



CARTILLA DE SALUD MATERNAL



Gobierno del
Principado de Asturias

Consejería de Sanidad



Servicio de Salud
del Principado de Asturias

CARTILLA DE **SALUD MATERNAL**



Gobierno del
Principado de Asturias
Consejería de Sanidad



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

3.ª edición

Coordinación:

Marta González Sánchez. SESPA.
Elvira Muslera Canclini. SESPA.
Luis Fernández-Trabadelo Rayón. SESPA.

Autoría:

José García Adánez. Hospital Central de Asturias.
Belén Aldecoa Álvarez. Hospital San Agustín.
M.ª Belén del Coz Díaz. Equipo de Atención Primaria.
Ana Isabel Escudero Gomis. Hospital Central de Asturias.
María Paloma Esparza del Valle. Equipo de Atención Primaria.
Covadonga Fernández Castro. Hospital de Jarrío.
M.ª Carmen García González. Consejería de Sanidad.
Marta González Sánchez. SESPA.
Manuel Hernández Bermudo. Hospital Valle del Nalón.
M.ª Begoña Ibáñez Díaz. Hospital Valle del Nalón.
Rafael Maroto Páez. Hospital de Jarrío.
Marta Martínez Marquínez. Equipo de Atención Primaria.
Elvira Muslera Canclini. SESPA.
Antonio Rico-Villademoros Gamoneda. Hospital de Cabueñes.
Cándido Manuel Ruiz Palacio. Hospital de Cabueñes.
Ángel Sánchez del Río. Hospital Álvarez Buylla

Agradecimiento:

Agradecemos a todo el personal de matronería las aportaciones realizadas y la revisión de este documento.

Depósito legal: AS-00162-2016

Cartilla de Salud Maternal

ÍNDICE

1. Presentación.....	5
2. Datos de la embarazada	6
3. Datos del personal sanitario que atiende el embarazo.....	6
4. Antecedentes	7
5. Hoja resumen seguimiento del embarazo.....	12
6. Seguimiento del embarazo.....	20
7. Plan de parto.....	22
8. Datos del parto y puerperio hospitalario	25
9. Visita puerperal	26
10. Documento informativo.....	27
11. Centros de orientación familiar.....	31

1 PRESENTACIÓN

Esta cartilla tiene como objetivo recoger los datos más significativos de su embarazo, parto y puerperio. Es recomendable presentar este documento en cada visita de seguimiento, cuando acuda a la maternidad o realice algún viaje. No se incluirá en ella ningún dato que usted no desee.

2 DATOS DE LA EMBARAZADA

Nombre y apellidos:	
N.º de SS:	DNI:
Edad:	Fecha de nacimiento:
Domicilio:	
Localidad:	Código postal:
Teléfono:	Otro teléfono:
Correo electrónico:	
País de origen / Nacionalidad / Idioma:	
Profesión y puesto de trabajo:	

3 DATOS DEL PERSONAL SANITARIO QUE ATIENDE EL EMBARAZO

En el Principado de Asturias las mujeres embarazadas son atendidas en su centro de salud y en su hospital de referencia.

Centro de salud:	
Profesional:	Nombre y apellidos:
Teléfono de contacto:	
Hospital de referencia y teléfono de contacto:	

4 ANTECEDENTES

4.1 Antecedentes familiares: (marcar con x o especificar en otros).

Sin interés De interés

- Diabetes
- Enf. cardiovasculares
- Enf. tiroidea
- Infecciones
- Neoplasias
- Hereditarias (especificar): _____
- Anomalías congénitas (especificar): _____
- Deficiencias mentales
- Embarazos múltiples
- Otros (especificar): _____

4.2 Antecedentes del padre: (marcar con x o especificar en otros).

Sin interés De interés

- Diabetes
- Enf. cardiovasculares
- Infecciones
- Neoplasias
- Hereditarias (especificar): _____
- Anomalías congénitas (especificar): _____
- Deficiencias mentales
- Embarazos múltiples
- Hábitos tóxicos
- Otros (especificar): _____
- Puesto de trabajo: _____

4.3 Antecedentes personales: (marcar con x o especificar en otros).

Sin interés De interés

- Hábitos tóxicos No Si (especificar): _____
- Alergias No Si (especificar): _____
- Inmunizac. frente a varicela No Si

Estancia en otros países No Si (especificar en tabla)

Fecha:	1.	2.	3.
País:	1.	2.	3.

