto y Nacimiento (P.PyN.).

## DE VUELTA A CASA

- **La inscripción en el Registro Civil** de vuestro hijo o hija podéis hacerla en el lugar de nacimiento o bien en el de vuestra residencia y para ello necesitaréis el **Certificado de nacimiento** firmado por el personal que atendió el parto.
- Para que tu hijo o hija se beneficie de las prestaciones de la Seguridad Social y de la Asistencia Sanitaria hay que presentar en la Agencia de la Tesorería General de la Seguridad Social, los siguientes documentos:
  - Libro de Familia con el recién nacido inscrito.
  - Cartilla/Tarjeta sanitaria del padre o de la madre.
  - D.N.I. del titular de la Cartilla/Tarjeta sanitaria.
- Debéis solicitar a vuestro Centro de Salud que os den citas para el/la:
  1. **Visita Puerperal**, que se realizará entre el 5º y 9º día después del parto, y donde os darán información sobre posparto, crianza y grupos de apoyo a la lactancia materna.
  2. **Programa de atención a la salud infantil**, para el seguimiento del desarrollo físico y psicomotor de vuestro hijo o hija.
  3. **Prueba del talón.**
  4. **Programas de salud sexual y anticoncepción.**

### DOCUMENTOS

---

- ✓ Informe de alta hospitalaria de la madre y el recién nacido.
- ✓ Certificado de nacimiento del recién nacido.
- ✓ Díptico de Información a la Familia, “La prueba del Talón”.
- ✓ Sobre y Ficha “color verde” para la toma de Muestra del Cribado Metabólico.
- ✓ Folleto “Disfruta de la lactancia”.

# CUIDADOS POSTERIORES

- Os darán los resultados de la prueba del talón (metabolopatías) que se le ha hecho a vuestro bebé.
- **La Organización Mundial de la Salud** recomienda la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses de la vida del bebé.
- Vuestro bebé se incorpora al **“Programa de Vacunas”** que ya se inició en el Hospital, siguiendo el **calendario de vacunación**.
- Todas las consultas, pruebas y vacunas que se realicen a tu hijo o hija serán registradas en al **Cartilla de Salud Infantil**.
- En los dos primeros años de vida es muy importante tomar medidas para **prevenir los la accidentes infantiles**.

## **DOCUMENTOS**

---

- ✓ Folleto sobre “Recomendaciones para la lactancia materna”.



# Tus Derechos



# DECRETO 101/1995

## Los derechos de los padres y de los niños durante el proceso del nacimiento

### **DERECHOS DE LA MADRE:**

---

1. A ser tratada de forma personalizada, con el máximo respeto, garantizando su intimidad.
2. A la confidencialidad.
3. A ser considerada la protagonista del proceso del parto.
4. Al parto natural y a la reducción del dolor.
5. A ser informada de cualquier incidencia.
6. A ser consultada en caso de estudio.
7. A ser acompañada antes, durante y después del parto.
8. A tener a su lado a su hijo/a durante la estancia en el Hospital.
9. A que se le facilite la lactancia materna.
10. A recibir asesoramiento en los cuidados del recién nacido.
11. A que se le entregue informe de alta y Documento de Salud de la Embarazada.
12. A que se facilite la adopción del recién nacido, si fuera solicitada, asegurando el respeto a la decisión y a la confidencialidad.

*“ ... derechos de las personas a tomar sus propias decisiones en el marco de las nuevas relaciones establecidas en el campo sanitario ”*

## En el Hospital

### **DERECHOS DEL RECIÉN NACIDO**

---

1. A ser tratado de forma respetuosa evitándole dolor y sufrimiento.
2. Recursos humanos y materiales necesarios para ser atendido.
3. A ser identificado correctamente.
4. Al sueño apacible sin interrupciones innecesarias.
5. A ser cuidado, si es posible, por el mismo personal.
6. A que su estancia en el Hospital sea lo más breve posible.
7. A ser acompañado por sus padres.
8. A que se le facilite la estimulación precoz, en caso necesario.
9. A la documentación necesaria y a la Cartilla de Salud Infantil.
10. A que se facilite su guarda según lo establecido en el Código Civil.

