

# MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL



## Autoridades nacionales

Dr. Julio César Borba  
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

Dr. Víctor Hernán Martínez Acosta  
Viceministro de Atención Integral a la Salud y Bienestar Social

Dra. Lida Mercedes Sosa Argüello  
Viceministra de Rectoría y Vigilancia de la Salud

Dra. Patricia Veiluva Argüello  
Directora General de Programas de Salud

Dra. Gladys Mora  
Directora de Salud Sexual y Reproductiva

---

***Es propiedad del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.***

***Prohibida su venta. 3ra. Edición, 2021.***

*Esta versión ha sido actualizada al contexto de la **pandemia COVID-19** por la  
Dirección de Salud Sexual y Reproductiva.*

***Ilustración y diseño: Tania Barceló.***

# PARTICIPARON DE LA VALIDACIÓN

DGPS

Dirección General de Planificación y Evaluación

DGPS

DIGIES

DGVS

Dirección de Coordinación de Hospitales Especializados

Dirección de Calidad

Dirección de Género

Dirección de Salud Mental

Dirección de Salud Bucodental

Dirección de Atención Primaria de la Salud

Dirección Nacional de Obstetricia

Dirección Nacional de Salud Indígena

DIRSINA

Programa Prevención de Fibrosis Quística

PRONASIDA

INAM

INEPEO

PAI

SENEPA

III Región Sanitaria

IX Región Sanitaria

X Región Sanitaria

XVIII Región Sanitaria

Hospital Nacional de Itaugua

Hospital General de San Lorenzo

Hospital General San Pablo

Hospital General Barrio Obrero

Hospital Regional de Villa Hayes

Hospital General Pediátrico “Niños Mártires de Acosta Ñu”

Hospital Materno Infantil de Loma Pytã

Hospital Materno Infantil Santísima Trinidad

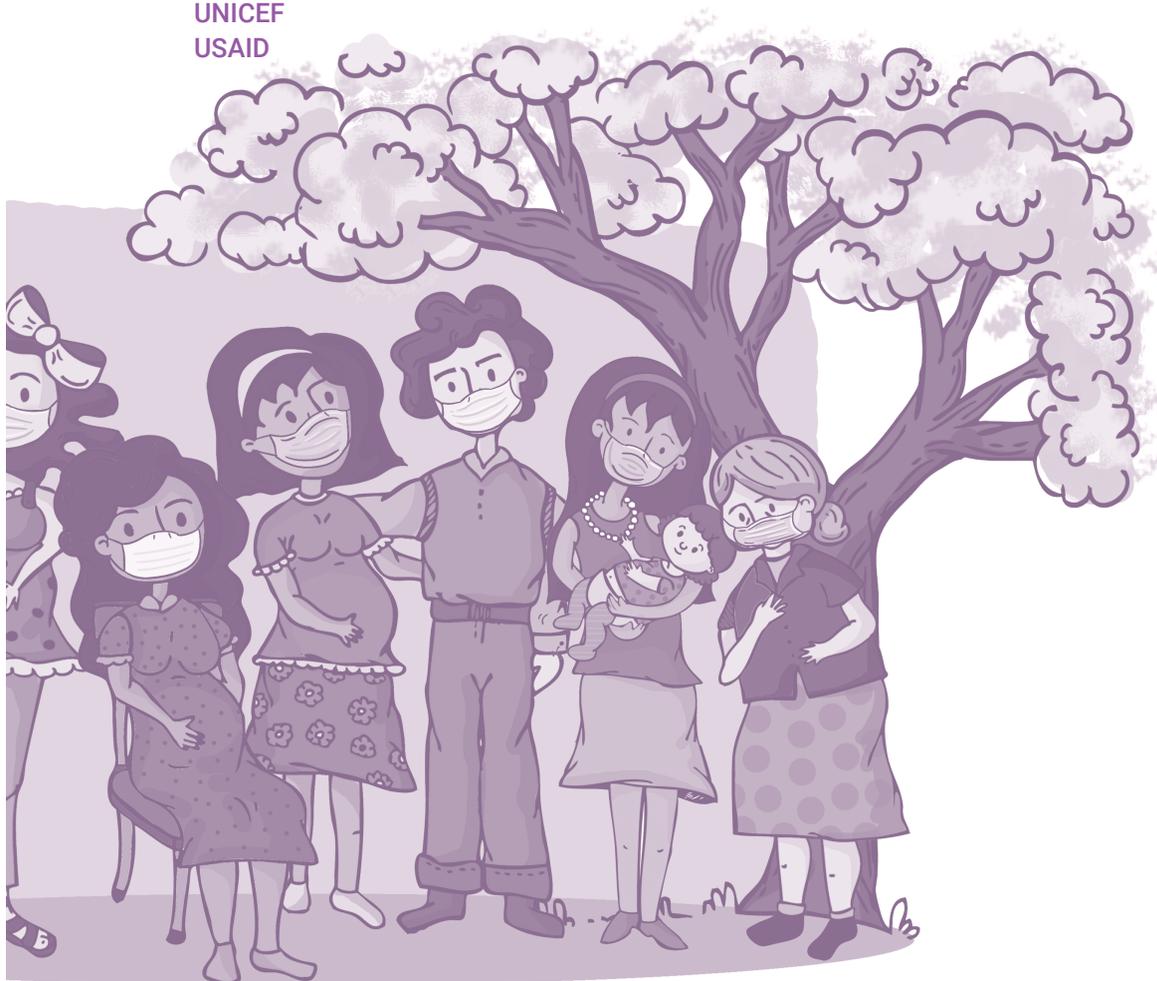
Hospital Materno Infantil de Limpio

Hospital Distrital de Ñemby

Instituto de Previsión Social



Cruz Roja Paraguaya  
Hospital Militar Central  
Hospital de Policía Rigoberto Caballero  
Cátedra de Ginecoobstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNA  
Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia  
Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y la Adolescencia  
Sociedad Paraguaya de Pediatría  
Asociación de Obstetras del Paraguay  
OPS  
UNFPA  
UNICEF  
USAID



## MIS DATOS PERSONALES

Nombre/s y apellido/s: .....

Fecha de nacimiento: .....

Cédula de identidad: .....

Pueblo indígena al que pertenezco: .....

Comunidad o asentamiento: .....

Dirección de mi casa: .....

Referencia para llegar a mi casa: .....

Ciudad: .....

Departamento: .....

Teléfono: .....

Número de celular: .....

Lugar donde hago mi prenatal: .....

Lugar de mi parto: .....

Acudo a la primera consulta acompañada de: .....

Con quién vivo?: .....

¿Quién me acompañará durante mi embarazo y parto?: .....

### Es importante que sepan que:

Mi grupo sanguíneo es: .....

Soy alérgica a: .....

### ¿A quién llamar en caso de urgencia?

Nombre y apellido: .....

Teléfono: .....

Número de celular: .....

*Yo soy la protagonista de mi embarazo, parto y puerperio (los días después del parto). Mi libreta de control prenatal contiene información esencial para conocer mejor lo que me sucede en esta etapa de mi vida.*

# CONTENIDO

MIS DATOS PERSONALES.....	6
MIS DERECHOS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.....	8
CUIDANDO MI SALUD Y LA DE MI BEBÉ.....	10
ALIMENTACIÓN EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO.....	12
FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO.....	13
ZIKA Y EMBARAZO.....	14
SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO .....	16
CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA EN TIEMPOS DE COVID-19.....	18
ATENCIÓN PRENATAL.....	20
PERSONA ACOMPAÑANTE .....	22
EL PRENATAL DE MI PAREJA.....	24
CAMBIOS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE .....	25
¿Cómo se va formando mi bebé?	
MI PRIMERA CONSULTA PRENATAL.....	27
CAMBIOS DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE.....	28
MI SEGUNDA CONSULTA PRENATAL.....	31
CAMBIOS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE .....	32
MI TERCERA CONSULTA PRENATAL.....	35
MI PLAN DE PARTO.....	36
MI CUARTA CONSULTA PRENATAL.....	39
PREPARANDO MI PARTO.....	40
TRABAJO DE PARTO.....	41
CUIDADOS DURANTE EL POSPARTO O PUERPERIO.....	42
SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL PUERPERIO.....	43
PREPARÁNDOME PARA AMAMANTAR.....	44
TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO .....	46
DATOS DE MI BEBÉ.....	47
CÓMO CUIDAR AL BEBÉ EN EL PRIMER MES DE VIDA .....	47
SIGNOS DE ALARMA DEL RECIÉN NACIDO.....	49
PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	57
EJERCICIOS DURANTE EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO.....	54
HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE.....	56
FICHA DEL PRENATAL DE LA PAREJA.....	60

# MIS DERECHOS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO



- Recibir **apoyo** de mi pareja y familia desde el inicio de mi embarazo.
- Respetar mi **privacidad**, y brindarme un **trato digno y sin discriminación** en el servicio de salud. Todo lo que yo cuente, consulte o pregunte, no se repetirá en ningún otro lugar o a ninguna otra persona, es decir será confidencial.
- Recibir **atención integral y humanizada** de acuerdo a mis necesidades, en el servicio de salud más cercano a mi domicilio.
- **Ser acompañada** durante las consultas prenatales, el parto, el puerperio, y durante todo el tiempo que permanezca internada por **la/s persona/s de mi elección**.
- **Recibir la información que solicite sobre mi embarazo, parto y puerperio, así como sobre la salud de mi bebé, siempre de forma clara y sencilla.**
- **No realizar trabajos insalubres o peligrosos** que pongan en riesgo mi salud o la salud de mi bebé.
- **No ser despedida** de mi trabajo, desde el momento en que notifico a mi empleador, ni durante mi embarazo, mi parto y puerperio.