Riesgo laboral No Si (especificar): _____

Intervenciones quirúrgicas No Si (especificar): _____

Tratamiento farmacológico continuado No Si (especificar): _____

Ácido Fólico No Si
Dosis: _____

Fecha Inicio: ____/____/____

Otros minerales y vitaminas No Si

(especificar sustancia, dosis y fecha de inicio):

Sustancia	Dosis	Fecha de inicio

Incompatibilidad RH

Transfusiones de sangre

Imunizaciones (pauta completa):

Varicela

Tétanos

Rubéola

Otras: _____

Hepatitis B

Enfermedades crónicas No Si

Diabetes

Hipertensión

Alteración tiroidea

Cardiopatías

Otras: _____

Anomalías congénitas / enfermedades hereditarias

No Si (especificar): _____

Buco-dental:

Caries activa No Si
Enfermedad periodontal No Si

Sal yodada No Si

Consumo de leche y derivados lácteos

No Si (especificar n.º de raciones diarias): _____

Observaciones sobre alimentación:

Observaciones sobre ejercicio:

4.4 Antecedentes ginecológicos

Menarquia: _____ / _____ Tipo menstrual: _____ / _____

Última citología: _____ / _____ / _____ Resultado (especificar): _____

Patología ginecológica previa: No Si (especificar): _____

Esterilidad previa con estudio en consulta: No Si

Fecundación asistida: No Si (tipo): _____

Método anticonceptivo previo: No Si (especificar): _____

4.5 Antecedentes obstétricos

Fórmula obstétrica										
A: Número de embarazos a término	B: Número de partos prematuros	<table border="1"> <tr> <td>A</td> <td>B</td> <td>C</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	A	B	C	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A	B		C	D						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
C: Número de abortos	D: Número de criaturas vivas									

Gestaciones previas:

Fecha	Embarazo		Aborto	Tipo parto*
	Duración	Patología		

***Tipo de parto:** eutócico, ventosa, fórceps, espátulas o cesárea y la causa en caso de parto instrumental o cesárea.

Puerperio	Lactancia	Recién nacida/o		
		Sexo	Peso	Prob. RN



5 HOJA RESUMEN SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO

FUR: _____

FECHA TEST +: _____

FPP FUR: _____

FPP ECO: _____

$$\text{IMC} = \frac{\text{(peso en kg)}}{\text{(talla en m)}^2}$$

Fecha y consejo dietético:

Grupo y Rh:

Anticuerpos Irregulares (AI)	Fecha:
<input type="checkbox"/> Negativos	
<input type="checkbox"/> Positivos especificar:	

Anticuerpos Irregulares (AI) (si procede)	Fecha:
<input type="checkbox"/> Negativos	
<input type="checkbox"/> Positivos especificar:	

Profilaxis anti-D:

Anti D 28 SG, si procede. Fecha: ____/____/____

Anti D postexposición, si procede.

