


CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS



Documento de Salud de la Embarazada



Junta de Andalucía



Documento de Salud de la Embarazada

DOCUMENTO de salud de la embarazada. --
8ª ed.-- [Sevilla] : Consejería de Salud y
Familias, 2020
48 p. : il. ; 17 cm
D.L. SE 2036-2020
1. Embarazo 2. Atención prenatal 3. Salud de la
mujer I. Andalucía. Consejería de Salud y Familias
WQ 175

8ª edición, 2020



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

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. 2020
Depósito Legal: SE 2036-2020
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

E

l documento que tienes en tus manos es de gran importancia para todos. Contiene la información necesaria para el buen desarrollo de tu embarazo. Llévalo contigo siempre y preséntalo en cualquier servicio sanitario.

Vas a ser atendida en el “Programa de atención al embarazo, parto y puerperio” de la Consejería de Salud y Familias.

Centro de Salud: _____

Teléfono: _____

Médico/a de familia
responsable de embarazo: _____

Matrona/ón: _____

Enfermera/o: _____

Obstetra: _____

Hospital de referencia: _____

Urgencias teléfono: 955 54 50 60

Teléfono de intérprete para traducción
si fuese necesario: 953 01 10 80



Tu Embarazo

MI HOJA DE RUTA

ASISTENCIA OBSTÉTRICA FUNDAMENTAL

(En embarazos de alto riesgo, se considerará otro seguimiento ecográfico)

Ecografía de las 12 semanas (11-13⁺⁶): Medición de pliegue nucal y huesos nasales. Nos permitirá junto al análisis de sangre un cálculo combinado de riesgo de cromosomopatías.

Puede ser la primera o existir otra anterior, para saber tus semanas de embarazo exactas.

Ecografía de las 20 semanas (18-21⁺⁶): Valoración completa y exhaustiva de todos los órganos del feto, con el fin de intentar descartar la presencia de anomalías estructurales. Asimismo, se valoran parámetros del útero y la placenta.

Ecografía de las 30-35 semanas (34-36⁺⁶): Valoración del crecimiento fetal y de la cantidad de líquido amniótico, así como posible aparición de patología fetal evolutiva.

Pueden existir en ocasiones dos ecografías en este periodo, una sobre la semana 28 y otra a la 36.

Ecografía de las 39-40 semanas: Evalúa la posición del feto, su tamaño y el bienestar fetal intrauterino.

ANALÍTICAS BÁSICAS

Primer trimestre (a las 9-10 semanas): nos informa del estado de salud e inmunitario de la madre, grupo sanguíneo y marcadores sanguíneos que ayudan al cálculo de riesgo de síndrome de Down. En algunos casos se entrega sobrecarga de glucosa.

Segundo trimestre (entre las 24 y 28 semanas): Clave en el proceso diagnóstico de alteraciones en el metabolismo de la glucosa.

Tercer trimestre (a las 36-37 semanas): Estudio de coagulación, marcadores de hepatitis y exudado vagino-rectal para estreptococo del grupo B.

CRIBADO PRENATAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

De forma general se recomienda el cribado de sífilis, hepatitis B, VIH y estreptococo del grupo B en todas las embarazadas; el cribado de rubeola y varicela en función del estado de inmunidad de la embarazada, y el cribado de hepatitis C, enfermedad de Chagas y ZiKa sólo en grupos de riesgo definidos.

CRIBADO PRENATAL DE ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS

El objetivo de este cribado es la detección de las anomalías cromosómicas más frecuentes, como el síndrome de Down.

El cribado combinado del primer trimestre, es una prueba no invasiva que consiste en la combinación de características maternas con datos ecográficos (entre las 11-13 semanas) y un análisis de sangre (entre las 9-13 semanas). No conlleva ningún riesgo para el bebé. Los únicos riesgos son los derivados de cualquier análisis de sangre (pequeños hematomas en el brazo, pequeñas molestias locales en la punción.) La ecografía en general se realiza por el abdomen y no tiene riesgos para el feto. En algunos casos, se debe realizar por la vagina y puede conllevar pequeñas molestias.

Los resultados de este cribado nos informan cuál es el riesgo o la probabilidad de que el bebé esté afecto de una de estas anomalías. Esta prueba es capaz de detectar el 85-90% de los casos; aunque hay que tener en cuenta que en un 5% de los casos, el resultado de la prueba indicará un alto riesgo de padecer una anomalía, cuando en realidad no lo tiene (falso positivo).