- Si trabajo fuera de mi casa, tengo derecho al **permiso de maternidad**, 2 semanas antes y 16 semanas después del parto. Además, tengo 90 minutos de permiso por día, **con goce de salario**, para amamantar a mi bebé mientras dure su lactancia. Mi pareja tiene derecho al **permiso de paternidad** de 2 semanas después del parto (Ley N°5508/2015).
- Decidir la posición que deseo adoptar durante mi parto, siempre que no se presenten complicaciones que obliguen a utilizar otras posturas.
- Iniciar **contacto** piel con piel con mi bebé inmediatamente al nacer (**apego precoz**).
- Ser guiada y apoyada por el personal de salud en las prácticas que favorezcan la **lactancia materna** y su mantenimiento.

- Durante mi internación el bebé debe estar todo el tiempo conmigo, a esto se llama **alojamiento conjunto**, práctica fundamental para desarrollar el **vínculo madre –hijo**: así como la lactancia materna.
- Recibir gratuitamente en el servicio el **certificado de nacido vivo**, antes del alta.
- En ningún caso pueden **retenerme** a mí o a mi bebé en el servicio de salud por no tener dinero para pagar los gastos del servicio médico.
- Decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos. Acceder a **planificación familiar** después del nacimiento de mi bebé.
- Si soy **adolescente** es mi derecho **seguir con mis estudios y actividades**.



## CUIDANDO MI SALUD Y LA DE MI BEBÉ

**Mi pareja y otros integrantes de mi familia deben apoyarme o realizar las siguientes tareas:**

- Preparar alimentos
- Cuidar, limpiar y alimentar a los niños mayores
- Cocinar, limpiar la casa y lavar la ropa y los utensilios de la cocina
- Facilitar y acompañarme a las consultas prenatales y al parto, así como a las consultas posnatales y del bebé



*Es responsabilidad de quienes me rodean garantizar un entorno libre de violencia, que no ponga en peligro mi vida ni la de mi bebé. La violencia puede ser física (empujones, golpes, patadas), emocional (insultos, amenazas, humillaciones) o sexual (contacto sexual en contra de mi voluntad). En el servicio de salud me deben orientar sobre los lugares a los que debo recurrir en caso de sufrir violencia de cualquier tipo.*



### Recomendaciones generales:

- Consumo a diario alimentos sanos y variados.
- Rechazo ingerir bebidas alcohólicas y aquellas que tengan cafeína (café, té, mate, tereré, chocolate, gaseosas).



- Evito fumar tabaco y la exposición al humo que producen las personas que fuman.
  - No debo consumir drogas.
  - Evito manipular o inhalar sustancias tóxicas como agrotóxicos o agroquímicos.
  - No debo tomar medicamentos por mi cuenta, es decir, sin que me lo haya recetado un médico.
- 
- Evito la exposición directa al sol sin protección, principalmente durante las horas más calurosas del día.
  - Cuido mi higiene bucal (me cepillo los dientes al levantarme, antes de dormir y después de cada comida; y acudo al dentista).
  - Me lavo las manos con agua y jabón antes de preparar alimentos, de comer y después de ir al baño.
  - Me baño diariamente.
  - Uso ropas sueltas, evitando las que me queden muy justas o me aprieten.
  - Utilizo calzados de taco bajo y de base ancha.
  - Duermo lo suficiente. Para mayor comodidad puedo acostarme de costado.
  - Evito alzar cosas que pesen 10 kg o más en mi trabajo o en mi casa, por ejemplo, garrafa de gas cargada y balde con agua.
  - Puedo tener relaciones sexuales, si quiero, excepto si hay contraindicación médica.



Es mi derecho vivir sin violencia. En situaciones de peligro o violencia familiar, puedo llamar al teléfono 147, del Ministerio de la Niñez y la Adolescencia, o al 137 línea SOS Mujer, del Ministerio de la Mujer. Son servicios de orientación, con cobertura nacional. Funcionan las 24 horas, los fines de semana y feriados. Es gratis desde cualquier teléfono. Además, puedo llamar al 911 de la Policía Nacional o a la comisaría más cercana.

# ALIMENTACIÓN EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO

La alimentación durante el embarazo es primordial para mi salud y la de mi bebé, por lo tanto, debo ser atendida en este aspecto con especial cuidado, y si lo necesitara por un profesional capacitado en el área.

La evaluación nutricional será indispensable para saber si tengo el peso adecuado, un déficit o un exceso, y de esta manera orientar mi alimentación a fin de llegar a las condiciones recomendables.

## Es recomendable

1. Tomar como mínimo 6 a 8 vasos de agua potable por día.
2. Comer todos los días frutas y verduras de estación de diferentes colores.
3. Aumentar la cantidad de leche, yogurt y queso, por lo menos 1 taza más por día que antes, durante mi embarazo y durante el tiempo que mi bebé mama.
4. Incrementar el consumo de carnes, legumbres (poroto, lenteja, arveja) y huevos. Consumir pescados todas las veces que pueda.
5. Incluir a los cereales, tubérculos y derivados, como base de mi alimentación: arroz, fideo, harina de maíz, mandioca, papa, batata.
6. Evitar las frituras, los alimentos muy condimentados y los productos envasados.
7. Disminuir el consumo de golosinas, gaseosas y bebidas azucaradas.
8. Moderar la cantidad de sal en las comidas.



### Importante:

La comida “chatarra” (bebidas gaseosas, caramelos, panchos, hamburguesas, papa frita, empanadas y otras), no tiene valor nutritivo, por el contrario, favorece a la obesidad, eleva el colesterol malo (LDL), disminuye el colesterol bueno (HDL), eleva los triglicéridos y la glucemia (azúcar en la sangre). Además, son alimentos bajos en fibras y con elevada cantidad de sodio, lo que predispone a la hipertensión arterial (presión alta) y al desarrollo de aterosclerosis, favoreciendo infartos y derrames (ACV).

# FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

## Antecedentes Obstétricos

- Muerte fetal o muerte neonatal previa.
- Antecedentes de tres o más abortos espontáneos consecutivos (pérdidas).
- Peso al nacer del último bebé menor a 2.500 g.
- Peso al nacer del último bebé mayor a 4.500 g.
- Internación por hipertensión (presión alta) o preeclampsia en el último embarazo.
- Cirugías ginecológicas previas (cesáreas, miomectomía, embarazo ectópico, conización, cerclaje cervical).

## Embarazo actual

- Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple.
- Edad menor a 16 años o más de 40 años.
- Isoinmunización Rh (-) en el embarazo actual o en embarazos anteriores.
- Pérdidas rojas por la vagina.
- Tumores pélvicos.
- Presión arterial diastólica de 90mmHg o más durante el registro.
- Obesidad.
- Bajo peso.
- Vacunación incompleta.

## Historia Clínica

- Hipertensión arterial (presión alta).
- Diabetes (azúcar en la sangre).
- Cardiopatía (problemas del corazón).
- Neuropatía (por ejemplo: epilepsia).
- Cualquier otra enfermedad o afección médica severa.
- Consumo de alcohol, tabaco y drogas (marihuana, cocaína, chespi, anfetaminas, LSD, Éxtasis).

Si tengo alguno o más de estos factores, pido al personal de salud mayor información sobre cómo cuidarme.

## ZIKA Y EMBARAZO

El zika es una enfermedad producida por un virus. Puede producir malformaciones fetales y neurológicas en los recién nacidos cuyas madres contraen el virus durante el embarazo.



### ¿Cómo se trasmite?

La principal vía de transmisión es la picadura del mosquito *Aedes aegypti*. Durante el embarazo, de la madre al bebé. Por relaciones sexuales sin protección. Por transfusión sanguínea.

### ¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad?

- Manchas rojas en la piel o sarpullido.
- Conjuntivitis - tesã pytã.
- Fiebre – akãundu.
- Dolores musculares y articulares rete rasy.

### Es importante recordar

Acudir a un servicio de salud en pareja para planificar el embarazo. Consultar en el servicio de salud apenas sepas que estás embarazada a fin de protegerte y a tu bebé también.

Prevenimos la transmisión sexual del zika utilizando preservativo (condón), siempre, en cada relación sexual durante todo el embarazo.



**Nos protegemos yo y mi pareja de la picadura del mosquito:**

- Aplicando repelentes indicados por el médico.
- Usando mosquiteros para dormir y telas metálicas en puertas y ventanas.
- Vistiendo ropa de mangas largas, pantalones o calzas de colores claros y usando calzados cerrados o medias.



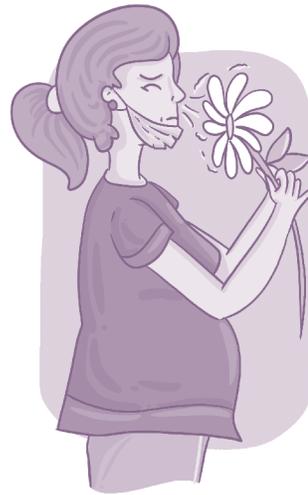
## SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO

Acudo inmediatamente al establecimiento de salud si tengo uno o más de los siguientes signos:



- Cefalea, dolor de cabeza - che akãrasy.
- Epigastralgia, dolor en la zona del estómago - che py'arasy.
- Dolor en el bajo vientre – che ry'érasy.
- Contracciones, endurecimiento del útero – che hembepyhatã.
- Disuria, dolor al orinar- che tyasy.
- Fiebre- che akãnundu.
- Visión borrosa- ndahecháí porã, ahechávaipa.
- Pérdida de sangre por la vagina- che rugýpa.
- Pérdida de líquido amniótico por la vagina.
- Pérdida de líquido amniótico por la vagina con mal olor.