• Motivo: _____

• Fecha: ____/____/____

Pegatina Anti D
LOTE

Ácido Fólico

No

Si

Dosis:

fecha inicio ____/____/____ fecha finalización ____/____/____

Otros minerales y vitaminas No

Si

Sustancia	Dosis	Fecha inicio	Fecha fin

Salud oral:

1.^a cita
____/____/____

2.^a cita
____/____/____

3.^a cita
____/____/____

Pasta fluorada

Colutorio fluorado

Otros (especificar) _____

Tartrectomía (limpieza)

No

Si

Cubeta de flúor

No

Si

Otros tratamientos (especificar) _____

	F		E		C	
	/	/	/	/	/	/
Semanas gestación (FUR)						
Semanas gestación (ECO)						
TA						
Orina						
Edemas						
Altura uterina						
Latido fetal						
Presentación						
Anamnesis Exploración						
Peticiones						
Tratamiento						
Vacunas Nombre Marca Lote						
Peso (si precisa)						
Derivaciones						

Cribado Cromosomopatías Combinado primer trimestre <input type="checkbox"/> Bajo riesgo <input type="checkbox"/> Necesita estudios complementarios	Amniocentesis: ___ / ___ / ___ Resultados: _____
	Biopsia de corion: ___ / ___ / ___ Resultados: _____

	I Trimestre	
Bioquímica		
Fe		
Serologías y cultivos		
VIH		
Rubeola		
Varicela		
VHB		
VDRL		
Urocultivo		
EGB		
Hemograma		
Hb		
Hematocrito		

Asistencia a Educación Maternal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	N.º de clases: _____
--	----------------------