Si el resultado del cribado combinado del primer trimestre indica un alto riesgo de anomalía cromosómica, se puede ofrecer la prueba de ADN fetal libre, que es una prueba no invasiva puesto que sólo es necesario una extracción de sangre de la madre, y que tiene una tasa de detección del síndrome de Down del 99 %.

Toda gestante debe ser informada de la fiabilidad de los resultados que se obtienen con estas pruebas y de las alternativas y procedimientos que pudiesen derivarse de los resultados; preferiblemente de forma presencial, para ser o no incluida en el programa de cribado. Tras el diagnóstico, se deben explicar todas las posibilidades que les ofrece el servicio sanitario en relación con la continuidad del embarazo, incluyendo facilitar contacto con asociaciones específicas; así como la interrupción de la gestación de acuerdo con lo establecido por la ley. Aunque sólo se precisa legalmente consentimiento verbal para hacer el cribado, éste debe ser registrado en la historia clínica, tanto si lo quiere como si lo rechaza.

VACUNAS BÁSICAS ACONSEJABLES PARA LA EMBARAZADA

(pueden ser administradas a la vez o con cualquier intervalo entre ellas)

Vacuna inactivada de la gripe: se aconseja ponerla durante la temporada de gripe y en cualquier trimestre del embarazo.

Vacuna de la tosferina: se aconseja ponerla lo más temprano posible a partir de la semana 27, y siempre 4 semanas antes del parto.

Vacuna anti D: se aconseja ponerla entre la semana 28 y 34 de gestación a mujeres RH negativo con test de Coombs negativo.

CÓMO RECOGER CULTIVO DE URINA

- Hay que lavarse las manos, los genitales externos y zonas próximas, con agua y jabón; y secarse de delante a atrás con un paño limpio.
- Separar bien los labios mayores con la mano y comenzar a orinar en el water (de cara a la cisterna de éste) dejando pasar una buena cantidad de orina. A continuación, orinar en el frasco, evitando que el chorro de orina toque la región genital.
- Emplear un frasco estéril.

CÓMO HACER UN EXUDADO VAGINO-RECTAL PARA LA DETECCIÓN DEL ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B (EGB)

El cultivo vagino-rectal realizado 5 semanas o más antes del parto, no es muy útil para predecir la colonización, por lo que es importante hacerlo más cercano a la semana 37.

No es necesario realizar esta determinación si existe un hijo anterior con infección neonatal por EGB, o si se ha detectado EGB en urocultivo durante la gestación.

Para la toma de muestras, se hará por la mañana al levantarse; sin lavarse, se introducirá la torunda de algodón primero en el tercio externo de la vagina, girando la torunda para impregnarla. Se saca y a continuación se introduce en el esfínter anal, donde también se girará. Seguir estrictamente ese orden: primero exudado vaginal y segundo, la toma de muestra rectal. Por último, se identificará con una pegatina el tubo de la torunda.

CUÁNDO DEBES ACUDIR A CONSULTA MÉDICA

Además de las consultas periódicas recomendadas, debes poner en conocimiento de tu médico cualquier anomalía, especialmente:

- Vómitos intensos y persistentes.
- Diarrea.
- Dolor al orinar.
- Dolor de cabeza no habitual.
- Hinchazón en una región diferente a los pies y tobillos por la tarde, o en estos lugares si no desaparece con el reposo nocturno.
- Disminución de movimientos fetales.

CUÁNDO DEBES ACUDIR AL HOSPITAL

- Si tienes contracciones cada 5 minutos durante 1 o 2 horas y es tu primer parto.
- Si tienes contracciones cada 10 minutos durante 1 o 2 horas y no es tu primer parto.
- Cuando se produzca la rotura de la bolsa de aguas. Debe examinarse el color del líquido amniótico y hay que fijarse en la hora de la rotura.
- Cuando se produzcan pérdidas de sangre parecidas o superiores a las de una menstruación, con o sin contracciones.
- Cuando no se produzcan movimientos fetales. En caso de duda, se recomienda contar el número de movimientos que hace el bebé durante las dos horas siguientes a las comidas. Asimismo, es aconsejable contar los movimientos tumbada sobre el costado izquierdo. Si se cuentan menos de 10 movimientos durante estas dos horas, es necesario consultar con profesionales.
- Fiebre: temperatura corporal igual o superior a 38°C.
- Dolor de cabeza muy intenso.