- Disnea, dificultad para respirar- che juku'a.
- Mareo, che akanga'u.
- Convulsiones.
- Rash cutáneo.
- Hipomotilidad fetal, disminución de los movimientos fetales- nañandúi che memby, ndoku'úi che memby.
- Dificultad respiratoria o juku'a.
- Pérdida del olfato o pérdida del sentido del gusto.



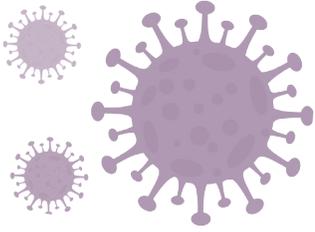
***Por lo general, a partir del 5to mes (20 semanas) podré sentir que mi bebé se mueve.***

***También es normal que lo haga antes o después de las 20 semanas.***

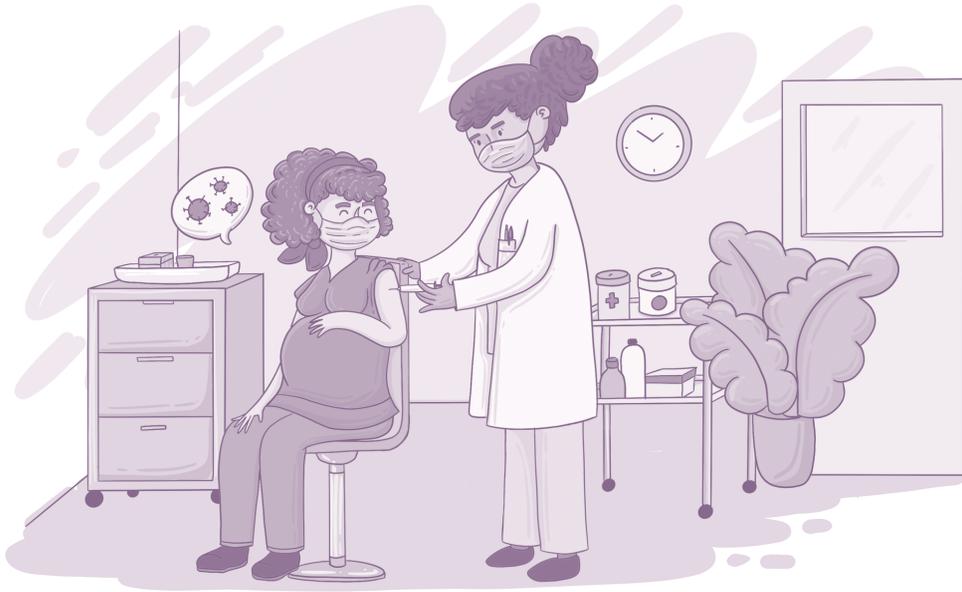


**Si siento uno de los signos de alarma, busco ayuda inmediatamente en un establecimiento de salud.**





## CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA EN TIEMPOS DE COVID-19



### Yo y toda mi familia debemos adoptar las siguientes medidas:

- Lavarnos las manos durante al menos 20 segundos con agua y jabón varias veces al día.
- Evitar las salidas innecesarias. Al salir utilizamos siempre mascarilla y mantener una distancia de 2 metros.
- No tocarnos los ojos, la nariz ni la boca.
- No comernos las uñas.
- No compartimos mate ni tereré.
- No participamos de reuniones sociales ni familiares.
- Cuando viajamos en colectivo, usamos siempre mascarilla y nos sentamos siempre que es posible cerca de una ventana abierta.
- Si uno o una de nosotras estuvimos en contacto con alguien con COVID-19 o

presentamos síntomas de la enfermedad, debemos aislarnos de inmediato y usar mascarilla cuando estemos en un espacio compartido de la casa.

- Informarnos sobre los síntomas y signos del COVID-19 y dónde acudir. Los signos y síntomas más frecuentes son: fiebre, tos, dolor de garganta, diarrea, pérdida del olfato, pérdida del gusto, dificultad respiratoria.
- No participamos de juegos de fútbol, voleibol, pikivoley u otro deporte colectivo de contacto durante mi embarazo y durante la lactancia. En caso de hacerlo, mi familia usa mascarilla todo el tiempo que practica el deporte y siempre que compartan un espacio conmigo, que estoy embarazada o dando de mamar.

## Cuando nace mi bebé:

- Limitamos su contacto, solo está con las personas que le cuidamos, y nosotros usamos tapabocas todo el tiempo, nos lavamos las manos con frecuencia a fin de proteger a mi bebé contra el COVID-19.
- No llevamos a mi bebé fuera de nuestra casa, al menos que sea necesario, como cuando le llevamos a su control de salud.
- No participamos de reuniones familiares ni sociales. Seguimos con todas las medidas mencionadas para proteger a nuestro bebé del COVID-19.

## Además, es importante que

- Si tengo 18 años o más y estoy embarazada de 20 semanas o más, o estoy dando de mamar, me asesore con el profesional de salud de mi elección sobre las vacunas disponibles contra el COVID-19. Conozco los beneficios de las mismas, cómo me protegerán y a mi bebé de las formas graves del COVID-19, que no afectarán a mi bebé y los efectos adversos que pueden presentarse como fiebre, dolor de cabeza entre otros, antes de acceder a la vacuna.
- Aunque esté vacunada, es importante que siga todas las medidas de prevención.
- Si estando embarazada tengo algún signo o síntoma de COVID-19 debo consultar de inmediato.
- Siga mis controles prenatales y del post parto, y acudas de inmediato al establecimiento de salud ante cualquier signo o síntoma de alarma o de COVID-19.
- Si estoy con COVID-19 le protejo a mi bebé usando siempre tapabocas, lavándome las manos frecuentemente y dándole de mamar a libre demanda siempre que no haya una contraindicación médica.

## ATENCIÓN PRENATAL

- **La atención prenatal se realiza cada vez que voy al servicio de salud para controlar mi embarazo o cuando el personal de salud llega a mi comunidad o a mi casa, para:**

- Ver cómo va mi embarazo.
- Identificar riesgos.
- Prevenir complicaciones.
- Facilitar un parto seguro.
- Ayudarme a conocer más sobre los cuidados que necesitamos mi bebé y yo.

*Mi embarazo se cuenta a partir de la fecha de mi última menstruación, y dura en promedio 40 semanas (9 meses).*

- **Durante este tiempo es importante que complete al menos 4 consultas prenatales:**

- **1ra consulta**  
Cuando sospecho que estoy embarazada, dentro de las primeras 12 semanas (3 meses).
- **2da consulta**  
Entre las 22 y 26 semanas.
- **3ra consulta**  
Entre las 27 y 32 semanas.
- **4ta consulta**  
Entre las 36 y 38 semanas.

*Es importante que la primera consulta prenatal la haga cuando sospecho que estoy embarazada y dentro de los primeros tres meses de embarazo (12 semanas de gestación).*

## ● En la atención prenatal tengo derecho a:

- Saber quién me atiende.
- Conocer cómo está mi salud: examen físico completo.
- Saber cómo se encuentra mi bebé, para eso examinarán mi panza, la medirán y tocarán para escuchar sus latidos según la edad gestacional que tenga.
- Recibir consejería en alimentación y lactancia materna.
- Que me realicen análisis de sangre y orina y conocer los resultados.
- Consejería para que me hagan los test de VIH, sífilis, hepatitis B, enfermedad de Chagas.
- Recibir las vacunas indicadas.
- Que me provean de hierro, calcio, ácido fólico.
- Recibir información sobre los cuidados para proteger mi salud y la de mi bebé.  
Estar acompañada de alguien que me apoye y ayude.
- Saber a qué servicio de salud acudir en caso de urgencia.

***Durante la atención prenatal es importante que respeten mi privacidad, y la confidencialidad. Además deben tratarme bien, sin discriminación y respetando mi cultura.***

***No debo tomar ningún medicamento sin indicación médica***

***Si soy adolescente y estoy embarazada, es importante que reciba apoyo psicológico.***

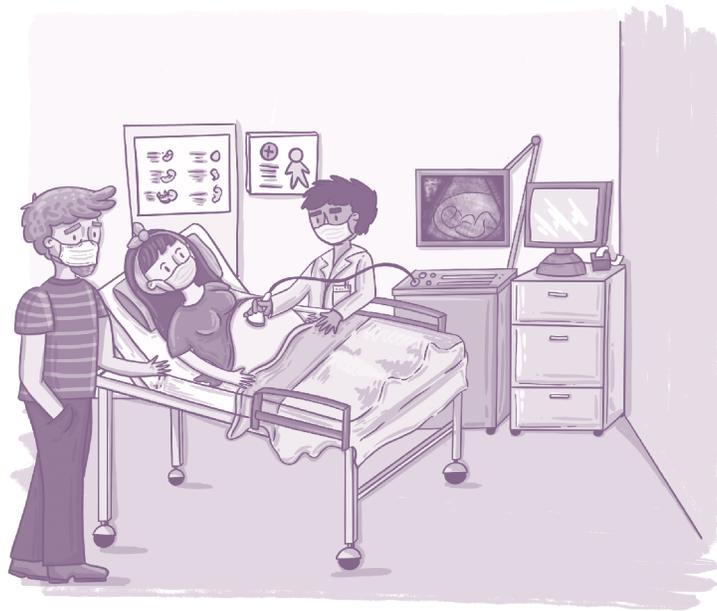
## PERSONA ACOMPAÑANTE



Durante mi embarazo y la etapa que se inicia después del parto, es necesario que yo cuente con una persona que me brinde cariño, cuidado y protección; que esté atenta a mis necesidades y a las de mi bebé.

Lo ideal es que este rol lo asuma el padre de mi bebé, o alguien en quien yo confíe. Puede ser mi mamá, mi papá, mi abuela, mi hermana, o hermano, una amiga, otro integrante de mi familia o un personal del servicio de salud, según yo elija.

