

# GESTACIÓN

## *En Familia*



Creo en  
**POPAYÁN**  
SECRETARÍA DE SALUD

 **PIC**  
Plan de Intervenciones  
Colectivas - Popayán



Empresa Social del Estado  
**POPAYÁN E.S.E.**  
Trabajamos de 

# GESTACIÓN



Mi Primera foto Familiar 



Mi primera foto

*En Familia* 

NOMBRE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

DIRECCIÓN  MUNICIPIO

TELÉFONO  OCUPACIÓN

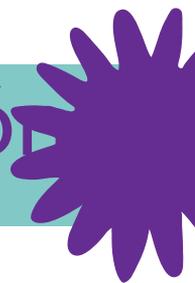
ASEGURADORA EPS

LUGAR DE ATENCIÓN DEL CONTROL PRENATAL

*Acompañante*

NOMBRE  TELÉFONO

# RUTA de atención *materno perinatal*



mi familia y yo decidimos tener un bebé

Solicitamos y asistimos a la consulta pregestacional

nos enteramos del embarazo

decidimos no continuar

iniciamos controles prenatales

Asistimos al curso de preparación para la maternidad y paternidad

Atención Ginecológica

Atención Psicológica

Atención Odontológica

Toma de Laboratorios

Vacunación

Atención de emergencias obstétricas



Atención para la promoción de la alimentación y nutrición

LLEGO EL DÍA del nacimiento



Atención del parto

Atención del puerperio

Iniciamos un método de anticoncepción

RIAPMS Primera infancia

RIAPMS Adolescencia Juventud y Adultez

Complicaciones del recién nacido



# Historia clínica perinatal

para escribir datos de la paciente embarazada en CPN



HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL-CLAP/SMR-OPS/OMS																																			
IPS de primer control prenatal			NOMBRES		APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO día mes año			ETNIA indígena <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ALFA BETA <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		NIVEL DE EDUCACIÓN		RÉGIMEN DE AFILIACIÓN		ASEGURADOR																			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA							EDAD (años)		POB. ESP		ESTADO CIVIL		Lugar del parto																						
LOCALIDAD			TEL. FIJO		CELULAR		< de 14 14 a 16 > de 35		años en el mayor nivel		casada <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		Nº Identidad																						
ANTECEDENTES <small>(no indica necesariamente riesgo en prácticas inadecuadas)</small>	FAMILIARES		PERSONALES		cirugía genito-urinfaria		OBSTETRICOS		gestas previas		abortos		vaginales		nacidos vivos		viven		FIN EMBARAZO ANTERIOR																
	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		día mes año																
	TBC		diabetes		hipertensión		predampsia		edampsia		otra cond. médica grave		ZIKA		cardiopat.		nefropat.		violencia		VIH														
	disc. sang.		enfermedad tromboembólica		IMC > 29		Último previo		n/c <input type="checkbox"/> < 2500g <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> ≥ 4000g <input type="checkbox"/>		emb. ectópico		3 espont. consecutivos		partos		cesáreas		nacidos muertos		muertos 1º sem.														
Antecedente de gemelares		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>																después 1º sem.		EMBARAZO PLANEADO no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>															
																				C. PRECONCEPCIONAL no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>															
																				FRACASO METODO ANTICONCEP. no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>															
																				no usaba <input type="checkbox"/> barrera <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> hormo <input type="checkbox"/> nal <input type="checkbox"/> emer <input type="checkbox"/> nal <input type="checkbox"/> gencia <input type="checkbox"/> natural <input type="checkbox"/>															
																				método definitivo no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>															
GESTACION ANTERIOR			EG CONFIABLE por			FUM ACT.			FUM PAS.			DROGAS			ALCOHOL			VIOLENCIA			VACUNAS														
PESO ANTERIOR			TALLA (cm)			FUM Eco <20 s.			1º trim			2º trim			3º trim			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>											
Kg			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>											
EX. NORMAL			CERVIX			GRUPO Rh			TOXOPLASMOSIS			Hb <20 sem			Fe/FOLATOS			Hb ≥20 sem			tétanos/difteria			tdap											
no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			insp. visual <input type="checkbox"/> PAP <input type="checkbox"/>			normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>											
ODONT.			COLP.			glucemia en ayunas			ESTREPTOCOCCO B			CURSO DE PREPARACION PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD			CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA			influenza			rubeola			hepatitis B											
no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>								
MAMAS			HEPATITIS B			UROCULTIVO			GLUCEMIA EN AYUNAS			CURVA DE GLUCEMIA						hepatitis A			edad gest. sem/anas			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>											
no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>											
CHAGAS			HBS Ag			normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>			normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>																										
no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>											
VIH 1º trimestre			VIH 2º trimestre			VIH 3º trimestre			VIH 4º trimestre			VIH 5º trimestre			VIH 6º trimestre			VIH 7º trimestre			VIH 8º trimestre			VIH 9º trimestre											
solicitada <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			solicitada <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			solicitada <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			solicitada <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			solicitada <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			solicitada <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			solicitada <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			solicitada <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			solicitada <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>											
asesoría pretest <input type="checkbox"/> asesoría posttest <input type="checkbox"/>			asesoría pretest <input type="checkbox"/> asesoría posttest <input type="checkbox"/>			asesoría pretest <input type="checkbox"/> asesoría posttest <input type="checkbox"/>			asesoría pretest <input type="checkbox"/> asesoría posttest <input type="checkbox"/>			asesoría pretest <input type="checkbox"/> asesoría posttest <input type="checkbox"/>			asesoría pretest <input type="checkbox"/> asesoría posttest <input type="checkbox"/>			asesoría pretest <input type="checkbox"/> asesoría posttest <input type="checkbox"/>			asesoría pretest <input type="checkbox"/> asesoría posttest <input type="checkbox"/>			asesoría pretest <input type="checkbox"/> asesoría posttest <input type="checkbox"/>											
resultado Western Blot + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ind. <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>			resultado Western Blot + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ind. <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>			resultado Western Blot + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ind. <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>			resultado Western Blot + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ind. <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>			resultado Western Blot + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ind. <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>			resultado Western Blot + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ind. <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>			resultado Western Blot + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ind. <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>			resultado Western Blot + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ind. <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>			resultado Western Blot + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ind. <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>											
Prueba treponém. rápida <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			Prueba no treponém. rápida <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			Tratamiento <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			tto. de la pareja <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			Prueba treponém. rápida <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			Prueba no treponém. rápida <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			Tratamiento <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			tto. de la pareja <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			Prueba treponém. rápida <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>											
sífilis re-infección <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			sífilis re-infección <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			sífilis re-infección <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			sífilis re-infección <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			sífilis re-infección <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			sífilis re-infección <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			sífilis re-infección <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			sífilis re-infección <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			sífilis re-infección <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>											
1º trimestre			2º trimestre			3º trimestre			4º trimestre			5º trimestre			6º trimestre			7º trimestre			8º trimestre			9º trimestre											
día mes año			edad gest.			PA			altura uterina			presen tación			FCF (lpm)			movim. fetales			clasif nut			lugar de control			signos de alarma, exámenes, tratamientos			Número RM			próxima cita		