DATOS PERSONALES

Nombre:

Apellidos:

Edad:

Fecha de nacimiento:

/

/

N°SS/NUHSA:

DNI:

Nivel de estudios:

Profesión:

Situación laboral (a tiempo completo, parcial, autónoma, en paro...):

País de nacimiento:

País de origen*:

*recoger sólo en caso de riesgo de enfermedad de Chagas, ver pág.7.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Hacer hincapié en enfermedades transmisibles infecciosas (VHC, VHB, VIH..) y no infecciosas (distrofias, hemofilia..), cromosomopatías o defectos del tubo neural (espina bífida, Arnold Chiari, mielomeningocele y anencefalia), hábitos tóxicos, discapacidad psíquica, etc.

En la familia consanguínea también diabetes y trombofilias.

Pareja:

Familia consanguínea:

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades generales:




Alergias:

Medicamentos de consumo habitual:

Hábitos tóxicos:

Tabaco. Consumo previo al embarazo: _____ Cig/día: _____

Tabaco. Consumo actual: _____ Cig/día: _____

Alcohol en UBE: _____ 1UBE= 1  o 1  o 1/2 

Otras drogas: _____

Estado vacunal:

Riesgos laborales:

Riesgo psicosocial:

Riesgo Zika: _____

Mujeres que hayan estado dos meses antes de la gestación o durante ésta en zona endémica o hayan mantenido relación sexual sin protección con persona endémica; o que hayan viajado a esas zonas los 6 meses previos a la gestación. Para conocer las áreas endémicas de Zika, visitar el enlace:

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/zika-transmission-past-nine-months>

Riesgo Chagas: _____

Embarazada nacida en uno de los 21 países endémicos de la enfermedad de Chagas * o que sea originaria de alguno de ellos, aunque haya nacido en España. Embarazada con estancia superior a 1 mes en alguno de estos países o que haya recibido transfusión sanguínea en alguno de ellos.

*Argentina, Belize, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana Francesa, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay, Venezuela

HISTORIA GINECOLÓGICA

Menarquia _____ FM ____ / ____

Método anticonceptivo previo: _____

Patología ginecológica: _____

Patología obstétrica previa: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Embarazo previo año/peso del bebé	Evolución embarazo	Tipo de parto/aborto	Salud del R.N.
1.º			
2.º			
3.º			
4.º			
5.º			

OBSERVACIONES

GESTACIÓN ACTUAL

FUR: _____ FPP: _____ FUR ECO: _____ FPP ECO: _____

Edad: _____ Mayor riesgo <16 y >40: _____

Talla: _____ Mayor riesgo <1.50: _____

Peso: _____ IMC: _____ Mayor riesgo >30: _____

Aumento de peso: lo habitual es que en el primer trimestre sea más escaso y en el tercer trimestre sea mayor.

- Si IMC <20: Ganancia normal 12.5 kg.
- Si IMC 20-25: Ganancia normal 11 kg.
- Si IMC >25: Ganancia normal 7 kg.
- Si IMC >40: Aumentar sólo 5 kg.

Tratamientos al inicio de la gestación:

Tratamientos mantenidos durante la gestación:

Exploración médica general: AC: _____ AR: _____ TA: _____

Exploración ginecológica:

Intención lactancia:

VISITAS ATENCIÓN PRIMARIA	SEMANAS GESTACIÓN	TA	PESO	EDEMAS
1ª Fecha:				
Análisis Primer Trimestre Sedimento _____ Urocultivo _____ (Si+ repetir cada trimestre) Grupo sanguíneo _____ RH _____ Coombs _____ (Coombs+/RH-: Hb _____ (Hb<11:Hierro) Hto _____ Rubeola _____ VIH _____ TSH _____ (TSH>4 Tratamiento y control 4/6 S---TSH<0.1/ TSI, T3,T4 + Test O'Sullivan _____ Si >140 Sobrecarga 100: Basal _____ (<105)				
2ª Fecha:				
3ª Fecha:				
Análisis Segundo Trimestre Hb _____ (Hb <10.5: Hierro) Hto _____ TSH _____ (N< 3) VIH si FR _____ Coombs _____ (RH-/Coombs-: Anti D----RH-/Coombs+ sin AntiD previa: Test O'Sullivan _____ Sobrecarga 100 si O'Sullivan en 1er.T -: Basal _____				
4ª Fecha:				
5ª Fecha:				
6ª Fecha:				
Análisis Tercer Trimestre Hb _____ (Hb <11:Hierro) Hto _____ Plaquetas _____ Coagulación _____ Ag HBs _____ Ac HC _____ TSH _____ (N<3.5) Estreptococo grupo B:				
VACUNAS	Gripe	Anti D	Tosferina	
	Semanas _____ Fecha _____	Semanas _____ Fecha _____	Semanas _____ Fecha _____	
		Semanas _____ Fecha _____		