Esta persona debe acompañarme a las consultas prenatales, saber cómo actuar ante cualquier signo de alarma y llegado el momento, llevarme al servicio de salud.



### **Durante el trabajo de parto, esta persona debe:**

- Colaborar para que yo cumpla las indicaciones del personal de salud.
- Ayudarme a caminar y a movilizarme cuando esté indicado.
- Ofrecerme alimento ligero y líquidos.
- Darme confianza y animarme.
- Estar atenta a los signos de alarma que pudieran presentarse.

*Tengo derecho a elegir a una persona que me acompañe, que sea de mi confianza y que colabore, tanto conmigo, como con el personal de salud, para que mi bebé y yo recibamos la mejor atención posible.*

## EL PRENATAL DE MI PAREJA

El prenatal de mi pareja tiene por objetivo prepararle para la paternidad activa y consciente, así como prevenir y detectar enfermedades e infecciones, actualizar su vacunación e incentivar su participación en los cuidados prenatales y del bebé y en su futura crianza, desde los servicios de salud, siendo mi pareja corresponsable del cuidado del bebé.

El embarazo es un momento importante tanto para mí como para mi pareja. Es importante destacar que durante este tiempo se producen emociones intensas y el acompañamiento del personal de salud calificado y entrenado es importante en el proceso. Mi pareja tiene derecho de cuidarse al tiempo de acompañarme en los controles prenatales.

Es necesario que mi pareja y yo hablemos sobre lo que sentimos y lo que esperamos de esta nueva vida, intercambiamos ideas con otros padres que ya vivieron la experiencia y con los profesionales de salud, que aprovechemos este momento para cuidarnos a nosotros mismos. Nuestro bebé necesita padres saludables.

Al final de la libreta se consigna la ficha de atención para el prenatal de mi pareja.

Mi pareja y yo tenemos derecho a recibir información sobre estos temas, preguntamos al personal de salud que nos atiende y aclaramos nuestras dudas.

Si no tengo pareja, tengo derecho a elegir a una persona de mis afectos que me acompañe en mis controles y en el parto.



# CAMBIOS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE

## Los 3 primeros meses, es decir las 12 primeras semanas

### Los cambios que puedo sentir son:

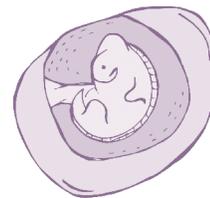
- Estoy más sensible, tengo sueño, cambia mi ánimo y tengo menos energía, che kaigue, che ropehíi.
- Tengo náuseas o malestar cuando huelo ciertos olores y alimentos, py'ájere.
- Mis pechos están "cargados", hinchados, tensos o se vuelven más grandes.

### ¿Cómo se va formando mi bebé?

El **óvulo fecundado**, llamado cigoto, va cambiando de forma y se mueve hasta llegar a mi útero donde se anida o implanta al 7° día.

**Cuando alcanza las 4 semanas** su tamaño es como el de un grano de arroz. Al pasar los días va creciendo y formándose. Al terminar las 8 semanas tiene el tamaño de una arveja y su peso es menos de 7 gramos. En este tiempo se forman sus manos, sus dedos y sus órganos internos.

**Entre las 9 a 12 semanas**, su cara ya está casi toda completa, y sus ojos ya tienen párpados. Además, se forma el cordón umbilical, por donde se alimentará a partir de ahora. Comienza a mover sus brazos y sus piernas, aunque aún no puedo sentirlo.



*En esta etapa se forman todos los órganos de mi bebé, por eso no debo tomar medicamentos sin que me los recete el médico. Tampoco debo consumir alcohol, tabaco ni ningún tipo de drogas. El uso de cualquiera de estas sustancias, tienen resultados adversos para mi embarazo, y por lo tanto para mi bebé.*

Comparto la noticia de mi embarazo con:

---

---

---

1

# MI PRIMERA CONSULTA PRENATAL



# Mi primera consulta la debo realizar cuando sospecho que estoy embarazada, en los primeros 3 meses (12 semanas)

Fecha: ...../...../.....

Estoy embarazada de..... semanas, equivalente a..... meses.

Mi peso es .....Kg. Mi talla es .....cm.

Mi presión arterial es ...../.....mmHg.

**Mi estado nutricional es:** bajo  peso norma  sobrepeso  obesidad

Me indicaron	Marco con una X
Ácido fólico	
Sulfato ferroso	
Calcio	
Vacuna antitetánica o Td	
Análisis de sangre, incluyendo sífilis, VIH y grupo sanguíneo	
Análisis de orina (simple y sedimento, test rápido o urocultivo)	
Prueba de Papanicolaou (PAP)	
Ecografía obstétrica	
Me informaron sobre	
Control odontológico	
Consejería y evaluación nutricional	
Consejería sobre Lactancia Materna	
Consejería sobre planificación familiar post evento (nacimiento)	
Los factores de riesgo	
Los signos de alarma	

## Consulta al personal de salud acerca de las reuniones del club de madres del servicio de salud.

Si tengo una urgencia debo acudir al servicio de salud:.....

Ubicado en:.....

Teléfono:..... **Mi próxima cita es:**...../...../.....

## CAMBIOS DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE



**Desde el tercer al sexto mes o desde la semana 13 hasta la 27 puedo notar:**

- El crecimiento de mi panza.
- Aumento de tamaño y mayor sensibilidad de mis pechos. Cambio en la coloración de la areola y de los pezones.
- Manchas en la piel, pecas y lunares. Puede aparecer una línea oscura en medio de la panza que desaparece después del parto.
- Calambres y/o molestias en la espalda, en la cintura o en la cadera.
- Pueden desaparecer las náuseas y vómitos.
- Es posible que mis encías estén sensibles y hasta pueden sangran.



## Mi bebé:

- Comienza a moverse y yo comienzo a sentirlo.
- Su corazón late más fuerte que el mío, ya se pueden escuchar sus latidos al auscultar mi panza.
- Su sistema digestivo se desarrolla y ya puede chupar, tragar y orinar. Puede tener hipo, y esto es normal.
- Su cara va adquiriendo un aspecto más parecido al que tendrá al nacer.
- Comienza a percibir sonidos y sus ojos ya son sensibles a la luz,
- Al final de este trimestre puede medir desde la cabeza hasta los pies 36,6 cm y pesar 875 gramos aproximadamente.

## La primera vez que le sentí mover a mi bebé fue:

---



*Puedo estimular a mi bebé con caricias suaves a mi panza, haciéndole escuchar mi voz y las voces de los otros miembros de la familia y música suave.*



# 2

## MI SEGUNDA CONSULTA PRENATAL



## Mi segunda consulta debo realizarla entre las 22 y las 26 semanas (5° mes al 5° mes y medio de embarazo).

Tengo estas dudas:

.....

Fecha: ...../...../.....

Estoy embarazada de..... semanas, equivalente a..... meses.

Mi peso es .....Kg. Mi talla es .....cm.

Mi presión arterial es ...../.....mmHg.

**Mi estado nutricional es:** bajo  peso norma  sobrepeso  obesidad

Me indicaron	Marco con una X
Ácido fólico	
Sulfato ferroso	
Calcio	
Vacuna antitetánica o Td	
Análisis de sangre, incluyendo sífilis, VIH y grupo sanguíneo	
Análisis de orina (simple y sedimento, test rápido o urocultivo)	
Prueba de Papanicolaou (PAP)	
Ecografía obstétrica	
Me informaron sobre	
Control odontológico	
Consejería y evaluación nutricional	
Consejería sobre Lactancia Materna	
Consejería sobre planificación familiar post evento (nacimiento)	
Los factores de riesgo	
Los signos de alarma	

**Consulta al personal de salud acerca de las reuniones del club de madres del servicio de salud.**

Si tengo una urgencia debo acudir al servicio de salud:.....

Ubicado en:.....

Teléfono:..... **Mi próxima cita es:**...../...../.....

## CAMBIOS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE

**Desde la semana 28 (6° mes) hasta el final del embarazo**

### **Puedo sentir:**

- Dificultad para respirar a medida que mi bebé va creciendo.
- Molestias o puntadas en la zona pélvica (bajo vientre).

### **Es importante que:**

- Descanse bien.
- Encuentre posturas más cómodas en la cama, si quiero puedo utilizar almohada.
- Evito esfuerzos; como levantar cosas pesadas y trabajar más de 8 horas diarias.

### **Mi bebé:**

- Realiza movimientos más notorios, añanduve chupe.
- En esta etapa sube más de peso y completará el desarrollo de sus pulmones.

Los nombres que me gustan para mi bebé son:

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

# 3

## MI TERCERA CONSULTA PRENATAL



## La tercera consulta debo realizarla entre las 27 y 32 semanas de embarazo (6° a 7° mes)

Tengo estas dudas:

Fecha: ...../...../.....

Estoy embarazada de..... semanas, equivalente a..... meses.

Mi peso es .....Kg. Mi talla es .....cm.

Mi presión arterial es ...../.....mmHg.

**Mi estado nutricional es:** bajo  peso norma  sobrepeso  obesidad

Me indicaron	Marco con una X
Ácido fólico	
Sulfato ferroso	
Calcio	
Vacuna antitetánica o Td	
Análisis de sangre, incluyendo sífilis, VIH y grupo sanguíneo	
Análisis de orina (simple y sedimento, test rápido o urocultivo)	
Prueba de Papanicolaou (PAP)	
Ecografía obstétrica	
Me informaron sobre	
Control odontológico	
Consejería y evaluación nutricional	
Consejería sobre Lactancia Materna	
Consejería sobre planificación familiar post evento (nacimiento)	
Los factores de riesgo	
Los signos de alarma	

**Consulta al personal de salud acerca de las reuniones del club de madres del servicio de salud.**

Si tengo una urgencia debo acudir al servicio de salud:.....