# Historia clínica perinatal

para escribir datos de la paciente embarazada en CPN



HCP-NEAR-MISS-ANVERSO-COLOMBIA-24-08-2019-1/2

HCP-NEAR-MISS-ANVERSO-COLOMBIA-28-07-2019-2/2

PARTO <input type="radio"/>		ABORTO <input type="radio"/>		EDAD GEST.	HOSPITALIZ.	CORTICOIDES	INICIO	ROTURA DE MEMBRANAS	EDAD GEST.	PRESEN-	SITUACI-	PESO	ACOMPANANTE								
FECHA DE INGRESO		CONSULTAS PRE-NATALES total		1ª CONSULTA	en EMBARAZO	ANTENATALES	esporádico	no	al parto	cefálica	longitudinal	ADECUADO PARA LA EDAD GEST.	TDP P								
dia mes año		PRE-NATALES total		semanas	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	completo <input type="radio"/> incompl. <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/>	inducido <input type="radio"/> cesar. elect. <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<37 sem <input type="radio"/> ≥18 hs. <input type="radio"/>	semanas <input type="text"/> días <input type="text"/>	oblicuo <input type="radio"/> transversa <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	pareja <input type="radio"/> familiar <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/>								
CARNÉ		posición de la madre		PA	pulso	contr./10'	dilatación	altura present.	variedad posic.	meconio	FCF	TAMIZAJE									
no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		hora min										Sifilis <input type="radio"/> VIH <input type="radio"/> TARY <input type="radio"/>									
NACIMIENTO		MUERTO		MULTIPLE		TERMINACION		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO				INDUCCION		OPERATORIO							
vivo <input type="radio"/>		anteparto <input type="radio"/> parto <input type="radio"/> ignora momento <input type="radio"/>		orden <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		espont. <input type="radio"/> cesárea <input type="radio"/> otra <input type="radio"/>		codigo				codigo		codigo							
POSICION PARTO		DESGARROS		ALUMBRAMIENTO		PLACENTA		LIGADURA CORDON		anest. local		anest. regional		anest. gral.		transfusio n		sulfato de Mg		otros (código)	
sentada <input type="radio"/> acostada <input type="radio"/>		Grado (1 a 4)		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		completa <input type="radio"/> retenida <input type="radio"/>		< 1 min. <input type="radio"/> 1 a 3 min. <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		medic 1 <input type="text"/> medic 2 <input type="text"/>	
RECIENTE NACIDO		P.CEFALICO		EDAD GESTACIONAL		APGAR (min.)		PESO E. G.		REANIMACION		Lactancia materna inicio precoz		Nombre							
SEXO <input type="radio"/> f <input type="radio"/> m <input type="radio"/>		cm		sem. días		1º 5º 10º		adec. <input type="radio"/> peq. <input type="radio"/> gde. <input type="radio"/>		ninguna <input type="radio"/> estimulac. <input type="radio"/> aspiracion <input type="radio"/> AMBU <input type="radio"/> VPP <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Nombre							
DEFECTOS CONGENITOS		ENFERMEDADES		TAMIZAJE NEONATAL		SIFILIS		GRUPO Sang.		PROFILAXIS OCULAR		Fallece en Sala de parto		REFERIDO							
no <input type="radio"/> menor <input type="radio"/> mayor <input type="radio"/>		ninguna <input type="radio"/> 1 o más <input type="radio"/>		Expuesto <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Tlo. Prueba <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Rh <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Madre <input type="radio"/> RN <input type="radio"/>		aloi. neonat. <input type="radio"/> corj. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>							
EGRESO RN		VIH en RN		SIFILIS		GRUPO Sang.		PROFILAXIS OCULAR		Fallece en Sala de parto		REFERIDO									
vivo <input type="radio"/> fallece <input type="radio"/>		Expuesto <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Tlo. Prueba <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Rh <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Madre <input type="radio"/> RN <input type="radio"/>		aloi. neonat. <input type="radio"/> corj. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>									
EGRESO RN		VIH en RN		SIFILIS		GRUPO Sang.		PROFILAXIS OCULAR		Fallece en Sala de parto		REFERIDO									
dia mes año		Expuesto <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Tlo. Prueba <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Rh <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Madre <input type="radio"/> RN <input type="radio"/>		aloi. neonat. <input type="radio"/> corj. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>									
EGRESO RN		VIH en RN		SIFILIS		GRUPO Sang.		PROFILAXIS OCULAR		Fallece en Sala de parto		REFERIDO									
hora min		Expuesto <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Tlo. Prueba <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Rh <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Madre <input type="radio"/> RN <input type="radio"/>		aloi. neonat. <input type="radio"/> corj. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>									
EGRESO RN		VIH en RN		SIFILIS		GRUPO Sang.		PROFILAXIS OCULAR		Fallece en Sala de parto		REFERIDO									
traslado <input type="radio"/> fallece durante o en lugar de traslado <input type="radio"/>		Expuesto <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Tlo. Prueba <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Rh <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Madre <input type="radio"/> RN <input type="radio"/>		aloi. neonat. <input type="radio"/> corj. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>									
EGRESO RN		VIH en RN		SIFILIS		GRUPO Sang.		PROFILAXIS OCULAR		Fallece en Sala de parto		REFERIDO									
EDAD AL EGRESO días completos <1 día <input type="radio"/>		Expuesto <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Tlo. Prueba <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Rh <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Madre <input type="radio"/> RN <input type="radio"/>		aloi. neonat. <input type="radio"/> corj. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>									
EGRESO RN		VIH en RN		SIFILIS		GRUPO Sang.		PROFILAXIS OCULAR		Fallece en Sala de parto		REFERIDO									
ALIMENTO AL ALTA <input type="radio"/> lact. excl. <input type="radio"/> parcial <input type="radio"/> artificial <input type="radio"/>		Expuesto <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Tlo. Prueba <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Rh <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Madre <input type="radio"/> RN <input type="radio"/>		aloi. neonat. <input type="radio"/> corj. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>									
EGRESO RN		VIH en RN		SIFILIS		GRUPO Sang.		PROFILAXIS OCULAR		Fallece en Sala de parto		REFERIDO									
Boca arriba <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Expuesto <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Tlo. Prueba <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Rh <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Madre <input type="radio"/> RN <input type="radio"/>		aloi. neonat. <input type="radio"/> corj. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>									
EGRESO RN		VIH en RN		SIFILIS		GRUPO Sang.		PROFILAXIS OCULAR		Fallece en Sala de parto		REFERIDO									
BCG <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Expuesto <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Tlo. Prueba <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Rh <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Madre <input type="radio"/> RN <input type="radio"/>		aloi. neonat. <input type="radio"/> corj. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>									
EGRESO RN		VIH en RN		SIFILIS		GRUPO Sang.		PROFILAXIS OCULAR		Fallece en Sala de parto		REFERIDO									
INMUN. HEPATITIS B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Expuesto <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Tlo. Prueba <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Rh <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Madre <input type="radio"/> RN <input type="radio"/>		aloi. neonat. <input type="radio"/> corj. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>									
EGRESO RN		VIH en RN		SIFILIS		GRUPO Sang.		PROFILAXIS OCULAR		Fallece en Sala de parto		REFERIDO									
PESO AL EGRESO g		Expuesto <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Tlo. Prueba <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Rh <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Madre <input type="radio"/> RN <input type="radio"/>		aloi. neonat. <input type="radio"/> corj. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>									
EGRESO RN		VIH en RN		SIFILIS		GRUPO Sang.		PROFILAXIS OCULAR		Fallece en Sala de parto		REFERIDO									
1º día meconio <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Expuesto <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Tlo. Prueba <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Rh <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Madre <input type="radio"/> RN <input type="radio"/>		aloi. neonat. <input type="radio"/> corj. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>									
EGRESO RN		VIH en RN		SIFILIS		GRUPO Sang.		PROFILAXIS OCULAR		Fallece en Sala de parto		REFERIDO									
diuresis <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Expuesto <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Tlo. Prueba <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Rh <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Madre <input type="radio"/> RN <input type="radio"/>		aloi. neonat. <input type="radio"/> corj. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>									
EGRESO RN		VIH en RN		SIFILIS		GRUPO Sang.		PROFILAXIS OCULAR		Fallece en Sala de parto		REFERIDO									
PESO AL EGRESO g		Expuesto <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Tlo. Prueba <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Rh <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Madre <input type="radio"/> RN <input type="radio"/>		aloi. neonat. <input type="radio"/> corj. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>									
EGRESO RN		VIH en RN		SIFILIS		GRUPO Sang.		PROFILAXIS OCULAR		Fallece en Sala de parto		REFERIDO									
γglobulina anti D <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/>		Expuesto <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Tlo. Prueba <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Rh <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Madre <input type="radio"/> RN <input type="radio"/>		aloi. neonat. <input type="radio"/> corj. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>									