Ecografías

Fecha ____ / ____ / ____

EG Amenorrea _____

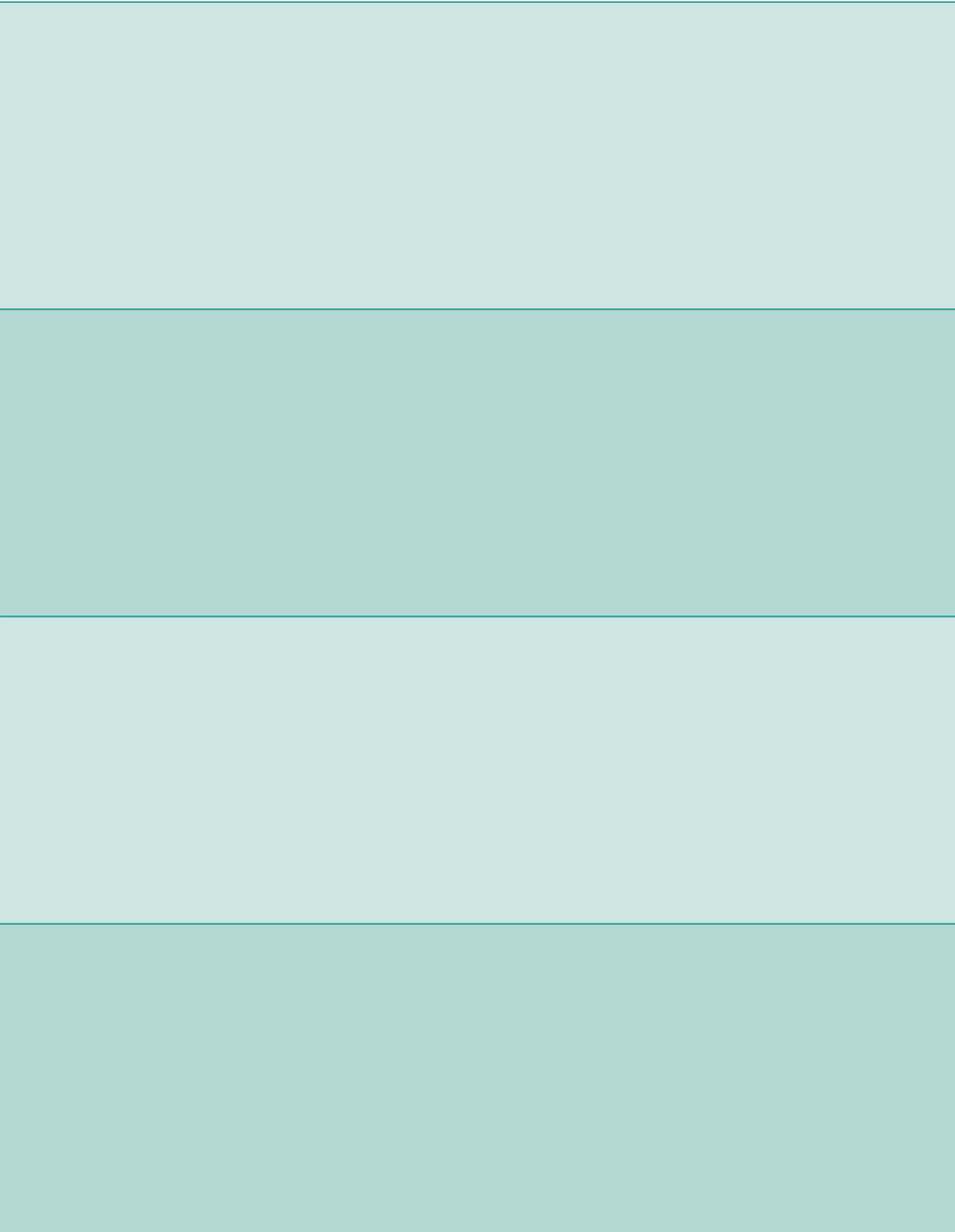
EG Ecografía _____

Fecha ____ / ____ / ____

EG Amenorrea _____

Fecha ____ / ____ / ____

EG Amenorrea _____



6 SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO

Controles	Contenidos	Fechas de consultas y notas
Captación: Centro de salud	Test de embarazo	
1.ª visita (recomendable antes de la semana 9)	Entrega de la Guía de Embarazo, Parto y Lactancia 2015 y Cartilla de Salud Maternal Petición de analítica del primer trimestre Petición de ecografía Entrega de consentimiento informado cribado combinado	
+/- 10 semanas	Extracción analítica del primer trimestre	
11 - 13 semanas	Ecografía primer trimestre Resultado cribado combinado	
13 - 16 semanas	Si procede, citología Urinocultivo Revisión bucodental	
18 - 21 semanas	Ecografía del segundo trimestre	
20 - 26 semanas	Revisión bucodental	

Controles	Contenidos	Fechas de consultas y notas
26 semanas	Pedido de analítica de segundo trimestre Programar profilaxis anti-D, si procede, para las 28 semanas Captación para curso de «Preparación maternal» Vacunación frente a tosferina (Tdpa)	
33-34 semanas	Pedido de analítica del tercer trimestre Ecografía de las 33-34 semanas	
36-37 semanas	Exudados vaginal y rectal para detección Streptococo	
41 semanas	Seguimiento con monitor a las 41 semanas Seguimiento con ecografía de las 41 semanas	
41⁺²⁻³ semanas	Seguimiento con monitor a las 41 ⁺²⁻³ semanas Seguimiento con ecografías de las 41 ⁺²⁻³ semanas	
41⁺⁴ semanas	Seguimiento con monitor y ecografía a las 41 ⁺⁴ semanas Ingreso a las 42 semanas	

7 PLAN DE PARTO

- Este Plan de Parto sirve para expresar de forma anticipada sus preferencias en relación a la atención que les gustaría recibir durante el parto.
- Previamente a su elaboración, el personal sanitario que atiende su embarazo, le proporcionará toda la información y asesoramiento que requiera.
- No obstante, este Plan puede ser revocado en parte o en su totalidad por lo que finalmente exprese durante el transcurso de su parto o en función de la evolución del mismo.
- Preséntelo en el Hospital donde desea tener a su bebé para que conozcan sus preferencias en el momento del parto.