Ubicado en:.....

Teléfono:..... **Mi próxima cita es:**...../...../.....

# MI PLAN DE PARTO

**Durante mi embarazo es fundamental que complete mi plan de parto con los datos solicitados y que responda a todas las preguntas:**

1. Nombre del hospital/establecimiento de salud donde quiero tener mi parto:

.....  
.....

2. Nombre del hospital/establecimiento de salud donde iré en caso de tener alguna complicación durante mi embarazo o parto:

.....  
.....

3. Nombre y teléfono de la persona con quién acudiré al establecimiento de salud:

.....  
.....

4. Si tengo otros niños, ¿con quiénes se quedarán mientras estoy en el hospital?  
Nombres y teléfonos de las personas de confianza (familiar, vecino, amigo):

.....  
.....

5. ¿Con qué medios de transporte contamos yo y/o mi acompañante para trasladarme al establecimiento de salud?

.....  
.....

6. ¿Conozco a alguna persona de mi comunidad que podría ayudarme a llegar rápidamente al servicio de salud en el momento que lo necesite (vecino, vecina, familiar, taxista, etc.)?

Nombre: .....

Dirección: .....

***Es conveniente que visite el establecimiento de salud donde tendré mi parto con mi acompañante para familiarizarnos con el lugar y los trámites del ingreso.***



# 4

## MI CUARTA CONSULTA PRENATAL



## La cuarta consulta debo hacerla entre las 36 y 38 semanas de embarazo (8° mes).

Tengo estas dudas:

Fecha: ...../...../.....

Estoy embarazada de..... semanas, equivalente a..... meses.

Mi peso es .....Kg. Mi talla es .....cm.

Mi presión arterial es ...../.....mmHg.

**Mi estado nutricional es:** bajo  peso norma  sobrepeso  obesidad

Me indicaron	Marco con una X
Ácido fólico	
Sulfato ferroso	
Calcio	
Vacuna antitetánica o Td	
Análisis de sangre, incluyendo sífilis, VIH y grupo sanguíneo	
Análisis de orina (simple y sedimento, test rápido o urocultivo)	
Prueba de Papanicolaou (PAP)	
Ecografía obstétrica	
Me informaron sobre	
Control odontológico	
Consejería y evaluación nutricional	
Consejería sobre Lactancia Materna	
Consejería sobre planificación familiar post evento (nacimiento)	
Los factores de riesgo	
Los signos de alarma	

**Mi próxima cita es:**...../...../.....

*Es importante que pueda preparar lo que necesito para el momento de mi parto así como lo que necesite mi bebé.*

*Pregunto sobre dudas de alimentación, cuidados de mi salud y la de mi bebé.*

## PREPARANDO MI PARTO



**El parto es un proceso natural que ocurre habitualmente entre las 38 y 40 semanas del embarazo 34**

**Los bebés pueden nacer por parto:**

- vaginal, que es la manera natural de tener hijos; o por
- cesárea, que es un procedimiento quirúrgico que se debe realizar solo en casos específicos indicados por el médico.

# TRABAJO DE PARTO

A veces el primer signo o seña de que estamos empezando el trabajo de parto es la pérdida del tapón mucoso. El tapón es una sustancia mucosa o gelatinosa, sanguinolenta o amarillada, que se elimina por la vagina.

Esto es normal, y no significa que debemos ir inmediatamente al servicio de salud, salvo que tengamos algún signo de alarma.

Durante el inicio del trabajo de parto sentimos un endurecimiento en la panza, es por las contracciones, que son espaciadas, duran menos de 30 segundos y se presentan cada media hora.

Las contracciones se hacen más frecuentes, cada 5 minutos y duran más de 30 segundos, esto quiere decir que se inició el trabajo de parto. Estas contracciones son las que ayudan a que el cuello del útero vaya dilatando.

Por lo tanto si no tienes algún signo de alarma o factor de riesgo, puedes esperar dos a cuatro horas después del inicio de las contracciones para llegar al servicio de salud.

Si tienes algún signo de alarma o factor de riesgo es importante que acudas lo antes posible.

Un parto humanizado es aquel que respeta los ritmos fisiológicos del trabajo de parto, y este proceso debe darse en un ambiente de privacidad física y emocional. Tienes derecho a elegir a una persona de tu confianza a que te acompañe y apoye en todo momento. Consulta con el personal de salud de la guardia la disponibilidad de infraestructura para que alguien te acompañe durante el trabajo de parto y el parto.



## CUIDADOS DURANTE EL POSPARTO O PUERPERIO

### El puerperio es el periodo comprendido inmediatamente después del parto hasta los 42 días

Durante este periodo se produce una gran cantidad de secreción constituida por sangre y restos epiteliales sin mal olor denominado Loquios, que progresivamente va disminuyendo.

Pasando unos días, su color cambia volviéndose café claro. En la segunda semana presenta un aspecto blanco- amarillento y se da en mucha menor cantidad. Los loquios pueden durar hasta 51 días después del parto.

Es importante saber que en los primeros días después del parto los pechos se cargan, se sienten tensos o hinchados y produce el calostro en pequeñas cantidades.

**A partir del 4° o 5° día se produce la bajada de la leche.**

### Recomendaciones

#### Higiene personal:

- Baño diario.
- Lavado externo con agua y jabón de los genitales como mínimo dos veces al día, no realizar lavados ni duchas vaginales.
- Cambiar las toallas higiénicas varias veces al día. Lo ideal es hacerlo cada 3 horas.
- En caso de haber recibido sutura, mantener la herida limpia y seca.
- Es recomendable lavarse el cabello en forma regular.

#### Alimentación:

Seguir las recomendaciones descritas anteriormente sobre alimentación

#### Relaciones sexuales:

Elegí algún método de planificación familiar antes de iniciar las relaciones sexuales. Podés retomar las relaciones cuando hayan desaparecido el sangrado y las molestias perineales.

*Debes volver al servicio de salud a los 8 días después de tu parto para control o ante cualquier signo de alarma.*



## SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL PUERPERIO

**Acudí inmediatamente al establecimiento de salud más cercano si tenés una o más de estas situaciones:**

- **Cefalea:** dolor de cabeza - akārasy
- **Epigastralgia:** dolor en la zona del estómago - py'arasy
- **Dolor en bajo vientre:** dolor en la panza – ty'érasy
- **Contracciones:** endurecimiento del útero – hembepyatã
- **Disuria:** dolor al orinar – ty'asy
- **Fiebre:** akānundu
- **Visión borrosa:** ndahecháí porã, ahechavaipa
- **Pérdida de sangre por vagina:** tygýpa
- **Disnea:** dificultad para respirar - juku'a
- **Mareo:** akānga'u
- **Convulsiones:** ataque - kuruchi
- **Dificultades para amamantar:** nokambúi porã
- **Mastalgia:** o dolor en mamas - pechoasy
- **Dolor de pezones o grietas:** titipuntajekapa
- **Signos inflamatorios en mamas (mastitis) y pezones:** dolor, calor, enrojecimiento e hinchazón
- **Signos inflamatorios en las piernas:** dolor, calor, enrojecimiento, hinchazón
- **Signos inflamatorios en heridas:** dolor, calor, enrojecimiento, hinchazón
- **Loquios con mal olor:** pérdidas por vagina después del parto con mal olor



# PREPARÁNDOME PARA AMAMANTAR

## Técnicas de lactancia

La leche materna es el alimento natural y suficiente para mi bebé. Se recomienda darle únicamente el pecho los primeros 6 meses de vida y a partir de ahí iniciar la alimentación complementaria, continuando con la lactancia materna hasta los 2 años o más.

Es mi derecho pedir que pongan a mi bebé recién nacido sobre mi pecho, inmediatamente luego del parto para que pueda iniciar la lactancia ya en la primera hora y establecer así el vínculo necesario para que la lactancia continúe.

## Beneficios de la leche materna

- Favorece el establecimiento de un vínculo muy especial entre la madre y su bebé.
- Ayuda a contraer el útero y previene las hemorragias.
- Tiene todos los nutrientes que necesita el bebé para crecer saludable, fuerte, seguro e inteligente.
- Se digiere fácilmente, por lo tanto tu bebé tiene menos riesgo de sufrir cólicos (dolor de panza) y estreñimiento.
- Disminuye el riesgo de enfermedades como diarrea, resfrío, neumonía, alergias y desnutrición.
- Es gratuita.
- Está siempre lista y disponible.
- No contamina el medio ambiente.

## Riesgos de no amamantar

- Incremento de gastos familiares por la compra de leche de fórmula, biberones, insumos y energía.
- Mayor necesidad de tiempo, dinero y preocupaciones para la familia por los problemas de salud que tienden a aparecer.
- Aumenta el riesgo de que los bebés contraigan enfermedades graves (diarreas, enfermedades respiratorias y de oído).

- Más posibilidad de que los bebés tengan un crecimiento deficiente o contraigan enfermedades.
- Tu bebé no necesita agua, té, jugos, ni ningún tipo de bebidas salvo la leche materna.

#### **Algunas de las señales de que tú bebé tiene hambre son:**

Abre la boca, estira la lengua y/o gira la cabecita buscando el pecho  
Gime suavemente  
Chupa o succiona su manito, sábana u objetos que tocan su boca  
Aumentan los movimientos de sus ojos

#### **Agarre correcto**

Para que tu bebé tenga un buen agarre, es recomendable que pases tu pezón por sus labios de arriba para estimular que abra la boca, cuando lo haya hecho, debes acercar tu pezón a la parte superior de su boca, de manera a que su labio de abajo y su mandíbula cubran la mayor parte de tu pecho.