# Escala de riesgo biopsicosocial prenatal

	Clasificación	Puntos
<b>Historia reproductiva</b>		
Edad	< 16 años	1
	16-35 años	0
	> 35 años	2
Paridad	0	1
	1-4	0
	>4	2
Cesárea previa		1
Preeclampsia o hipertensión		1
Abortos recurrentes o infertilidad		1
Hemorragia postparto o remoción		
Manual de placenta		1
Peso del recién nacido	< 2,500 g ó 4,000g >	1
Mortalidad fetal tardía o neonatal temprana		1
Trabajo de parto anormal o dificultoso		1
Cirugía ginecológica previa		1
<b>Embarazo actual</b>		
Enfermedad renal crónica		2
Diabetes gestacional		2
Diabetes preconcepcional		3
Hemorragia	< 20 semanas	1
	≥ 20 semanas	2
Anemia	(Hb <10 g/l)	1
Embarazo prolongado	(> 42 semanas)	1
Hipertensión arterial		2
Polihidramnios		2
Embarazo múltiple		3
Presentación de frente o transversa		3
Isoinmunización		3
<b>Riesgo psicosocial</b>		
Ansiedad severa		1
Soporte social familiar inadecuado		1

Fuente: Herrera et al.

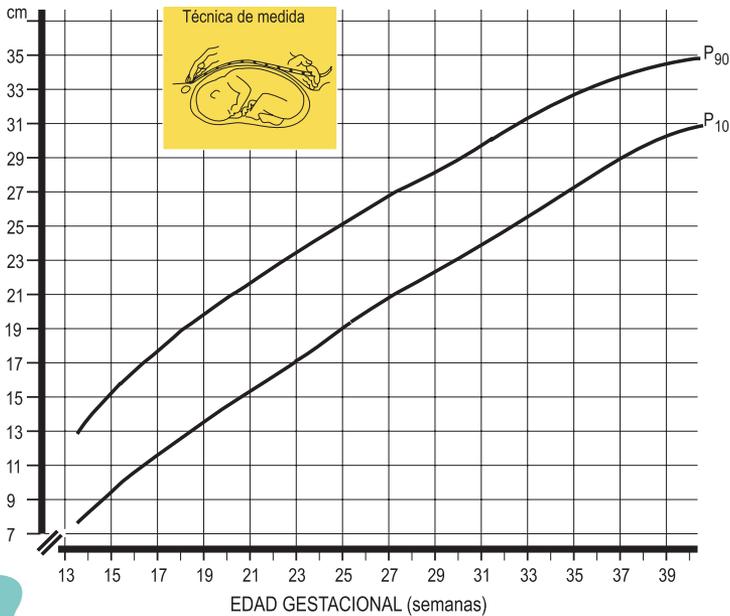
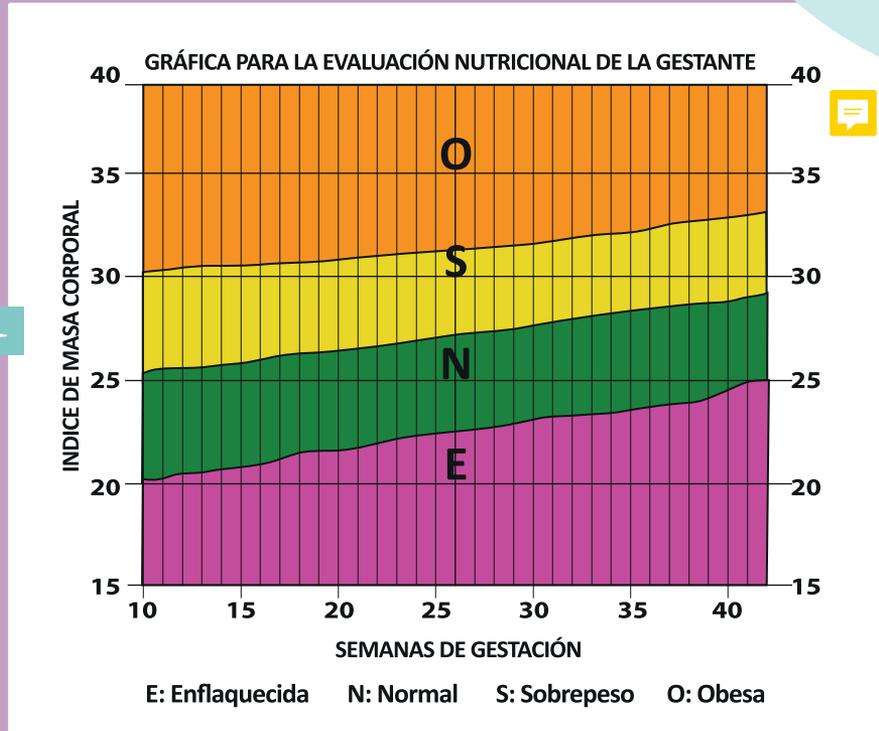
*Ansiedad severa:* Tensión emocional, humor depresivo, síntomas neurovegetativos de angustia (dos o tres síntomas intensos).