(Ejemplar para la mujer)

Persona o personas que presentan el plan de parto

Nombre/es:

Preferencias relacionadas con el acompañamiento

Durante el proceso del parto desearía estar acompañada:

- No Si Especificar con quién:

Preferencias durante el periodo de dilatación *(Marcar las preferencias que desee)*

- Me gustaría que el proceso de dilatación se desarrollase en ambiente lo más silencioso y tranquilo posible.
- Quisiera conservar la libertad de movimientos y poder adoptar la postura que me resulte más comfortable.
- No quisiera que se rompiera la bolsa de aguas, a menos que se considere necesario.
- No desearía que se administrase oxitocina, salvo que esté indicado.
- Deseo que me pongan la epidural, salvo que esté contraindicado.
- De entrada no deseo epidural, prefiero que me faciliten otros métodos para el control del dolor, pero no descarto su uso.
- No deseo epidural.
- Otras:

Preferencias durante el periodo de expulsivo *(Marcar las preferencias que desee)*

- Me gustaría poder adoptar la posición que me resulte más cómoda.
- No quisiera que se realizase una episiotomía, salvo que fuese indispensable.
- Me gustaría el contacto piel con piel nada más nacer.
- Me gustaría iniciar el amamantamiento en la misma sala de partos.
- Otras:

Preferencias en el puerperio *(Marcar las preferencias que desee)*

- Me gustaría no ser separada de mi criatura, siempre que sea posible.
- Me gustaría dar de mamar.
- Me gustaría ser consultada antes de administrar otro alimento a mi bebé.
- No deseo lactancia materna.
- Otras: _____

(Ejemplar para el Hospital)

Persona o personas que presentan el plan de parto

Nombre/es:

Preferencias relacionadas con el acompañamiento

Durante el proceso del parto desearía estar acompañada:

- No Si Especificar con quién:

Preferencias durante el periodo de dilatación *(Marcar las preferencias que desee)*

- Me gustaría que el proceso de dilatación se desarrollase en ambiente lo más silencioso y tranquilo posible.
- Quisiera conservar la libertad de movimientos y poder adoptar la postura que me resulte más confortable.
- No quisiera que se rompiera la bolsa de aguas, a menos que se considere necesario.
- No desearía que se administrase oxitocina, salvo que esté indicado.
- Deseo que me pongan la epidural, salvo que esté contraindicado.
- De entrada no deseo epidural, prefiero que me faciliten otros métodos para el control del dolor, pero no descarto su uso.
- No deseo epidural.
- Otras:

Preferencias durante el periodo de expulsivo *(Marcar las preferencias que desee)*

- Me gustaría poder adoptar la posición que me resulte más cómoda.
- No quisiera que se realizase una episiotomía, salvo que fuese indispensable.
- Me gustaría el contacto piel con piel nada más nacer.
- Me gustaría iniciar el amamantamiento en la misma sala de partos.
- Otras:

Preferencias en el puerperio *(Marcar las preferencias que desee)*

- Me gustaría no ser separada de mi criatura, siempre que sea posible.
- Me gustaría dar de mamar.
- Me gustaría ser consultada antes de administrar otro alimento a mi bebé.
- No deseo lactancia materna.
- Otras:

Firma



9 VISITA PUERPERAL

Es una buena práctica realizar la visita domiciliaria por la matrona o enfermera a las 24-72 horas tras el alta hospitalaria.

Visita puerperal		
Controles	Contenidos	Consultas y notas
Revisión materna fecha:	Tipo de parto: Fecha: ____ / ____ / ____ Sexo: Peso: Tipo de lactancia: Periné/incisión quirúrgica:	
	<input type="checkbox"/> Valoración del estado emocional <input type="checkbox"/> Valoración del apoyo familiar	
	<input type="checkbox"/> Asesoramiento lactancia materna Valoración de la criatura:	
Revisión materna 5.ª - 6.ª semana fecha:	Exploración ginecológica Asesoramiento lactancia materna Información sobre planificación familiar y derivación si procede	
	<input type="checkbox"/> Valoración del estado emocional <input type="checkbox"/> Valoración del apoyo familiar	