ALT. UTER Cm±2=S	LAT. FET 120-160	MF	COMENTARIOS
Otras: _____			
C. Alto riesgo---Coombs+/RH+: Consultar Ac irregulares)			
Lúes _____ Chagas si FR _____ Zika si FR _____ Ag HBs _____ (si+ C. Digestivo)			
Endocrino, si -, repetir 3-4 semanas)			
1ªh _____ (<195) 2ªh _____ (<165) 3ªh _____ (<145)			
Lúes si FR _____ Otras: _____			
Alto riesgo----Con AntiD previa: poner de nuevo AntiD)			
(<105) 1ªh _____ (<195) 2ªh _____ (<165) 3ªh _____ (<145)			
Otras: _____			
exudado vaginal-rectal >36S _____ Fecha: _____			
Otras posibles, sólo si riesgo alto:		Resto contraindicadas	
Hep. A _____	Meningococo _____		
Hep. B _____	Polio inactivada _____		
Neumococo _____	Rabia _____		

EVOLUCIÓN CLÍNICA E INCIDENCIAS

	Incidencias (baremo de riesgo) / Tratamiento
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	

EVOLUCIÓN CLÍNICA E INCIDENCIAS

	Incidencias (baremo de riesgo) / Tratamiento
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	

VISITAS OBSTÉTRICAS	Sem. FUM/ Sem. ECO	Estática	CRL	DBP
Fecha:				
Fecha:				
Fecha:				
Fecha:				
Fecha:				
Fecha:				

VISITAS MATRONA	Fecha		Fecha	
EDUCACIÓN MATERNAL	Fecha	Fecha	Fecha	
ABORDAJE SALUD SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones sexuales serán con normalidad. • Evitar relaciones sexuales si existe hemorragia genital, amenaza de parto pretérmino o rotura de la bolsa. • Evaluar salud sexual y riesgos. No exponerse al riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual, aconsejándose, en estos casos, la utilización del preservativo. • Anticoncepción. Abordar si querrá o no al finalizar la gestación y en caso afirmativo, las preferencias. • Citología. Si no se había hecho los 2 años previos, se podría hacer en el 1º trimestre. 			

Longitud Fémur	Circunf. abdominal	Líquido amniótico	Placenta	Otros

Fecha	Fecha	Fecha

Fecha	Fecha	Fecha

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 hepatocelular,...).
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 AUTOCONTROLES

		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
TENSIÓN <140/90 REPETIDA A LOS 10 min							
PESO							
OTROS							
GLUCOSA	BASAL <95						
	1H DD<140						
	1H DA<140						
	1H DC<140						
GLUCOSA	BASAL <95						
	1H DD<140						
	1H DA<140						
	1H DC<140						



Cuidados y Prevención

RECOMENDACIONES GENERALES DE PREVENCIÓN

- Cuidar los hábitos higiénicos (higiene bucal).
- Abandono de hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas).
- Realización de ejercicio físico sin pasar de 120-140 lpm (caminar, nadar, montar en bicicleta). Si previamente hacía ejercicio más intenso podría continuar los primeros meses e ir adaptándolo a las necesidades.
- Evitar exposiciones de virus (citomegalovirus, Toxoplasma, Listeria..) y el contacto con enfermos infecciosos.
- Evitar antisépticos yodados durante embarazo y lactancia.

PREVENCIÓN CITOMEGALOVIRUS (CMV)

El citomegalovirus está estrechamente relacionado con los virus que causan la varicela y la mononucleosis.

A todas las gestantes, principalmente si tienen contacto con menores de dos años, se deben recomendar medidas preventivas

No hay medidas que puedan eliminar todos los riesgos de infectarse por el CMV, sin embargo, hay maneras de reducir la propagación de la enfermedad:

- Lavarse bien y frecuentemente las manos con agua y jabón, especialmente después de cambiar pañales.
- No besar a los menores de 5 o 6 años en la boca ni en las mejillas. Si puede darles besos en la cabeza o abrazarlos.
- No compartir la comida, las bebidas o los utensilios (cucharas o tenedores) con menores.

Si estás embarazada y trabajas en una guardería, para reducir el riesgo de contraer el CMV es mejor trabajar con los que tengan más de 2 ½ años de edad, especialmente si nunca has sido infectada por este virus o no estás segura de haberlo sido.