*Soporte social inadecuado:* Insatisfacción con el apoyo recibido por la familia y/o compañero en el embarazo en tiempo, espacio y dinero (dos o tres aspectos insatisfechos).

*Alto riesgo biopsicosocial:* ≥ 3 puntos.

# GRÁFICA DE INCREMENTO

*de peso materno*



# ALTURA DE FONDO UTERINO SEGUN

*la edad gestacional*







# ESCALA DE *Edimburgo*

Como usted hace poco tubo un bebe, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor **SUBRAYE LA RESPUESTA** que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

## EN LOS ÚLTIMOS 7 DIAS:

### 1) He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:

- Tanto como siemp
- No tanto ahora
- Muchos menos ahora
- No, nada

### 2) He disfrutado mirar hacia adelante.

- Tanto como siempre
- Menos que antes
- Muchos menos que antes
- Casi nada

### 3) Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente:

- Si, la mayor parte del tiempo
- Si a veces
- No con mucha frecuencia
- No nunca

### 4) He estado nerviosa e inquieta sin tener motivos:

- No, nunca.
- Casi, nunca
- Si, a veces
- Si, con mucha frecuencia

### 5) He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:

- Si, bastante.
- Si, a veces
- No, no mucho
- No, nunca.

### 6) Las cosas me han estado abrumando:

- Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto.
- Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre.
- No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
- No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre

## 7) Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:

- Si, la mayor parte del tiempo.
- Si a veces
- No con mucha frecuencia
- No nunca

## 8) Me he sentido triste o desgraciada:

- Si, la mayor parte del tiempo.
- Si bastante a menudo
- No con mucha frecuencia
- No nunca

## 9) Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:

- Si, la mayor parte del tiempo.
- Si bastante a menudo
- Solo, ocasionalmente
- No nunca

## 10) Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:

- Si, bastante a menudo
- A veces
- Casi nunca
- Nunca.





# CUÁNDO NACERÁ?

-  Cuando ya tenga las semanas completas de gestación, idealmente **40 semanas**.
-  Cuando inicie contracciones o dolores del vientre **20 segundos**  **dolores en 10 minutos** de manera regular.
-  Cuando haya salida de líquido o sangrado por la vagina.

*Tenga todo listo para el momento del parto*

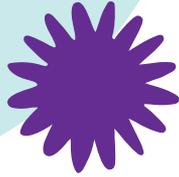
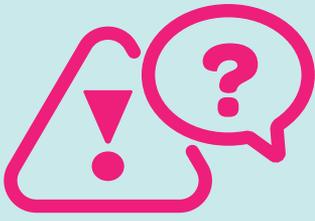
## Para la madre

- ♥ Llevar carnet de controles prenatales y exámenes tomados durante el embarazo
- ♥ Tener las uñas cortas, limpias y sin esmalte.
- ♥ Llevar ropa cómoda
- ♥ Pañales desechables para adulto
- ♥ Artículos de aseo personal.

---

## Para el bebe

- ♥ Una o dos mudas de ropa
- ♥ Pañales desechables
- ♥ Pañitos húmedos o pañales de tela
- ♥ Crema para la pañalitis
- ♥ Cobija suave y liviana.



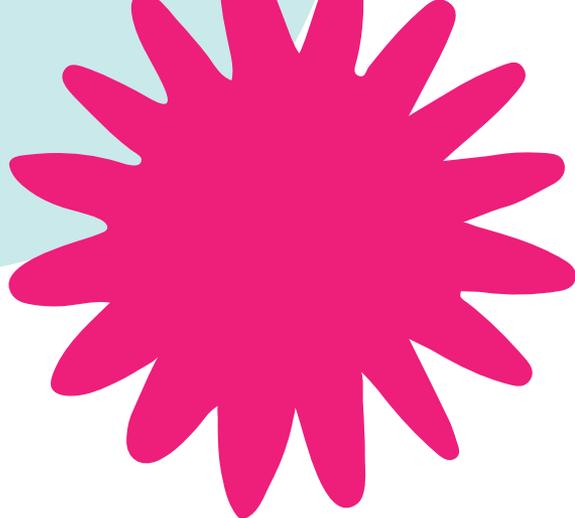
# SIGNOS Y SEÑALES de alarma

## DESDE EL INICIO DEL EMBARAZO HASTA LA SEMANA 20 DE GESTACIÓN

- Si presenta vómito abundante, cólicos " dolor bajito".
- Dolor, ardor o molestia al orinar
- Flujo vaginal abundante o de mal olor.
- Sangrado de color café o rojo, acompañados de dolor en el abdomen y cólicos.
- Fiebre
- Diarrea persistente
- Dificultad para respirar

## DESDE LA SEMANA 21 DE GESTACIÓN HASTA EL PARTO

- Amanecer con la cara, las manos y / o los pies hinchados.
- Dolor o ardor en la boca del estómago que no mejora con antiácidos o al comer.
- Salida de líquido o sangre por la vagina.
- Disminución o ausencia de movimientos del bebe.
- Dolor de cabeza frecuentes y/o con cocuyos (sensación de tener luces en los ojos) o pitos en los oídos.
- Sangrado de color café o rojo, acompañados de dolor en el abdomen y cólicos.
- Dolor o ardor para orinar.
- Dolores o contracciones antes de la fecha del parto.
- No presentar contracciones después de la semana 40 del embarazo.