10 DOCUMENTO INFORMATIVO

Dentro del programa de atención al embarazo y al parto, los hospitales de la red sanitaria de nuestra comunidad ponen a su disposición un documento informativo con valor de consentimiento informado. Este documento explica que los servicios sanitarios del Principado de Asturias consideran *que la mujer de parto es una persona sana y que el parto se concibe como un proceso natural, en el que además de sus características fisiológicas, entran en juego otros factores importantes como son los psicológicos, afectivos y sociales.*

La vía natural del nacimiento es el parto vaginal; la mujer inicia el proceso de parto de forma espontánea, acude al hospital y finalmente se produce el nacimiento de su bebé. En la mayor parte de los partos el personal sanitario se limita a vigilar el proceso sin intervenir en él.

En algunos casos se pueden presentar situaciones obstétricas especiales diferentes al parto normal tales como: la inducción, parto vaginal tras cesárea anterior, versión cefálica externa en caso de presentación de nalgas, parto vaginal de nalgas y cesáreas programadas. En estos casos se le entregará el documento informativo correspondiente para aclarar sus dudas y solicitar su consentimiento. En el caso de cesárea programada el consentimiento informado se solicitará con al menos 24 horas de antelación.

A continuación se presenta un Documento Informativo con valor de Consentimiento Informado sobre la Asistencia al Parto. En su hospital tiene a su disposición un documento informativo análogo a este.

DOCUMENTO INFORMATIVO (CON VALOR DE CONSENTIMIENTO INFORMADO) SOBRE LA ASISTENCIA AL PARTO

El personal de medicina y matronería de este Hospital consideran a la mujer de parto una persona sana y como tal se le tratará. Además, entienden el parto como un proceso natural en el que además de sus características fisiológicas entran en juego otros factores de no menos importancia, como son los psicológicos, afectivos y sociales.

Atención a la mujer en el parto:

Se atenderá el proceso de parto teniendo en cuenta todos estos factores, optimizando los recursos disponibles e intentando minimizar los impactos propios de un Hospital asistencial y con actividad docente (universitaria pre y/o postgraduada), tratando de hacerla compatible con el tipo de parto que la mujer desearía.

Se respetará el tiempo necesario para el desarrollo del proceso del parto, evitando las acciones dirigidas a acelerar o retardar el mismo (oxitocina por vía intravenosa, rotura de membranas, etc...), siempre que las fases del parto transcurran dentro de los límites de la normalidad establecidos en los criterios actuales de la práctica obstétrica.

Cualquier intervención realizada para acelerar o demorar el desarrollo del parto, según criterio del personal sanitario que le atienda, tendrá como único fin preservar el estado de salud de la madre y el feto y se informará adecuadamente a la mujer y al familiar que ella desee. Se evitará la práctica rutinaria de:

- Enema evacuador de limpieza.
- Rotura de membranas amnióticas (amniotomía)
- Sondaje vesical.
- Rasurado perineal.
- Analgesia-anestesia.
- Episiotomía.

pero se harán éstas cuando estén indicadas, previa información a la mujer.

También se realizará previa información:

- Canalización de vía venosa en el momento de su ingreso, por si fuera necesaria una actuación urgente ante cualquier complicación materno/fetal que pudiera surgir.
- Se obtendrán controles de monitorización de forma continua o discontinua, en función del estado del bienestar fetal.

La monitorización con auscultación intermitente también podrá realizarse si se dispone de una matrona por parto. Si lo desea, podrá estar acompañada de una sola persona de su elección durante todo el proceso del parto y periodo inmediatamente posterior al mismo, en todos los casos en que el parto se desarrolle con normalidad y las condiciones de trabajo lo permitan.

Las intervenciones obstétricas (parto instrumental o cesárea), sólo se practicarán con fin asistencial, para preservar el estado de salud de la madre o del feto y se informará adecuadamente a la mujer y a sus familiares. Si fuera necesario realizar un parto instrumental o cesárea, su acompañante deberá esperar a que el personal facultativo encargado autorice su presencia en el paritorio o quirófano. En caso de cesárea realizada en el área de quirófanos generales, en principio no se autoriza la presencia de familiares.