PREVENCIÓN TOXOPLASMA

- Cocinar la carne a temperatura suficiente: 65-70° en la parte central y dejar reposar unos minutos.
- Congelar la carne durante varios días a -20°C
- Pelar o lavar las frutas y verduras a fondo
- Lavar las encimeras, las tablas de cortar, los platos, los cortadores, los utensilios y las manos con agua jabonosa, después de manipular alimentos y antes de comer.
- Evite beber agua potable no tratada y leche no pasteurizada.
- Use guantes cuando esté realizando trabajos de jardinería y durante cualquier contacto con tierra, podría estar contaminado con heces de gato que contengan toxoplasma. Lávese las manos con jabón y agua tibia después.

¿Cómo prevenir el riesgo de los gatos?

- Mantén a los gatos en el interior. Pide a alguien que limpie la caja de arena a diario (El Toxoplasma no se convierte en infeccioso hasta transcurridos entre 1-5 días después de que es vertido en las heces de un gato). Si no tiene a nadie, use guantes desechables y lávese después las manos con agua tibia y jabón.
- Alimenta a los gatos con comida enlatada o comida de mesa bien cocinada, no les des carnes crudas o poco cocidas. No adoptes ni manejes gatos callejeros, especialmente gatitos. No consigas un gato nuevo mientras estás embarazada.

PREVENCIÓN LISTERIA

La contaminación de alimentos por listeria es común y puede aumentar durante la refrigeración del mismo, por lo que incluso alimentos ligeramente contaminados pueden adquirir una gran contaminación durante la refrigeración. Este problema es preocupante cuando estos alimentos refrigerados se consumen sin cocción adicional en los grupos de riesgo de contraer la enfermedad, como son las embarazadas.

Las personas en riesgo deben evitar los alimentos refrigerados listos para consumir, a menos que se calienten hasta hervir o a temperaturas altas en otro tipo de técnica culinaria.

En general, se debe evitar el consumo de quesos blandos, pescados y mariscos ahumados refrigerados, a menos que hayan sido cocinados o estén enlatados; leche cruda (no pasteurizada) y verduras congeladas sin cocción previa o con escasa cocción antes de su consumo.

El melón comerlo recién cortado.

El líquido de los envases de fiambres, salchichas,...mantenerlo lejos de otros alimentos, utensilios y superficies de preparación de alimentos. Conviene lavarse las manos después de manipular estos productos.

Los alimentos que no necesitan ser refrigerados, como los patés o las carnes enlatadas, son seguros para comer.

PREVENCIÓN SALUD MENTAL

La buena salud mental, según la OMS, está relacionada con el bienestar físico y social.

Es importante comunicar a quienes atienden tu embarazo, los antecedentes personales y familiares respecto a la salud mental, especialmente los trastornos emocionales (ansiedad, depresión, etc.).

Del mismo modo, informa si tomas algún psicofármaco en la actualidad (o durante el último año), así como cualquier cambio en tu estado de ánimo o en tu bienestar mental.

Respecto a los aspectos emocionales, la depresión postparto no es infrecuente, (pudiendo comenzar durante el periodo prenatal); y es fundamental un abordaje adecuado. Comunica al personal sanitario que te atiende cualquier alteración en tu estado de ánimo para poder intervenir correctamente.

PREVENCIÓN VIOLENCIA DE GÉNERO

Durante el embarazo y el postparto, también pueden darse situaciones de violencia de género; de hecho, según la OMS, en una de cada cuatro mujeres, la violencia se inicia o aumenta durante el embarazo.

La violencia de género durante el embarazo y el postparto puede ser en forma de insultos o de menosprecio frente a los cambios que se producen en estas etapas; amenazas y aislamientos, empujones o golpes en la barriga, los pechos y los genitales, o cualquier relación sexual no deseada.

El resultado de la violencia de género en el embarazo son problemas de salud para la madre y para el bebé (como prematuridad, aborto, mortalidad perinatal...). Por eso es muy importante que si padeces una situación de violencia, no dudes en pedir ayuda al equipo de profesionales que realiza el seguimiento de tu embarazo, a fin de valorar tu situación e iniciar el acompañamiento y apoyo necesarios y adecuados a tu caso con el propósito de protegerte a ti y a tu bebé.

Se puede obtener más información sobre este tema en:

https://www.medicusmundi.es/storage/resources/publications/5ef3d06c18fee_guia-actuacion-violencia-embarazo.pdf

SUPLEMENTOS DURANTE EL EMBARAZO

Sigue siempre los consejos del personal sanitario que atiende tu embarazo.