#### **Buena posición de la mama para dar el pecho:**

Durante las primeras semanas la posición correcta para dar el pecho favorece a que la lactancia se desarrolle, mantenga y se convierta en un momento de disfrute. Es importante que la cabeza, el cuello y la columna del bebé no estén torcidos. Su mentón debe estar hacia arriba, y no caído hacia el pecho. Asegúrate de estar vos también en una posición cómoda, puedes usar unas almohadas para apoyar tu espalda, tus brazos o al bebé.

La mejor preparación para la lactancia materna es la información. Aprendé tanto como puedas antes de que nazca tu bebé: preguntá acerca de las dudas que tengas sobre este tema en las visitas prenatales y hablá con otras mamás que dan el pecho.

*Una posición correcta, mantiene tus pezones sanos y tu bebé se alimenta de manera más eficiente.*

## Posiciones para la lactancia



*Clásica*



*Caballito*



*Invertida*



*Acostada*

## DATOS DE MI BEBÉ

Mi bebé nació el día..... a las..... horas.

Se llama:.....

¿Es un nene o una nena?.....

Su peso al nacer fue:.....kilos.

De largo, medía:.....centímetros.

### Cómo cuidar al bebé en el primer mes de vida

#### Recomendaciones para la mamá, el papá y la familia:

##### Antes del alta es importante verificar que

- La libreta de salud de tu bebé esté completa.
- Le hayan aplicado la vacuna BCG.
- Les hayan entregado el certificado de nacido vivo.
- Le hayan realizado el test del piecito o citado para la realización del mismo (entre las 48 horas y los 7 días de nacido), además de explicarles cuándo y dónde retirar el resultado.

##### En el hogar

- Lavarnos siempre las manos con agua y jabón antes de tocar al bebé.
- Acostarle boca arriba o de costado. Para que respire mejor, no cubrirle la cara.
- Darle el pecho a libre demanda, es decir cada vez que pida, sea de día o de noche.

##### Para cuidar el cordón umbilical y la higiene del bebé recuerda

- No es necesario bañarle todos los días, así se preserva la grasa natural que protege la piel del bebé.
- Mantener siempre limpia la zona del pañal para evitar la aparición de irritaciones.
- Cada vez que le cambien el pañal, se debe limpiar la zona con agua, cremas o aceite vegetal.
- Para cuidar el ombligo hay que dejarlo libre, y no cubrirlo con gasas, pañal u ombligeros, de esta manera se seca más rápido. No usar alcohol ni polvos.

**Mi bebé aprende a través de sus 5 sentidos. Es importante que lo estimulemos desde que nace, en este sentido es importante que tanto la madre como los integrantes de su entorno puedan:**

- Mirarle a los ojos, acariciarle y hablarle cariñosamente sobre todo al darle el pecho materno.
- Llamarle por su nombre.
- Colgar objetos de colores (pelotitas, juguetitos, globos) donde el bebé pueda ver.
- Hacerle escuchar música suave.
- Evitar ponerle frente al televisor o a la pantalla del celular hasta después de los dos años.

**Para que mi bebé tenga un ambiente y vestimenta adecuados:**

- Le visto siempre de acuerdo al clima, ropa liviana, preferentemente de algodón.
- Utilizo gorrita y medias para cubrirle la cabeza y los pies.
- La mejor manera de mantener la temperatura de mi bebé es colocarlos sobre mi pecho y en contacto con mi piel.
- Evito el contacto con personas enfermas y mantengo el ambiente limpio, ventilado y libre de polvo.



## SIGNOS DE ALARMA DEL RECIÉN NACIDO



Tiene fiebre/akānundu



Se pone frío/ ho'ysamba



No puede mamar / nokambúi



Vomita todo lo que toma /  
py'ájere, ombogue'ẽ opa ho'úva



Respira con dificultad / juku'a



Tiene diarrea / ty'e chivivi



Tiene el ombligo rojo o con pus  
/ ipuru'a pytä, puru'a opu

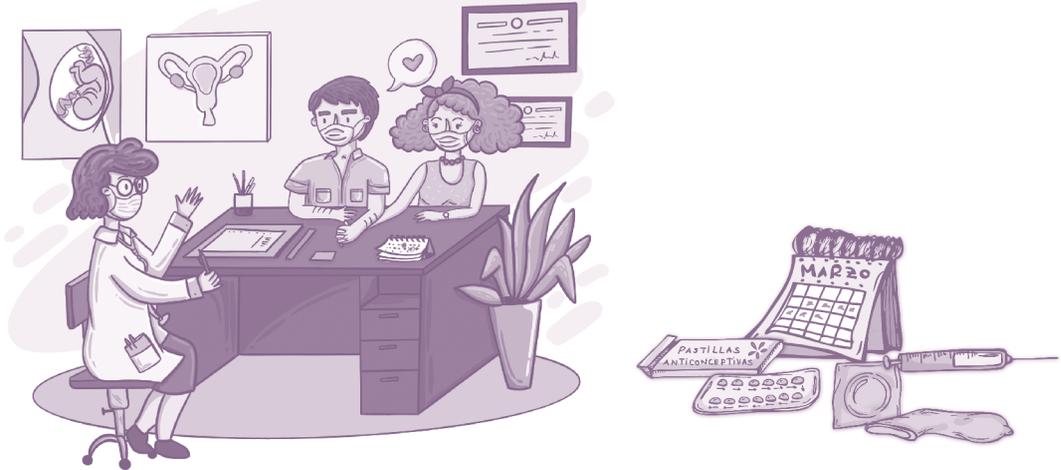


Tiene secreción en los ojos  
/ tesã rasy



Tiene la piel amarilla / tircia, isa'yjupa ipire

# PLANIFICACIÓN FAMILIAR



## ¿Debemos utilizar algún método anticonceptivo después del parto?

A pesar de que muchas veces se tenga el deseo de tener otro hijo o hija de manera seguida, se recomienda espaciar los embarazos con un intervalo de dos años entre uno y otro nacimiento. Durante este periodo se sugiere utilizar el método anticonceptivo de tu elección para planificar otro embarazo.

## ¿Cuándo podemos volver a mantener relaciones sexuales?

Cada pareja debe decidir el momento más adecuado para hacerlo, en general tiene que ver con el estado de ánimo y el bienestar físico de la mujer después del parto. Es importante que la decisión de volver a tener relaciones sexuales se dé en un entorno de respeto mutuo y de diálogo con la pareja. Los primeros días del posparto es mejor evitar la penetración, de lo contrario se recomienda utilizar el preservativo para evitar una infección.

## ¿Cuál es el mejor método anticonceptivo?

No existe un método ideal, todos tienen sus ventajas, pero también algunos inconvenientes. El método a elegir debe ser de acuerdo a las preferencias y necesidades de cada persona, por lo tanto es importante estar bien informado para tomar la mejor decisión.

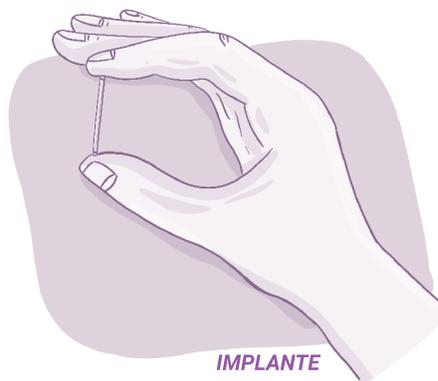
**Entre las opciones podemos citar:**

#### **Métodos basados en conocimiento de la fertilidad**

- Interrupción del coito (termina afuera) o método de Onán es muy poco eficaz, ya que, a pesar de no eyacular en la vagina, en los momentos previos el pene segrega un líquido que contiene espermatozoides, que pueden quedar en la vagina y ser suficientes para producir un embarazo.
- El método del ritmo menstrual, el de la temperatura basal, el sintotérmico y el del moco cervical, son naturales. En qué consisten, la manera de utilizarlos y los puntos a tener en cuenta te lo deben explicar en los servicios de planificación familiar
- El método de la lactancia materna y amenorrea (MELA) es un método natural, puede ofrecer una cierta protección anticonceptiva, pero tiene un riesgo de error y no ofrece una total garantía. Para que pueda servir como método se deben cumplir estas condiciones: lactancia materna exclusiva y amenorrea (ausencia de menstruaciones) hasta los 6 meses después del parto. Posterior a este tiempo no se puede garantizar este método.

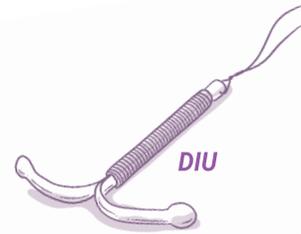
#### **Métodos anticonceptivos modernos**

- El anticonceptivo inyectable que tiene solo progestágeno se puede iniciar aproximadamente un mes después del parto si no hay contraindicaciones. Tienen la ventaja de que se inyecta cada 3 meses, y lo podés utilizar el tiempo que quieras. Podría producir alguna irregularidad en la menstruación.
- El Implante subdérmico es un dispositivo de plástico, pequeño, que tiene progesterona y puede ser aplicado inmediatamente después del parto. Se coloca en el brazo, dura hasta 3 años y se puede retirar en el servicio cuando lo decidas. Es muy efectivo. Puede utilizarse en el periodo de lactancia. Podría producir alguna irregularidad en la menstruación.
- Los anticonceptivos orales de progesterona son comprimidos que se utilizan después del parto. Se toman todos los días, preferentemente a la misma hora, sin interrupción, por el tiempo que quieras. Podría producir alguna irregularidad en la menstruación.
- Los anticonceptivos orales combinados de progesterona y estrógeno no están indicados para las mujeres que amamantan.