Se propiciará un ambiente adecuado durante el parto en lo referente al respeto que este momento necesita y con las mínimas actuaciones del personal sanitario.

Atención a la criatura en el parto:

Se mantendrá en contacto piel con piel con la madre tras el nacimiento, si el estado clínico lo permite. La ligadura del cordón umbilical se efectuará, si fuera posible, una vez haya dejado de latir.

Si se precisaran maniobras de reanimación básicas, se realizarán en el área de atención situada dentro del paritorio. Si se precisara de maniobras de reanimación más profundas, a criterio del equipo que atienda a su bebé, éstas se realizarán en un área más adecuada para tal fin.

Tras la toma de contacto se procederá a su identificación y valoración.

También se efectuará:

- Profilaxis de la enfermedad hemorrágica con vitamina K intramuscular.
- Profilaxis de la oftalmía neonatal con pomada de eritromicina.
- Otras profilaxis antiinfecciosas pertinentes (hepatitis B)

Su bebé permanecerá con usted en la maternidad, salvo mejor criterio facultativo. El examen pediátrico rutinario se practicará a las 24 horas y posteriormente recibirán la información del resultado y se les entregará la cartilla de salud infantil. El cribado metabólico (y auditivo) se realiza antes de su alta o a las 48 horas de vida.

Será informada de cualquier procedimiento diagnóstico-terapéutico que precise su bebé. Si precisa ingreso, las normas serán las de la Unidad Neonatal.

Observaciones:

Las condiciones descritas se mantendrán siempre y cuando no concurren en el parto circunstancias patológicas que supongan un riesgo para el estado de salud de la madre o del feto. El equipo de profesionales sanitarios que atienden a la mujer en el proceso de parto (personal de matronería, anestesia, obstetricia y neonatología) serán los que confirmen o descarten estas circunstancias patológicas y ofrezcan así una atención de calidad, con un firme propósito de humanizar e individualizar la atención al parto en un contexto de máxima seguridad científica, con el máximo respeto hacia la mujer, actuando siempre con el objetivo de tener una madre y una criatura sanas.

POSIBLES PROCEDIMIENTOS A EMPLEAR, ASÍ COMO RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL PARTO

Existen una serie de procedimientos dentro de la asistencia al parto, que pueden estar indicados en algún caso por condicionantes maternos, fetales o de la evolución del parto, como la rotura de la bolsa amniótica, administración intravenosa de oxitocina mediante goteo, administración de analgésicos y espasmolíticos, así como la práctica de una incisión quirúrgica en el periné o episiotomía a fin de ampliar el canal del parto, que le serán explicados y que expresamente autoriza **cuando estén indicados**, comprendiendo que aun siendo seguros y habituales, pueden tener sus efectos secundarios y complicaciones. Igualmente le será explicada la eventual necesidad de aplicar medios de extracción fetal y sus riesgos como después se expone. Por ello, durante el parto, el estado del feto y de las contracciones uterinas será vigilado de acuerdo al curso y situación del parto.

- **Complicaciones:** Si bien el parto es un hecho biológico que puede transcurrir sin dificultades, a veces se presentan complicaciones tanto maternas como fetales, de forma inesperada y en ocasiones imprevisibles, que exigen la puesta en marcha de tratamientos, procedimientos o recursos adecuados a la anomalía detectada, transformándose el parto normal en un parto normal o distócico.

Las complicaciones más importantes son:

- a) Riesgo de pérdida del bienestar fetal.
- b) Prolapso de cordón tras la rotura de la bolsa amniótica y que pone en grave peligro la vida fetal.