En general se aconseja:

- **Ácido fólico y Yodo a todas las gestantes.**

Se recomienda tomar Ácido Fólico y Yodo desde 2 o 3 meses antes de la concepción, en el embarazo y en el postparto (de 4 a 6 semanas y mientras dure la lactancia).

Excepciones:

Se necesitan dosis mayores de Ácido Fólico en las siguientes situaciones:

- Defectos del tubo neural (DTN) en gestación anterior, como espina bífida, Arnold Chiari, mielomeningocele o anencefalia.
- Factores de riesgo de DTN
 - DTN en pareja, gestante o su familia
 - IMC>40 (30) o cirugía bariátrica
 - Diabetes mellitus insulino dependiente
 - Epilepsia en tratamiento anticonvulsivante
 - Tratamiento con antagonistas del folato: Sulfasalazina y Metrotexate
 - VIH
 - Otros: Vegetarianas o las que olvidan tomarlo

No se aconseja tomar Yodo si tienes Hipertiroidismo.

- **Vitamina D a todas las gestantes.** Es aconsejable la exposición diaria al sol, durante 15 minutos, sobre el 20% de la superficie corporal, sin protección solar, y mejor al amanecer o al atardecer.

Se podría suplementar con Vitamina D en las siguientes situaciones:

- Mujeres de piel muy oscura o raza negra
- Escasa exposición solar (musulmanas, oficinas...)
- Obesidad con IMC > 40
- Pacientes sometidas a Cirugía Bariátrica con S. malabsorción
- Mujeres con riesgo de preeclampsia
- Antecedentes de Hipertensión gestacional

EL TRABAJO DURANTE EL EMBARAZO

Algunas condiciones de trabajo se han asociado a malos resultados obstétricos (nacidos pretérmino, bajo peso al nacimiento): trabajo de más de 36 h/semana o 10 h/día, permanecer de pie durante más de 6 horas, ruido excesivo, cargar peso, estrés psicológico y/o físico, ambiente frío, exposición a agentes tóxicos, anestésicos, disolventes y pesticidas, etc.

La protección de la maternidad aparece regulada en el artículo 26 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. Se puede consultar la Guía de ayuda para la valoración del riesgo laboral durante el embarazo en:

http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/e91e61c5-7559-4ce9-9440-a4bfe80e1df2/RIESGO+EMBARAZO_on-line.pdf?MOD=AJPERES&CVID



Momento del Nacimiento

PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

El plan de parto y nacimiento es un documento escrito que la mujer embarazada utiliza para manifestar sus deseos y expectativas en relación al desarrollo de estos acontecimientos. También debe servir de orientación al equipo de profesionales responsables de tu 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 ofrecerte la oportunidad de expresar tus preferencias para aquellos aspectos en los que existen alternativas igual de eficaces y seguras. En cualquier caso el sólo hecho de leer este documento, te ayudará a comprender mejor todo lo que va a ocurrir y te permitirá participar de forma activa en todo el proceso.

No obstante, la información sobre todos los temas que contempla te la proporcionarán las personas responsables de tu atención durante el embarazo, quienes te aclararán las posibles dudas que puedan surgir. No dudes en consultarles las implicaciones de cualquier decisión que desees tomar y podrán orientarte adecuadamente.

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).

Debes tener en cuenta que el plan se elabora para ser aplicado en el desarrollo de un parto normal; en caso de que surja alguna complicación, es muy probable que tenga que verse alterado para adaptarse a los protocolos de actuación clínica en cada situación. De todo ello serás informada y se solicitará tu consentimiento.

Se puede descargar el Plan completo en:

https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PLANPARTOS2017JUNIO_completo.pdf

MOMENTO DEL NACIMIENTO

Inicio de parto

Existen una serie de signos que pueden indicar la posibilidad de que esté comenzando el parto y tienes que acudir al hospital (consulta la página 15 de este documento).

Información general

- Deberás acudir al hospital, con tu cartilla y con el Plan de parto si lo tuvieses.
- Podrás estar acompañada de la persona que desees.

- Se te informará sobre las diferentes técnicas para reducir el dolor y poder elegir la mejor para ti.
- Te informarán de como procederemos a identificar a tu bebé
- Registraremos en tu Documento de salud de la embarazada los datos del parto y del recién nacido.
- Si el parto va normal, se ofertará un alta precoz, a las 24-48h. Si el parto necesita ayuda instrumental o es cesárea, la estancia hospitalaria será de 48-72h

Si el parto se retrasa

A partir de las 41 semanas, y hasta la finalización de la gestación, es recomendable que el control sea 1 o 2 veces por semana. A partir de estas fechas y si el embarazo sigue un curso normal, se puede ofrecer a la gestante la finalización electiva de su embarazo con despegamiento de membranas amnióticas por tacto vaginal/ inducción del parto, aportándole la información adecuada.

LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es, para tu bebé; siempre que sea posible, la forma de alimentación más saludable, completa y segura.

Lo recomendable es iniciarla lo antes posible tras el parto; si es posible, en la primera hora de vida.

La lactancia materna debe ser exclusiva (sólo leche materna) y “a demanda”, sin horarios ni restricciones; cada vez que el bebé lo necesite. Es importante vigilar la posición correcta del bebé al pecho, “barriga contra barriga”, para una correcta succión.

Los biberones, tetinas y chupetes no son recomendables, porque pueden interferir en la manera de succionar del bebé, y dificultar la lactancia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses; y junto a la alimentación complementaria, hasta los dos años de vida como mínimo; y a partir de ahí, el tiempo que la madre y la niña o niño lo deseen.

Es muy recomendable tras el parto llevar una dieta equilibrada, y evita el consumo de alcohol y otros tóxicos.

La lactancia materna es compatible con muchos medicamentos, pero deben ser prescritos por profesionales de la medicina. No te automediques.

Durante la lactancia pueden surgir dudas y problemas. Consulta al personal sanitario, una de nuestras funciones es asesorarte y apoyarte. Probablemente, existirá algún grupo de apoyo a la lactancia en tu zona, en el que podrás recibir ayuda y asesoramiento.

La lactancia natural también tiene beneficios adicionales para ambos, mejora la vinculación, resulta más ecológico, económico, y mejora el estado inmunitario del bebé, disminuyendo alergias, obesidad, etc.

Puedes obtener más información en:

<http://lactanciamaterna.aeped.es/>

<https://lactapp.es/>

Cuando no se opte por la lactancia natural, hay otras posibilidades de alimentación que te podrá indicar tu pediatra.

PRESTACIONES POR NACIMIENTO Y CUIDADO DE MENOR

El Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, establece las prestaciones por nacimiento y cuidado de menor, así como los permisos por nacimiento, adopción y progenitor diferente de la madre biológica.

Derechos de la madre biológica:

Disfrutará completamente de los periodos de suspensión de 16 semanas con la siguiente distribución:

- 6 semanas obligatorias, ininterrumpidas y que deberán disfrutarse a jornada completa inmediatamente después del parto.
- 10 semanas que podrán disfrutar a jornada completa o parcial:
 - De manera continuada al periodo obligatorio.
 - De manera interrumpida, en cuyo caso, debe ser en periodos semanales (acumulados o independientes) desde la finalización de las 6 semanas obligatorias hasta que el hijo/a cumpla 12 meses de edad.
- Podrá ceder al otro progenitor un periodo de hasta 2 semanas de su periodo de suspensión de disfrute no obligatorio.
- Se mantiene la posibilidad de que la madre biológica pueda anticipar el inicio de la prestación hasta en 4 semanas a la fecha probable de parto.

Derechos del otro progenitor (distinto de la madre biológica):

Dispondrá de un periodo de suspensión total de 12 semanas, con la siguiente distribución:

- 4 semanas ininterrumpidas, obligatorias y que deberán disfrutarse a jornada completa inmediatamente después del parto.
- 8 semanas voluntarias que podrán disfrutar a jornada completa o parcial:

Puede obtenerse más información en el siguiente enlace:

<http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/PrestacionesPensionTrabajadores/6b96a085-4dc0-47af-b2cb-97e00716791e>

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.

DE VUELTA A CASA

PRIMEROS TRÁMITES:

Inscripción del recién nacido en el Registro Civil

Los progenitores o parientes más próximos podrán solicitar la inscripción en el Registro Civil. Dicha inscripción podrá realizarse en el lugar de nacimiento o bien en el de residencia.

Desde el 14 de julio de 2015, existe la posibilidad de que los ciudadanos puedan comunicar electrónicamente desde los centros sanitarios el nacimiento de sus hijos; para ello disponen de un plazo de 72 horas desde el nacimiento.

El Centro Sanitario enviará al Registro Civil todos los documentos necesarios para practicar la inscripción de nacimiento por lo que no será necesario que los progenitores se desplacen al Registro Civil salvo que la documentación enviada contenga algún error, omisión o inexactitud que precise posterior subsanación. Una vez practicada la inscripción, el Registro Civil enviará a los progenitores (preferentemente por vía electrónica) una certificación literal de nacimiento con la que podrán efectuar los trámites administrativos que precisen ante otras administraciones.