### **DERECHO DE LOS PADRES**

---

1. A recibir información comprensible, suficiente y continuada sobre el estado de su hijo/a.
2. A tener contacto con su hijo/a, si la situación clínica lo permite.
3. A participar en los cuidados y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.
4. A prestar consentimiento expreso y por escrito, para las pruebas que se realicen a su hijo/a.
5. A que se le facilite la lactancia materna.
6. A recibir información y asesoramiento sobre los cuidados de su hijo/a.
7. Al informe de alta y a los cuidados necesarios para su seguimiento.
8. A los contactos necesarios para los recursos sociales de apoyo.

***Derecho de tramitación de sugerencias, quejas y reclamaciones de todos los usuarios de los servicios sanitarios andaluces en relación con el cumplimiento de lo previsto en el presente Decreto.***

# DECRETO 246/2005

**de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad.**

**BOJA 244 de 16 de diciembre.**

## **ARTÍCULO 9. PERSONAS RECIÉN NACIDAS Y VÍNCULO MADRE-HIJA O HIJO**

1. Los servicios sanitarios implicados en la atención perinatal adecuarán su organización y sus recursos para favorecer el vínculo madre-hija o hijo en los dispositivos de atención: en la educación maternal, en el proceso de parto, en el momento de las recomendaciones al alta puerperal y en la visita puerperal.
2. En el momento del nacimiento se facilitará el contacto físico con su madre y se evitará la separación madre-hija o hijo en el post-parto inmediato, garantizándose, salvo que circunstancias clínicas lo impidan, la permanencia hospitalaria conjunta del niño o niña con su madre.
3. En el caso de que la persona recién nacida precise ingreso, se facilitará el ingreso conjunto madre-hija o hijo y el acceso del padre y de la madre al contacto directo con su hijo o hija.
4. En todos los casos atendidos en los servicios y dispositivos de atención al embarazo, parto y puerperio se fomentará la lactancia materna, facilitando a las madres la información necesaria y eliminando cualquier obstáculo que pueda impedir aquélla. Una vez informada la madre, se respetará la opción que ésta elija sobre la alimentación de su hija o hijo.
5. Los centros sanitarios evitarán en sus dependencias la existencia de cualquier tipo de información o publicidad que induzca a la sustitución de la lactancia materna por otro tipo de alimentación.



6. En caso de ingreso de la persona recién nacida se garantizará la posibilidad de lactancia materna si no hay contraindicación médica. Se facilitará la alimentación con leche de su madre cuando el bebé no pueda mamar de forma transitoria.

## PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

El Plan de Parto y Nacimiento es un documento elaborado por la mujer gestante y su pareja en el cuál expresan sus deseos y preferencias en relación a su parto y al nacimiento de su bebé. El mismo debe servir de orientación al equipo de profesionales responsables de su atención durante la estancia en el hospital. Si bien puede elaborarse en cualquier momento de la gestación, es aconsejable hacerlo entre las semanas 28 y 32.

Su función, a pesar de su nombre, no es exactamente planificar el desarrollo del parto o el nacimiento, en los que están implicadas muchas variables impredecibles, sino ofrecer la oportunidad de expresar sus preferencias para aquellos aspectos en los que existen alternativas igual de eficaces y seguras. En cualquier caso, su realización, les ayudará a usted y a su pareja a comprender mejor todo lo que va a ocurrir y les permitirá participar de forma activa en todo el proceso.

No obstante, la información sobre todos los temas que contempla se la proporcionarán las personas responsables de su atención durante el embarazo, quienes le aclararán las posibles dudas que puedan surgir. No dude en consultarles las implicaciones de cualquier decisión que desee tomar y podrán orientarla adecuadamente. Si es posible visite el hospital donde tiene pensado dar a luz.

En un Plan de Parto y Nacimiento, la gestante y su pareja expresan expectativas relacionadas con el proceso del parto (durante la dilatación, expulsivo, alumbramiento) y el nacimiento de su bebé (primeros momentos, cuidados del recién nacido/a, alimentación del bebé y estancia hospitalaria).

La realización de un plan de este tipo le permitirá mejorar su comunicación con el personal sanitario y evitará tener que exponer sus

deseos en unos momentos en los que preferirá centrarse en vivir con satisfacción la experiencia de ser madre.