**IMPLANTE**

- El dispositivo intrauterino (DIU) de cobre puede ser aplicado justo después del parto. Se coloca dentro del útero, dura hasta 10 años y te lo retiras en el servicio cuando lo decidas. Es muy efectivo. Puede utilizarse en el periodo de lactancia.
- Los preservativos masculinos y los femeninos son buenos métodos anticonceptivos sobre todo durante el periodo inmediato del posparto y de la lactancia. Protegen de las infecciones de transmisión sexual. Los preservativos masculinos los puedes retirar de los dispensadores de los servicios también.
- Los espermicidas, en cremas o bien en óvulos, tienen una eficacia baja, ofrecen poca protección para evitar un embarazo, pero pueden ser un complemento a otros métodos.



#### **Anticoncepción definitiva o permanente**

- Algunas parejas, ya durante el embarazo o bien después del nacimiento, consideran finalizado su proyecto reproductivo, es decir, no quieren tener más hijos, según las circunstancias en las que se encuentren.
- En estos casos se puede acceder a métodos anticonceptivos definitivos, para la mujer (esterilización tubárica o ligadura) o para el hombre (vasectomía). Antes de realizarse este tipo de método es importante estar seguros de la decisión, teniendo en cuenta que ellos son definitivos e irreversibles.

#### **¿Se puede utilizar la anticoncepción de emergencia?**

- Sí, siempre que ocurra una relación sexual no protegida o sin garantías de protección es recomendable utilizar la anticoncepción hormonal de emergencia a fin de evitar un embarazo no planificado.
- Es un tratamiento con progesterona, que tiene que tomarse tan pronto como sea posible y hasta 5 días después de la relación sin protección. Se puede retirar de los servicios de salud de manera gratuita a cualquier hora que sea requerido.
- Este tratamiento se puede realizar también durante la lactancia y prácticamente no tiene efectos secundarios. Se debe recordar que es un método de emergencia, no es un método de uso rutinario.
- Recuerda que puedes pedir más información sobre planificación familiar posparto en todos los servicios de salud.

## EJERCICIOS DURANTE EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO

Realizar ejercicios es una práctica saludable y beneficiosa, y es recomendada para prevenir el sobrepeso. Ayudan a que te sientas bien, a que duermas mejor y aumentan tu energía preparándote para el momento de tu parto.

Se aconseja caminar todos los días durante 20 a 30 minutos salvo que tu doctor te indique reposo. Es conveniente que evites las actividades que puedan provocarte golpes o caídas.

Podés realizar los siguientes ejercicios durante tu embarazo siempre y cuando no sientas molestias. Es importante que si te mareás, sentís dolor o nauseas, los dejes de hacer inmediatamente, y ante cualquier duda consultes con tu médico.



### **Fortalecimiento de los músculos entre las piernas (perineo):**

Los podés hacer parada o acostada, apretando los músculos ubicados entre las piernas como si estuvieras tratando de atajar la orina.

Mantener esta posición unos segundos respirando normalmente. Luego relajarse y repetir el ejercicio varias veces al día.

### **Elevación de la pelvis:**

Acostada de espaldas sobre el piso con los brazos extendidos a los lados y las piernas dobladas, apretar y subir las nalgas. Mantener esta posición unos segundos y luego volver a bajar lentamente la espalda.



### **Giro de columna:**

Acostada de espaldas sobre el piso con los brazos extendidos a los lados, juntar y doblar las piernas manteniendo los hombros pegados al piso. Girar las piernas hacia un lado y la cabeza lentamente hacia el otro. Repetir la secuencia hacia ambos lados.



### **Relajación de la espalda:**

Tendida de espaldas sobre el piso con la columna bien apoyada, levantar y llevar ambas rodillas hacia el pecho. Mantener esta posición por unos segundos y luego bajarlas lentamente.



**Es fundamental que tengas la aprobación de tu médico antes de empezar a realizar cualquier tipo de ejercicio.**

# Anverso de la Historia Clínica Perinatal Base

<b>CARNÉ PERINATAL - CLAPI/SMR - OPS/OMS</b>		Lugar del control prenatal		Lugar del parto/aborto	
NOMBRE		casada <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		Nº de identificación	
DOMICILIO		ESTAD. CIVIL		vive no <input type="checkbox"/> sola <input type="checkbox"/>	
LOCALIDAD		ESTUDIOS		nacidos vivos	
TELEF.		ninguno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secund. <input type="checkbox"/> años en el mayor nivel <input type="checkbox"/>		muertos 1º sem. <input type="checkbox"/> después 1º sem. <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		abortos	
mes año		blanca <input type="checkbox"/> indígena <input type="checkbox"/> mestiza <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>		gestas previas	
EDAD (años)		ALFA BETA		vaginales <input type="checkbox"/> cesáreas <input type="checkbox"/>	
mes año		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		3 espont. consecutivos <input type="checkbox"/>	
OBSTETRICOS		FUMAS ACT.		partos	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		emb. ectópico <input type="checkbox"/>	
FAMILIARES		DROGAS		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		Antecedente de gemelares <input type="checkbox"/>	
TBC <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> hipertensión <input type="checkbox"/> pre-eclampsia <input type="checkbox"/> otra cond. médica grave <input type="checkbox"/>		FUMAS PREVIO		normal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ciencia <input type="checkbox"/> genito-urina <input type="checkbox"/> infertilidad <input type="checkbox"/> cardiopat. <input type="checkbox"/> nefropatía <input type="checkbox"/> violencia <input type="checkbox"/> 076 <input type="checkbox"/>		n/c <2500g <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
PERSONALES		EG CONFIABLE por		FUMAS ACT. FUMAS PREVIO	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM Eco <20 s. <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
TALLA (cm)		FUM 1º trim <input type="checkbox"/>		1º trim <input type="checkbox"/>	
kg		FUM 2º trim <input type="checkbox"/>		2º trim <input type="checkbox"/>	
GRUPO		FUM 3º trim <input type="checkbox"/>		3º trim <input type="checkbox"/>	
Rh inmuniz. <input type="checkbox"/>		EG CONFIABLE por		FUM 1º trim <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM Eco <20 s. <input type="checkbox"/>		2º trim <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		3º trim <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 3º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 1º consulta <input type="checkbox"/>		1º consulta <input type="checkbox"/>	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		FUM 2			