Inscripción en la Seguridad Social

Para que el recién nacido tenga asistencia sanitaria y se le pueda asignar pediatra, primero hay que inscribirlo en la Seguridad Social y asociarlo como beneficiario de asistencia con uno de los padres.

La inscripción se realiza en los Centros de Atención e Información (CAISS) del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS); y podrá realizarse de forma presencial, por correo postal o de forma electrónica. Se necesitará presentar el Libro de familia, el DNI del progenitor que vaya a incluir al bebé como beneficiario y el formulario de solicitud.

Asistencia sanitaria y asignación de pediatra

Para que el recién nacido pueda recibir asistencia sanitaria y se le asigne un pediatra debe tener una Tarjeta Sanitaria. Para obtener la tarjeta sanitaria se debe ir al Centro de Atención Primaria o Centro de Salud que te corresponda; y habrá que llevar el Libro de familia con la inscripción del recién nacido y el impreso de afiliación del bebé como beneficiario de la Seguridad Social.

Puede obtenerse más información en:

<https://administracion.gob.es/pagFront/tramites/miVidaEnTramites/listadoHechosVitales/previsualizacionHechoVital.htm?idHechoVital=21#.X7Zz0dt7IGG>

EL POSTPARTO

La atención y seguimiento en el postparto se realiza habitualmente en atención primaria y consta de:

- Visita puerperal
- Prueba del talón
- Programa de atención infantil
- Programa de salud sexual y anticoncepción

HOJA DE VISITA PUERPERAL DEL BEBÉ

Estado del ombligo:

Evaluar técnica de lactancia:

Cribado auditivo:

Prueba del talón:

Información de vacunas:

Observaciones:

HOJA DE VISITA PUERPERAL DE LA MADRE

Fecha:	Días desde el parto:	Tensión arterial:
Exploración mamas:		
Lactancia: Información sobre cuidados de las mamas y de la necesidad de lavarse las manos antes y después de cada toma.		
Lactancia materna exclusiva	Lactancia materna mixta	
Exploración abdominal y perineal:		
Incontinencia urinaria:	Incontinencia fecal:	
Información sexual: Será la mujer la que decida cuando reiniciar las relaciones sexuales, aunque en el puerperio suelen evitarse <i>Consejos generales</i>		
Información anticoncepción: Preguntar si la mujer desea asesoramiento. Las mujeres que no lactan o con lactancia mixta, pueden ovular a partir de la 3ª semana del parto, por lo que si no desean quedarse embarazadas es necesario utilizar algún método anticonceptivo desde el inicio de las relaciones sexuales. En las mujeres con lactancia materna exclusiva el periodo infértil puede ser más largo, aunque no es seguro; por lo que si se quiere seguridad es necesario también utilizar anticoncepción desde el inicio de las relaciones sexuales. <i>Métodos:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Preservativo + espermicida es el método barrera de elección / A. hormonal de gestágenos (minipíldora o implante) • DIU insertarlo tras cuatro semanas postparto/ implante subcutáneo. En situaciones especiales intraparto/ Definitivo como la ligadura tubárica pasado el puerperio 		
Información citología: Dar cita si lleva 2 años sin hacérsela y al recuperar las menstruaciones		
Información psicosocial: Explorar afrontamiento, apoyos y dificultades		
Revisión medicación: según indicación médica, pero en general: <ul style="list-style-type: none"> • Vitaminas en lactancia o hasta 6 semanas después del parto • Eutirox: si tomaba previamente volver a dosis inicial • Eutirox: si no tomaba al inicio y es <50mgr suspender 		Información de análisis: según indicación médica, pero en general Si trastornos tiroideos: <ul style="list-style-type: none"> • TSH al mes y medio • Diabetes gestacional: Sobrecarga de 75mgr a los 3 meses



Tus Derechos y Deberes

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.

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.

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.

LEY DE SALUD DE ANDALUCÍA 2/1998

Se recogen los siguientes deberes:

- 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)

‘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.

También puede enviarnos su pregunta a través del sitio web: 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

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

HOJA DE CITAS

EDAD GESTACIONAL	CITA PRESENCIAL	NIVEL ASISTENCIAL
<11		Atención primaria
11-13		Obstetra
16		Atención primaria
20		Obstetra
24		Atención primaria
28		Atención primaria
30		Atención primaria
36		Obstetra
37		Atención primaria
38		Atención primaria
40		Obstetra
41		Obstetra
VISITA PUERPERAL		Atención primaria



Junta de Andalucía