## SIGNOS Y SEÑALES *de alarma*



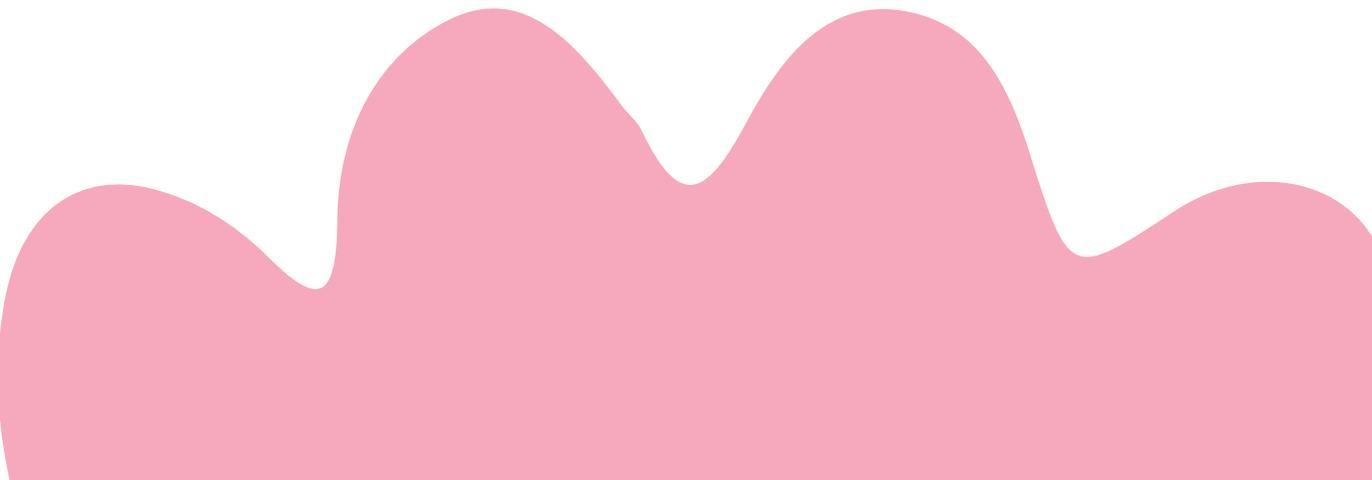
### DESDE EL PARTO HASTA LOS 45 DÍAS DEL PARTO

- Dolor de cabeza intenso y frecuente.
- Náuseas y vómito intenso (más de 3 veces al día).
- Palpitaciones o aumento en la frecuencia de los latidos del corazón.
- Endurecimiento y dolor en los senos y dificultad para amamantar al bebé.
- Dificultad para respirar
- Sangrado vaginal abundante o salida de líquido con mal olor.
- Herida del parto o de la cirugía enrojecida, endurecida y con calor local.
- Síntomas de depresión: llanto frecuente, insomnio, pérdida del apetito, irritabilidad sin motivo.

# NUTRICIÓN EN *el embarazo*



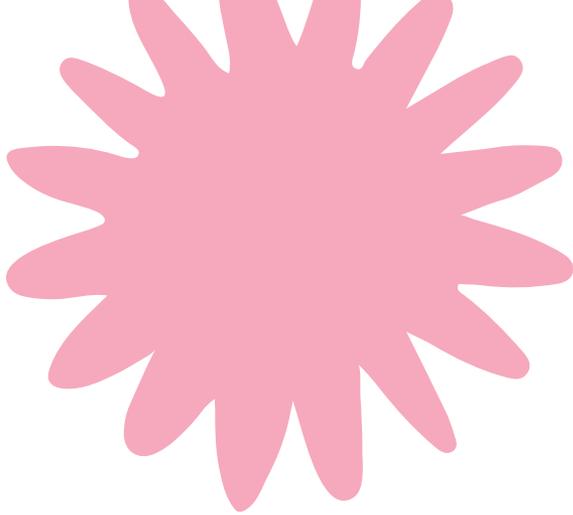
- ☀ Prefiera alimentos comprados en el mercado local (fresco y de cosecha)
- ☀ Consuma alimentos preparados en casa
- ☀ Cocine adecuadamente los alimentos (no consuma carnes crudas)
- ☀ Prepárelos cocinados, sudados, sancochados, asados, evite freírlos
- ☀ Fraccione 6 ingestas diarias, con tres comidas principales y tres meriendas, una antes de acostarse a dormir.
- ☀ Evite los empaquetados, embotellados o en cajitas
- ☀ Evite el alcohol y las gaseosas
- ☀ Evite azúcares refinadas y el exceso de sal
- ☀ Consuma agua hervida siempre
- ☀ Lave las frutas y verduras antes de comerlas
- ☀ Lávese las manos:
  - **Antes y después de preparar los alimentos**
  - **Antes de cada comida**
- ☀ Acompaña de tu familia o amistades mientras se alimenta
- ☀ Mantenga un nivel de actividad física moderado



En las consultas de control prenatal, el profesional de la salud valorará su estado nutricional, le explicará la clasificación del peso en la gestación y las recomendaciones para una ganancia controlada de peso, para evitar complicaciones asociadas con el bajo peso, el sobrepeso o la obesidad durante la gestación.

## HIGIENE ORAL

La consulta para la valoración integral de la salud bucal de las mujeres gestantes, se realizará dos veces durante el embarazo (idealmente en el primer y segundo trimestre) o según necesidad.



## ACTIVIDAD *física*

# RECOMENDACIONES SOBRE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EJERCICIOS SEGUROS DURANTE EL EMBARAZO

Si realiza actividad física casi todos los días de la semana, ¡excelente! Si no es así, es un buen momento para empezar a hacerlo.

Comience con una caminata de 5 minutos e intente aumentar el tiempo de la caminata. Use calzado deportivo y ropa cómoda.

Realice por lo menos 150 minutos de una actividad aeróbica de intensidad moderada cada semana.

Si le resulta difícil caminar vigorosamente debido a dolor en la parte inferior de la espalda, el ejercicio en el agua y la natación son una buena manera para mantenerse activa.