# Reverso de la Historia Clínica Perinatal Base

MORBILIDAD																			
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS					INFECCIONES					HEMORRAGIA									
no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>					no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>					1er TRIMESTRE no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> 2º TRIMESTRE no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> 3er TRIMESTRE / POSPARTO no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>									
Hipertensión crónica <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Pre eclampsia leve <input type="radio"/> <input type="radio"/> Pre eclampsia severa <input type="radio"/> <input type="radio"/> Eclampsia <input type="radio"/> <input type="radio"/> HELLP <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hipertensión gestacional <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hipertensión crónica + PE sobrepuesta <input type="radio"/> <input type="radio"/>					Sepsis <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Pielonefritis <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Endometritis <input type="radio"/> <input type="radio"/> Neumonía <input type="radio"/> <input type="radio"/> Infección herida cesarea <input type="radio"/> <input type="radio"/> Corioamnionitis <input type="radio"/> <input type="radio"/> Infección episiorrafía <input type="radio"/> <input type="radio"/> Bacteriuria asintomática <input type="radio"/> <input type="radio"/> Otra infección <input type="radio"/> <input type="radio"/>					Post aborto <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Rotura uterina <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Mola hidatiforme <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hemorragia postparto <input type="radio"/> <input type="radio"/> Embarazo ectópico <input type="radio"/> <input type="radio"/> Atonia uterina <input type="radio"/> <input type="radio"/> Placenta previa <input type="radio"/> <input type="radio"/> Desgarros <input type="radio"/> <input type="radio"/> Acretismo placentario <input type="radio"/> <input type="radio"/> Restos <input type="radio"/> <input type="radio"/> DPPNI <input type="radio"/> <input type="radio"/> Defecto de coagulación <input type="radio"/> <input type="radio"/>									
TRASTORNOS METABOLICOS					OTROS TRASTORNOS					COMPLICACIONES OBSTETRICAS									
no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>					no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>					no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>									
<b>DIABETES MELLITUS</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Tolerancia oral a la glucosa anormal <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> se hizo <input type="radio"/> D.M. insulino dependiente previa <input type="radio"/> <input type="radio"/> D.M. no insulino dependiente previa <input type="radio"/> <input type="radio"/> D.M. gestacional <input type="radio"/> <input type="radio"/> Estado hiperosmolar <input type="radio"/> <input type="radio"/> Cetoacidosis <input type="radio"/> <input type="radio"/> Estado hiperglicémico <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<b>TRASTORNOS TIROIDEOS</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Hipotiroidismo <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Hipertiroidismo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Crisis tiroidea <input type="radio"/> <input type="radio"/> Otro trastorno metabólico <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<b>OTROS TRASTORNOS</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Hiperemesis gravídica <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Trombosis venosa profunda <input type="radio"/> <input type="radio"/> Tromboembolismo pulmonar <input type="radio"/> <input type="radio"/> Embolia L.A. <input type="radio"/> <input type="radio"/> Cardiopatía <input type="radio"/> <input type="radio"/> Valvulopatía <input type="radio"/> <input type="radio"/> Convulsiones <input type="radio"/> <input type="radio"/> Alteración del estado de conciencia <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<b>COMPLICACIONES OBSTETRICAS</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Parto obstruido <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Rotura prolongada de membranas <input type="radio"/> <input type="radio"/> Oligoamnios <input type="radio"/> <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
Polihidramnios <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Sufimiento fetal agudo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Restricción de Crecimiento Intrauterino <input type="radio"/> <input type="radio"/>																			
INTERVENCIONES																			
Alumbamiento manual <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/> Uterotónicos para tto. Hemorragia <input type="radio"/> <input type="radio"/>					Via venosa central <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/> Administración de hemoderivados <input type="radio"/> <input type="radio"/>					Nº de vol. <input type="text"/> <input type="text"/> Laparotomía (excluye cesárea) <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/> días <input type="text"/> Ingreso a UCI < 7 días <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Uso de ATB IV para tto. de complicación infecciosa <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>									
Traje antishock no neumático <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Balones hidroestáticos <input type="radio"/> <input type="radio"/> Suturas B-Lynch o similares <input type="radio"/> <input type="radio"/> Ligaduras hemostáticas de las arterias uterinas/hipogástricas <input type="radio"/> <input type="radio"/> Embolizaciones <input type="radio"/> <input type="radio"/>																			
VARIABLES PARA IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS																			
CRITERIOS CLÍNICOS / DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA					LABORATORIO					INTERVENCIONES									
<b>Cardiovascular</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Shock <input type="radio"/> <input type="radio"/> Paro cardíaco <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<b>Renal</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Oliguria resistente a líquidos o diuréticos <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<b>Laboratorio</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Plaquetas < 50.000 por ml <input type="radio"/> <input type="radio"/> Creatinina ≥ 300 micromoles/l o ≥ 3,5 mg/dl <input type="radio"/> <input type="radio"/> Bilirubina > 100 micromoles/l o > 6,0 mg/dl <input type="radio"/> <input type="radio"/> pH < 7,1 <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sat Hb < 90% ≥ 1 hora <input type="radio"/> <input type="radio"/> PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> < 200 mmHg <input type="radio"/> <input type="radio"/> Lactato > 5 μmol/L o 45 mg/dl <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<b>Intervenciones</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Administración continua de agentes vasoactivos <input type="radio"/> <input type="radio"/> Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> días <input type="text"/> Administración ≥ 3 vol de hemoderivados <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> días <input type="text"/> Ingreso a UCI ≥ 7 días <input type="radio"/> <input type="radio"/> Histerectomía <input type="radio"/> <input type="radio"/> Diálisis en caso de IRA <input type="radio"/> <input type="radio"/> Reanimación cardio-pulmonar <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
<b>Hepático</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Ictericia en preeclampsia <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<b>Hematológicos/coagulación</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Alteraciones de la coagulación <input type="radio"/> <input type="radio"/>					Criterio Near Miss: FLUJOS ≥ 3 vol DMS ≥ 3 vol									
<b>Respiratorio</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Cianosis aguda <input type="radio"/> <input type="radio"/> Respiración jadeante (gasping) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Taquipnea severa FR > 40 rpm <input type="radio"/> <input type="radio"/> Bradipnea severa FR < 6 rpm <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<b>Neuroológico</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Coma <input type="radio"/> <input type="radio"/> Inconsciencia prolongada > 12 hs. <input type="radio"/> <input type="radio"/> Accidente cerebrovascular <input type="radio"/> <input type="radio"/> Convulsiones incontrolables/ estado de mal epiléptico <input type="radio"/> <input type="radio"/> Parálisis generalizada <input type="radio"/> <input type="radio"/>					Administración de agentes vasoactivos <input type="radio"/> <input type="radio"/> Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> días <input type="text"/> Administración ≥ 3 vol de hemoderivados <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> días <input type="text"/> Ingreso a UCI ≥ 7 días <input type="radio"/> <input type="radio"/> Histerectomía <input type="radio"/> <input type="radio"/> Diálisis en caso de IRA <input type="radio"/> <input type="radio"/> Reanimación cardio-pulmonar <input type="radio"/> <input type="radio"/>									
EGRIFO																			
día	Temp °C	P.A.	pulso	invol. uter.	loquios	periné	lactancia	observaciones	Responsable	EGRESO MATERNO		FECHA		CONDICIÓN AL EGRESO					
1er										dis	mes	año	hora	min	sana <input type="radio"/> NA <input type="radio"/> c/patología <input type="radio"/> muerte <input type="radio"/>				
2º															lugar <input type="text"/> Traslado <input type="radio"/> falleco durante o en lugar de traslado <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>				
3er										TIPO DE EGRESO	falleco <input type="radio"/> contra consejo médico <input type="radio"/> egreso médico <input type="radio"/>				Responsable <input type="text"/>				
5º a 10º																			
CONSEJERÍA anticoncepcional										ANTICONCEPCION									
Responsable <input type="text"/> oral <input type="radio"/> escrita <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/>										Inicio MAC <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/> inyectable <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/> barrera <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/> EQV fem <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/> ACO "píldora" <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/> Otro hormonal (anillo vaginal, parche, AFI) <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/> EQV masc. <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/> implante <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/> condón <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/> abst. <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> acced. <input type="radio"/>									



# FICHA DEL PRENATAL DE LA PAREJA

<b>NOMBRE:</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	
<b>DOMICILIO:</b>		<b>EDAD:</b>	
<b>CIUDAD:</b>		<b>ETNIA:</b>	
<b>TELÉFONO:</b>		<b>ESTUDIOS:</b> NINGUNO <input type="checkbox"/> ESCOLAR BÁSICA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIA <input type="checkbox"/>	
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>		<b>ESTADO CIVIL:</b> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÓN ESTABLE <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	
<b>OCUPACIÓN</b>		<b>ALTURA:</b> <b>PESO:</b> <b>IMC:</b>	

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** .....

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

- |                         |                             |                             |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| HIPERTENSION            | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| DIABETES                | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CIRUGIA ABDOMINAL       | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CARDIOPATIA             | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| INFERTILIDAD            | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| TRASTORNOS ALIMENTARIOS | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ACTIVIDAD FISICA        | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

**ANTECEDENTES DE HIJOS PREVIOS:**

SI  NO  EDAD DEL ULTIMO: .....

**HABITOS TOXICOS:**

FUMA SI  NO

ALCOHOL SI  NO

DROGAS SI  NO

**VACUNACION:**

**Vacuna antitetánica**

Hace menos de 10 años  más de 10 años

1ª dosis ...../...../..... 2ª dosis ...../...../.....

3ª dosis ...../...../..... Refuerzo (cada 10 años) ...../...../.....

**Hepatitis B** Inmunizado

1ª dosis ...../...../..... 2ª dosis ...../...../.....

3ª dosis ...../...../.....

**Fiebre amarilla**

Fecha ...../...../.....

**Vacuna Triple Viral** (sarampión, parotiditis, rubéola)

Fecha ...../...../.....

**ORIENTACION SOBRE PREVENCION DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL,  
VIH, SIDA, SIFILIS, HEPATITIS B, ZIKA**

- ORIENTACION SOBRE CONSULTA NUTRICIONAL
- ORIENTACION SOBRE CONSULTA ODONTOLOGICA
- ORIENTACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR

ESTUDIOS		
	RESULTADO	FECHA
GRUPO Rh		
HEMOGRAMA		
GLICEMIA		
VDRL		
VIH		
HEPATITIS B		
HEPATITIS C		
TSH		
COLESTEROL		
TRIGLICERIDOS		
ORINA SIMPLE		

**CONSULTA DE CONTROL**

Fecha: ...../...../.....

Peso: ..... IMC: ..... PA: .....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....

**CONSULTA DE CONTROL**

Fecha: ...../...../.....

Peso: ..... IMC: ..... PA: .....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....

**CONSULTA DE CONTROL**

Fecha: ...../...../.....

Peso: ..... IMC: ..... PA: .....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....

**CONSULTA DE CONTROL**

Fecha: ...../...../.....

Peso: ..... IMC: ..... PA: .....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....

**CONSULTA DE CONTROL**

Fecha: ...../...../.....

Peso: ..... IMC: ..... PA: .....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....

**CONSULTA DE CONTROL**

Fecha: ...../...../.....

Peso: ..... IMC: ..... PA: .....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....

**CONSULTA DE CONTROL**

Fecha: ...../...../.....

Peso: ..... IMC: ..... PA: .....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....

**CONSULTA DE CONTROL**

Fecha: ...../...../.....

Peso: ..... IMC: ..... PA: .....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....

**CONSULTA DE CONTROL**

Fecha: ...../...../.....

Peso: ..... IMC: ..... PA: .....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....

**CONSULTA DE CONTROL**

Fecha: ...../...../.....

Peso: ..... IMC: ..... PA: .....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....

**CONSULTA DE CONTROL**

Fecha: ...../...../.....

Peso: ..... IMC: ..... PA: .....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....

**CONSULTA DE CONTROL**

Fecha: ...../...../.....

Peso: ..... IMC: ..... PA: .....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....

**CONSULTA DE CONTROL**

Fecha: ...../...../.....

Peso: ..... IMC: ..... PA: .....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....

**CONSULTA DE CONTROL**

Fecha: ...../...../.....

Peso: ..... IMC: ..... PA: .....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....

**CONSULTA DE CONTROL**

Fecha: ...../...../.....

Peso: ..... IMC: ..... PA: .....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....

**CONSULTA DE CONTROL**

Fecha: ...../...../.....

Peso: ..... IMC: ..... PA: .....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....

**CONSULTA DE CONTROL**

Fecha: ...../...../.....

Peso: ..... IMC: ..... PA: .....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....

**CONSULTA DE CONTROL**

Fecha: ...../...../.....

Peso: ..... IMC: ..... PA: .....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....

**CONSULTA DE CONTROL**

Fecha: ...../...../.....

Peso: ..... IMC: ..... PA: .....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....

**CONSULTA DE CONTROL**

Fecha: ...../...../.....

Peso: ..... IMC: ..... PA: .....

Resultados de estudios: .....

Plan: .....