- c) Infección materna o fetal.
- d) Trastornos hemorrágicos y/o de la coagulación que puedan llevar a hacer necesaria la transfusión, intraparto y postparto. Hematomas en el aparato genital.
- e) Lesiones y desgarros del canal del parto (cervicales, vaginales, vulvares, ocasionalmente de la vejiga urinaria, lesión uretral y/o del esfínter anal y recto, incluso rotura uterina, complicación muy grave).
- f) Complicaciones debidas a la alteración en las contracciones uterinas, al tamaño del feto, a la mala posición de éste o a alteraciones anatómicas de la madre. Falta de progresión normal del parto. Dificultades en la extracción del feto.
- g) Riesgo mínimo de tener que realizar una histerectomía posparto.
- h) Shock obstétrico. Shock hipovolémico y/o embolia de líquido amniótico y/o coagulación intravascular diseminada.
- i) Existe un riesgo excepcional de mortalidad materna actualmente estimado en España en 5/100.000 criaturas vivas, una parte de ellas debida a patología previa de la madre.

La aparición de alguna de estas complicaciones obliga a finalizar o acortar el parto de inmediato, siendo necesaria la práctica de una Intervención Obstétrica (cesárea o extracción vaginal del feto, instrumentado con ventosa, espátulas o fórceps), con el propósito de salvaguardar la vida y la salud de la madre y/o del feto. Estas intervenciones llevan implícitas, tanto por la propia técnica como por la situación vital materno-fetal, algunos riesgos, efectos secundarios y complicaciones que pueden requerir tratamientos complementarios.

Las decisiones médicas y/o quirúrgicas a tomar durante el transcurso del parto quedan a juicio del personal de medicina, tanto por lo que respecta a su indicación como al tipo de procedimiento utilizado, si bien la paciente y su pareja o familiares tendrán información de los mismos, siempre y cuando la urgencia o circunstancias lo permitan.

La atención médica del parto se llevará a cabo por el equipo de profesionales (obstetricia, anestesia, neonatología, matronería y enfermería) del Hospital con funciones específicas.

Tras cualquier intervención se explicarán las precauciones y tratamientos a seguir y que la mujer se compromete a observar.

Anestesia: La necesidad de anestesia, tanto si es por indicación médica, como si se trata de una medida puramente analgésica, será decidida por el Servicio de Anestesia, conjuntamente con la mujer, el personal de matronería y su obstetra. Además, su anestesista le informará oportunamente para su consentimiento.

Transfusiones: No se puede descartar a priori que en el transcurso del parto o de la intervención que pudiera requerirse surja la necesidad urgente de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

11 CENTROS DE ORIENTACIÓN FAMILIAR

AVILÉS:

Centro de Orientación Familiar. Horario: 8,30 – 14,30 h.

Centro de Salud del Quirinal. C/ Fuero, 18.

Teléfono 985 128 508

Email para dudas: dudascof.aviles@sespa.es

GIJÓN:

Centro de Orientación Familiar. C/ Trinidad n.º 6, 1.º D.

Teléfono 985 175 045. Horario: 8,30 – 14,30 h.

Email para dudas: dudascof.gijon@sespaa.es

MIERES:

Centro de Orientación Familiar. Horario: 8,30 – 14,30 h.

Ambulatorio de Mieres Norte. C/ Pérez de Ayala, 25.

Teléfono 985 458 611

Email para dudas: dudascof.mieres@sespa.princast.es

OVIEDO:

Centro de Orientación Familiar. Horario 8,30 – 14,30 h.

Centro de Salud de la Ería. C/ Alejandro Casona, s/n.

Teléfono 985 966 541. Citas: citascof.oviedo@sespa.princast.es

Email para dudas: dudascof.oviedo@sespa.princast.es

SAMA DE LANGREO:

Centro de Orientación Familiar. Horario 8,30 – 14,30 h.

Centro de Salud de Sama de Langreo. C/ Soto Torres, 7.

Teléfono 985 677 067