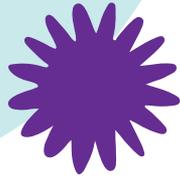
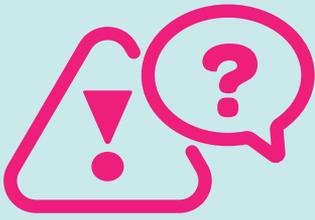
Yoga modificado y pilates modificado: El yoga reduce el estrés, mejora su flexibilidad promueve el estiramiento y se concentra en la respiración.

Beba mucha agua antes, durante y después del ejercicio (8 a 10 vasos de agua al día). Debe reemplazar el agua que perdió para evitar que ocurra deshidratación (pérdida de líquido en el cuerpo).

# BENEFICIOS DEL EJERCICIO DURANTE Y DESPUÉS DEL EMBARAZO

-  Reduce el dolor de espalda
-  Alivia el estreñimiento
-  Reduce el riesgo de que ocurra preeclampsia, diabetes gestacional y parto por cesárea
-  Promueve un aumento de peso saludable durante el embarazo .
-  Mejora su estado físico general y fortalece el corazón, los vasos sanguíneos y la ayuda a perder el peso del embarazo después de que nace el bebé.





# MIENTRAS SE ENCUENTRE *embarazada*

## NO HAGA NINGUNA ACTIVIDAD QUE PUEDA EXPONERLA A SUFRIR UNA LESIÓN COMO LAS SIGUIENTES:

Evite los movimientos bruscos de rebote o gran impacto que puedan aumentar su riesgo de lastimarse las articulaciones.

Durante el embarazo tenga en cuenta el equilibrio, el peso adicional en la parte delantera del cuerpo hace que se desplace el centro de gravedad. Ya que es menos estable y más expuesta a perder el equilibrio, por lo tanto corre mayor riesgo de caerse.

Cuando hace ejercicio, a medida que crece el vientre, podría sentir que le falta el aire con más facilidad.

Deportes que impliquen contacto físico y que la puedan exponer a sufrir un golpe en el abdomen o caídas, como en el boxeo, el fútbol, el baloncesto, saltar en caída libre, esquiar sobre agua, hacer surf, ciclismo en terreno libre, la gimnasia y la equitación.

Yoga caliente o Pilates calientes que pueden hacer que se acalore demasiado.

## BENEFICIOS DE LOS EJERCICIOS RESPIRATORIOS



Aumenta tu capacidad respiratoria para cubrir el aumento de oxígeno durante tu periodo de gestación.

Le prepara para el parto, ayudando a responder a las necesidades de oxígeno de la madre y del bebé.

Le ayuda a aumentar la resistencia al dolor y tiene un poder analgésico.



# MIENTRAS SE ENCUENTRE *embarazada*

## RECOMENDACIONES PARA TUS ACTIVIDADES DIARIAS

-  Tenga presente que al agacharse lo debe hacer con la espalda recta y doblando las rodillas hasta llegar a la posición de cuclillas ; y al levantarse, tomar como punto de apoyo las piernas colocando las manos en la rodilla para evitar el dolor lumbar.
-  Para sentarse debe hacerlo hasta el espaldar de la silla, con el fin de favorecer la distensión de los músculos que conforman el piso de la pelvis.
-  Cuando se acueste, se recomienda hacerlo por el costado izquierdo para evitar la compresión de las venas y arterias, las cuales cumplen un papel muy importante en la oxigenación de la placenta y el feto.



# Beneficios DE REALIZAR EJERCICIOS DESPUÉS DE QUE NAZCA EL BEBE

Mejora su estado de ánimo y reduce el riesgo de presentar trombosis venosa profunda, un problema médico que puede ocurrir con mayor frecuencia en las mujeres al cabo de unas semanas después del nacimiento del bebé.

Disminuye el riesgo de presentar diabetes gestacional y un aumento excesivo de peso.

Ayuda a la pérdida de las libras adicionales que pudo haber aumentado durante el embarazo.

Si tuvo un embarazo saludable y un parto vaginal normal, puede comenzar a hacer ejercicio en cuanto se sienta capacitada para hacerlo y si su obstetra se lo recomienda.

Comience despacio y aumente su rutina de actividad física de manera gradual a 150 minutos a la semana (30 minutos al día). Si tuvo un parto por cesárea u otras complicaciones, es posible que tarde más en volver a hacer su rutina regular de ejercicio. 



# Sexualidad

## DURANTE LA GESTACIÓN

Muchas mujeres gestantes y sus parejas pueden experimentar dificultades para la continuidad de su vida íntima con su pareja, basadas en el temor a que la relación sexual “pueda hacerle daño al bebé” o inseguridad para asumir ciertas posiciones para la relación sexual, o porque perciben cambios en el deseo sexual.

La mayoría de mujeres pueden continuar teniendo relaciones sexuales durante la gestación si se descartan situaciones particulares como sangrado posterior a la relación sexual, amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, incompetencia cervical o placenta previa. Si no existen estas condiciones, es posible continuar con las relaciones sexuales siempre y cuando sean relaciones deseadas y consentidas

Se recomienda que durante la gestación y todo el periodo de lactancia, la mujer y su pareja tengan prácticas seguras y responsables de su sexualidad, que incluye el uso de preservativo  para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual, que a su vez pudieran ser transmitidas al feto dentro del útero o al recién nacido a través de la leche materna.

Con relación a la inseguridad para asumir posiciones durante la relación sexual, se recomienda que es establezcan acuerdos entre la pareja para permitirse posiciones que resulten más cómodas, que evite presión sobre el útero embarazado o tiempo prolongado recostada sobre su espalda



# ESTIMULACIÓN *intrauterina*

## RECOMENDACIONES PARA TUS ACTIVIDADES DIARIAS

- Consiste en comunicarse con el bebé durante el embarazo: por ejemplo: conversar con él, cantarle y acariciarlo.
- El bebé comparte la rutina diaria de su madre cuando está en su barriga: reconoce su voz, sus movimientos, recibe el calor cuando se ducha, etc. El entorno externo empieza a ser familiar para el bebé, y va recibiendo estímulos y sensaciones que favorecen su sistema nervioso.

## *Beneficios*

- Se crea un gran vínculo afectivo.
- Ayuda a la madre a prepararse para el nacimiento del bebé, ya que desde el embarazo lo considera en su día a día y se vuelve real desde un inicio.
- Está comprobado que el bebé escucha y luego reconoce las voces y sonidos dentro del útero de la madre.