Siempre que el parto y el nacimiento se desarrollen de forma normal y las condiciones de la madre y el recién nacido/a lo permitan, se favorecerá que se cumplan los deseos de la gestante y su pareja en lo relativo al parto y al nacimiento del bebé. Si existiera algún problema que precisara de alguna intervención médica, la pareja sería informada y se les daría opción a elegir libremente entre las diferentes opciones terapéuticas existentes para solventar la situación, tal y como queda reflejado en la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, de noviembre de 2002.

Una vez realizado, puede entregarlo a la matrona o profesional que la reciba en el momento del ingreso hospitalario para el parto. Todas las personas que se ocuparán de su atención y de la de su bebé esperan que el proceso se desarrolle de acuerdo a sus expectativas y deseos. En ello pondrán su empeño y profesionalidad.

## **DECRETO 330/2010** **de 13 de julio, por el que se crea y regula el** **Registro Único de partos y nacimientos de** **Andalucía. BOJA 145, de 26 de julio.**

- Consiste en un registro desarrollado en soporte Web en el que se inscribirán todos los partos y nacimientos acontecidos en Andalucía, tanto los que se hayan producido en el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) como en los centros privados ajenos a éste.
- Este registro supone la incorporación inmediata y automática del recién nacido a la Base de Datos de Usuarios (BDU) del SSPA, lo permite otorgarle un Número Único de Historia de Salud de Andalucía (NUHSA) y, por tanto, el acceso a sus datos por parte de su pediatra de atención primaria desde el mismo momento del alta hospitalaria, garantizando la continuidad asistencial.





# Tus Deberes

# LEY DE SALUD DE ANDALUCÍA 2/1998

- Cuidar las instalaciones y colaborar en su mantenimiento.
- Cumplir las normas y procedimientos que te permiten acceder a las prestaciones sanitarias.
- Utilizar, de forma responsable, los recursos ofrecidos desde el Sistema Sanitario Público.
- Respetar las normas establecidas en el centro, así como al personal que te atiende.



# Más Información

## UNA VENTANA ABIERTA A LA FAMILIA

([www.ventanafamilias.es](http://www.ventanafamilias.es))

‘Una ventana abierta a la familia’ es una plataforma de comunicación que pretende apoyar a las familias y mejorar el bienestar de niños, niñas y adolescentes de Andalucía.

En el sitio web ‘Una ventana abierta a la familia’ se accede a contenidos sobre distintas temáticas relacionadas con la salud infantil como embarazo y nacimiento, desarrollo evolutivo (bebés, infancia y adolescencia), vacunas, estimulación, alimentación saludable, actividad física, etc.

Si tienes dudas o preguntas...

‘Una ventana abierta a la familia’ ofrece a las familias la posibilidad de plantear dudas y hacer consultas sobre la salud y el desarrollo infantil

Si tiene alguna duda sobre el desarrollo de su hijo o hija, puede enviar su consulta al Centro de Información y Servicios Salud Responde, en el teléfono **955 54 50 60** y por correo electrónico en [saludresponde@juntadeandalucia.es](mailto:saludresponde@juntadeandalucia.es).

También puede enviarnos su pregunta a través del sitio web: [www.ventanafamilias.es](http://www.ventanafamilias.es)

Apúntate

Para recibir información y recordatorios periódicos sobre la crianza de niñas y niños a lo largo de varias etapas se puede solicitar la inscripción en ‘Una ventana abierta a la familia’ a través de:

- Salud Responde, preferentemente en la app de Salud Responde. Incluya su correo electrónico para confirmar el alta en la aplicación y para poder recibir información específica sobre salud infanto-juvenil. También pueden inscribirse en el teléfono **955 54 50 60**.
- La cumplimentación del formulario de inscripción on line en el sitio web [www.ventanafamilias.es](http://www.ventanafamilias.es)

Quienes pueden solicitar la inscripción del menor en el servicio **‘Una ventana abierta a la familia’** de Salud Responde son exclusivamente el **padre**, la **madre**, el/la **tutor/a legal** y el/la **guardador/a** del mismo. (DECRETO 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad.)

- La solicitud de inscripción será confirmada para aquellas personas que dispongan de la **Tarjeta Sanitaria de Andalucía**.
- Rellenar una solicitud por cada niño o niña que se desee inscribir.
- La información se recibirá en el canal de comunicación de preferencia (móvil, correo electrónico o ambos).

**[www.ventanafamilias.es](http://www.ventanafamilias.es)**







JUNTA DE ANDALUCÍA