- Se pretende desarrollar al máximo las capacidades y sentidos del bebé: se ha comprobado que cuando un bebé es estimulado durante el embarazo, este nace con más habilidades en comparación a uno que no se estimuló.
- Permite que el padre se sienta presente durante el embarazo, y le entrega una oportunidad de crear un vínculo desde antes de nacer.
- Se logra que el bebé se sienta seguro, querido y acompañado.

## Consejos PARA LOGRARLO

El fundamento principal de esta práctica es que el bebé capta y percibe señales externas cuando está en el útero. Incluso puede captar el estado de ánimo de su madre. Un estrés intenso puede afectar al desarrollo y crecimiento del bebé. Por lo tanto, el primer paso para mantener al bebé feliz dentro de la barriga es que la mamá se encuentre feliz y relajada durante el embarazo.

Una embarazada que se comunica con su hijo, le estimula y espera con ilusión y tranquilidad su nacimiento, es probable que tenga un bebé emocionalmente sano.

Realizar actividades que desarrollen sus sentidos y que le resulten

placenteras durante el embarazo es una excelente manera de aprovechar los beneficios de esta práctica. Algunos consejos para lograrlo son:

**SER CONSTANTE:** lo más importante es un trato continuo. Así sabrá identificar las voces de sus padres en comparación a el resto de la gente, por ejemplo.

**ESCUCHAR MÚSICA SUAVE:** se ha demostrado que el bebé es muy sensible a la música, y que estimula zonas creativas del cerebro. Acariciarse la barriga: la intención es transmitirle afecto y cariño. Hablar con el bebé.

# LISTA LA MALETA PARA LA CLÍNICA

Unas semanas antes de tu fecha probable de parto, debes tener lista la maleta para llevar a la clínica, con los siguientes elementos:

## PARA TI:



Pañales para adulto



Ropa interior cómoda



Dos pijamas con botones o cierre en el pecho



Sandalias



Implementos de aseo personal



Ropa para salir de la clínica

## PARA EL RECIÉN NACIDO:



Dos camisas



Dos pijamas



Un paquete de pañales desechables para recién nacido



Un gorrito



Un par de medias o escarpines



Pañitos húmedos



Crema antipañalitis

## PARA EL PARTO:



Una camisilla



Una pijama



Un gorro



Un pañal



Un par de medias



Una cobija

# Contacto

## PIEL CON PIEL

Cuando ocurre el nacimiento, ya sea por vía vaginal, (lo más adecuado para el bebé y la mamá) o por cesárea (decisión tomada por el médico debido a alguna condición de riesgo para el bebé o la mamá).

El recién nacido será colocado sobre el vientre o pecho de la mamá, en estrecho contacto, se secará suavemente, se cubrirá su cabeza con un gorro y su cuerpo con frazadas o trapos secos para que no se enfríe, posteriormente se cortará el cordón umbilical, se recomienda que este **“contacto piel a piel”** se mantenga por al menos una hora y esté acompañado por un profesional de la salud.

Durante este periodo el bebé iniciará su respiración, olerá su mamá, escuchará su corazón, sentirá la suavidad de su piel y en la mayoría de casos iniciará la lactancia.

**VERLO Y SENTIRLO TRANQUILO  
HARÁ QUE PARA MAMÁ, BEBÉ Y  
LA PERSONA CERCANA QUE LOS  
ACOMPaña SEA UN MOMENTO  
INOLVIDABLE.**



# PREPÁRESE PARA *amamantar* POR DOS AÑOS O MÁS

Durante el control prenatal puede resolver dudas acerca de la lactancia materna y el ejercicio de los derechos de la familia gestante que facilitan el inicio del amamantamiento: el derecho al acompañamiento durante el trabajo de parto, el contacto piel a piel e inicio de amamantamiento en la primera hora de vida y el trato respetuoso durante la atención del nacimiento.

**El mejor momento para iniciar el amamantamiento es inmediatamente después de nacer, idealmente en la primera hora de vida.**

Durante los primeros seis meses de vida, la leche materna le proporciona al bebé los nutrientes necesarios para desarrollarse y crecer sano, no se deberá ofrecer otro alimento diferente en esta edad, ya después de los seis meses de vida puede complementar la lactancia con la comida similar a la de la familia (hígado, huevo, aguacate, papa, yuca, arroz, frutas...) dando continuidad a la lactancia materna, idealmente hasta más allá de los dos años.

Las preparaciones de su hijo menor de 2 años no deben llevar sal ni azúcar y deben ser espesas, nada aguadas, por tanto debe evitar “calditos”, “sopitas”, “cremitas”, para estar segura, verifique que al voltear la cuchara, no se le derrama la comida.



## MÁS CUIDADOS PARA EL BEBÉ LOS PRIMEROS DÍAS

Durante por lo menos 24 horas mamá y bebé, estando en la institución de salud, recibirán apoyo para el cuidado de ambos y podrán resolver dudas acerca del cuidado.

### Ya en su casa:

#### **Amamante a su bebé mínimo 8 veces en 24 horas.**

La leche que sale de sus pechos los primeros días se llama calostro y aumentará progresivamente entre más tiempo el bebé succione.

Duerma junto a su bebé para facilitar la lactancia de día y de noche y la supervisión del bienestar del bebé, pero evite dormir en un sofá o colchón muy blando, o con muchas cobijas o almohadas, o junto a adultos que fumen o consuman alcohol.

La familia puede estar confiada de la alimentación, si el bebé está la mayor parte del tiempo tranquilo, se amamanta frecuentemente, tiene la boca y los labios húmedos, moja el pañal y es pesado al momento de cambiarlo, las deposiciones cambian de oscuras a amarillas entre el cuarto y quinto día, y la mamá no siente dolor con la succión del bebé y percibe que sus senos están menos llenos después de cada mamada.



## LA FAMILIA DEBE *estar atenta*

### DEPOSICIONES:

- Los bebés presentan las primeras deposiciones de color verde oscuro, espesas y pegajosas, cuando no han presentado deposición a las 24 horas de nacido debe ser chequeado por el médico .
  - Entre los 3 y 5 días después del nacimiento, presentan deposiciones líquidas muchas veces al día cuando hay cambio de calostro a leche madura y esto no indica enfermedad.
  - Posteriormente las deposiciones son amarillas, blandas y frecuentemente se presentan luego de alimentarse con leche materna, alrededor de 6 o 8 veces al día.
  - Si presenta deposiciones blancas o negras o con pintas de sangre debe ir al médico
- Si la piel del bebé pierde su color rosado, y se hace muy amarillo los primeros días
- Si observa inflamación de los ojos con mucha secreción
- Si vomita todo lo que come o no quiere comer
- Si encuentra fiebre por temperatura  $> 37.8$  grados centígrados
- Si lo siente muy frío
- Si hay inflamación o mal olor en el área del ombligo
- Si ve dificultades para amamantar
- Si tiene dudas del comportamiento o aspecto que tenga el bebé
- Entre el tercer y quinto día, la mamá y su bebé deben regresar al servicio de salud, para evaluar las condiciones en que se encuentran y poder apoyar en caso de que se presenten dificultades.

# INTERCULTURALIDAD

Se debe valorar los saberes culturales y costumbres, permitir el acompañamiento de la pareja, de una partera o una persona de confianza, llevar ropa cómoda y respetar sus costumbres durante y después del parto garantizando su autonomía y privacidad.



**PIE DERECHO**  
**PIE IZQUIERDO**

**ESPACIO PARA PONER LOS PIES DEL BEBÉ**

# **PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

**INICIAR UN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGURO SEGÚN CONDICIÓN MÉDICA.**

**SEGUIMIENTO A LA PUÉRPERA Y RECIÉN NACIDO**



## RECOMENDACIONES POSPARTO

- . El puerperio es el periodo de recuperación que tiene toda mujer después del parto (vaginal o cesárea). Se produce aquí una recuperación del útero(-matriz) y una adaptación del cuerpo y los diferentes órganos a esta nueva condición.
- . Durante el puerperio o dieta, al principio manchará como una regla, y progresivamente éste sangrado irá disminuyendo y cambiando de color, pasando por colores similares al rojo, marrón y amarillo, hasta por 20 o 40 días.

## CUIDADOS GENERALES

- . Se puede utilizar una faja abdominal no muy apretada y poco a poco, en la medida de lo posible, realizar ejercicios suaves para que los tejidos vuelvan a la normalidad. En caso de que le hayan informado sobre la realización de una "episiotomía", en los primeros días se notan molestias en la zona perineal que irán desapareciendo al pasar los días. Puede utilizar una bolsa de agua fría o de hielo en la zona donde tiene la herida.
- . Realice el baño normal con agua y jabón y asegúrese de que se encuentre seca la zona. Los puntos se caen solos.

## MOTIVOS POR LOS CUALES DEBE ACUDIR A URGENCIAS:

Si la temperatura es superior a 37.5 grados centígrados al menos dos días consecutivos.

Si sangra más de lo normal (más que una regla abundante) o la secreción vaginal tiene mal olor.

. Si existe dolor intenso en algún punto localizado de las extremidades inferiores.

. Si existe dolor intenso e inflamación en las mamas y se acompaña de fiebre.

. Si sufre decaimiento excesivo, tristeza o rechazo hacia el bebé. Es normal en los primeros días tras el parto un cierto grado de depresión o ansiedad, que evoluciona hacia la mejoría con el apoyo familiar.

## RECOMENDACIONES DE LACTANCIA

. Lave los pezones al menos dos veces al día solo con agua.

. Los jabones pueden eliminar el aceite natural que se produce en la areola, lo que provoca sequedad e irritación.

. Deje que los pezones se sequen al aire o séquelos suavemente con una toalla limpia.

. Utilice pañitos de agua tibia para disminuir la inflamación de los seños.

. Evite aplicarse cremas.

## RECOMENDACIONES CUIDADOS DEL BEBÉ

. El baño del recién nacido debe ser corto y con agua a temperatura agradable para el recién nacido (34-37° C), frotar suavemente con una esponja suave, y limpiar bien la zona de los pliegues y los genitales. Es preferible bañar al bebé a la misma hora. Si se hace antes de ir a dormir lo relajará y seguramente dormirá mejor.

. No hay que dejar nunca solo al recién nacido para evitar el riesgo de caídas y ahogamiento.

. Se recomienda que se espere a que las uñas estén suficientemente largas para cortarlas, tratando de evitar mientras tanto, que el bebé se arañe con ellas.

. La pérdida del cabello en los bebés es normal. Sucede generalmente durante los primeros seis meses de vida.

. El llanto es la forma de comunicación del recién nacido, las posibles causas son: hambre, sueño, gases, ruido, etc.

. Al coger al recién nacido sujetar siempre la cabeza.

. Cambiar el pañal frecuentemente para evitar que la piel presente dermatitis (enrojecimiento de la piel). Antes de colocar el pañal la piel debe estar bien seca.

Durante las primeras semanas dormirá entre 14 y 20 horas diarias (entre las tomas de leche materna).

## DERECHOS DE LA GESTANTE

- A la vida y a la salud.
- A una atención humanizada (prenatal, parto, pos parto y recién nacido).
- Conocer la ruta de atención y la forma de acceder a estos servicios.
- Recibir atención preferencial y prioritaria.
- Recibir el control prenatal sin discriminación y respeto.
- Recibir consulta médica especializada.
- Acceder oportunamente a las remisiones requeridas.
- Recibir atención de nutrición, odontología, psicología y trabajo social según necesidad.

- Recibir vacunación, y demás medicamentos formulados por su médico tratante.
- Estar acompañada de quien ella decida.
- Participar activamente en el curso de preparación para la maternidad y paternidad.
- Acceder a exámenes, ecografía y pruebas diagnósticas de acuerdo a la necesidad.
- Ser informada de su estado de salud y el de su bebé.
- Conocer los beneficios, riesgos y complicaciones de los tratamientos de los riesgos terapéuticos.
- Recibir educación en salud.
- Amamantar a su bebé si no hay contraindicación médica.

## DEBERES DE LA MADRE

- Asistir a los controles prenatales puntualmente.
- Llevar a la consulta el control prenatal
- Realizar los exámenes en el tiempo indicado.
- Seguir las recomendaciones del equipo de salud.
- Tomar las vitaminas y medicamentos que le formula el médico.
- No consumir bebidas alcohólicas, ni sustancias psicoactivas.
- Informar al equipo de salud los riesgos y enfermedades que ha presentado.
- Conocer y comprender los signos de alarma y consultar ante la presencia de cualquiera de ellos.
- Respetar al equipo tratante, cuidar y hacer buen uso de los recursos.
- Informar si ha sido hospitalizada o ha ingresado por urgencia.
- Informar si se va a trasladar a otro establecimiento de sanidad policial.