

# LIBRETA INTEGRAL DE SALUD



HCU:

Unicódigo:

Nombres: .....

Apellidos: .....

Teléfono domicilio: .....

Teléfono celular: .....

Dirección domiciliaria: .....

Zona: .....

Distrito: .....

Cantón: .....

Provincia: .....

Establecimiento de salud: .....

### Seguro de salud:

- Seguro de la Policía:
- Seguro de las Fuerzas Armadas:
- IESS/Seguro social campesino:
- Otro:
- Ninguno:

Salud materna



## RECUERDA:

- Por tu salud y la de tu bebé, realízate el primer control en los tres primeros meses de tu embarazo.
- Debes acudir al menos a 5 controles prenatales durante todo tu embarazo.
- Es importante que te realices los exámenes para saber si tienes anemia, bajo peso o alguna enfermedad.
- Debes realizarte al menos dos pruebas para la detección de VIH durante tu embarazo.
- Toma tabletas de ácido fólico más hierro desde el inicio del embarazo para prevenir la anemia y malformaciones en tu bebé.
- Asegúrate que tu dieta diaria contenga frutas, verduras y cereales.
- Tienes derecho a recibir asesoramiento sobre planificación familiar para que puedas elegir el método que más te convenga.
- Las embarazadas en su adolescencia y después de los 35 años tienen más riesgo de presentar complicaciones en el embarazo, parto y después del parto.
- Tu leche es el alimento más completo, seguro y nutritivo para el crecimiento de tu bebé. No hay nada como la leche materna.



# PLANIFIQUEMOS TU PARTO desde el inicio con tu familia y con el personal de salud

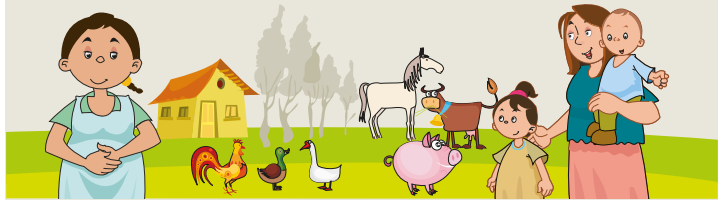
**a.** ¿Quién me acompañará al establecimiento de salud para el parto o emergencia?

..... / .....



**b.** ¿Quién cuidará, mi casa, mis hijos y mis animales?

..... / .....



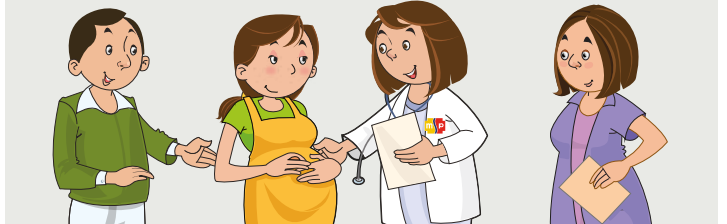
**c.** ¿Cuál es el establecimiento de salud más cercano en caso de parto o emergencia?

.....



**d.** ¿Quién me acompañará durante el parto?

..... / .....



**¿Qué necesitaré para el parto o emergencia?**

Durante mi parto desearía usar mi propia ropa:

Desearía tener contacto piel a piel con mi bebé inmediatamente después del parto:

Tengo las siguientes necesidades por motivos de cultura e idioma: .....



**¿Cómo he decidido dar a luz?**

Arrodillada  De pie

En cuclillas  Sentada

De lado  Acostada

Otro: .....

Nombre y apellido del profesional: ..... Nombre y apellido de la madre: .....

# SEÑALES DE PELIGRO

## Durante el embarazo parto y después del parto



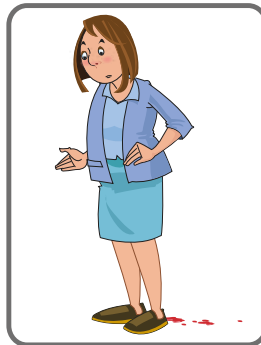
Fuerte dolor de cabeza  
y visión borrosa



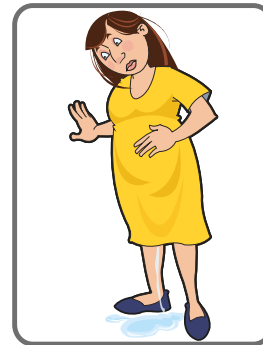
Fuerte dolor  
de barriga



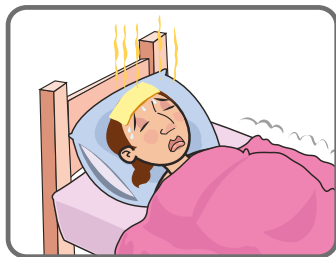
Hemorragia vaginal  
durante el embarazo



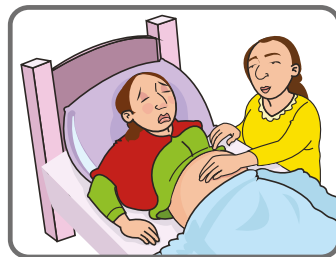
Hemorragia vaginal  
después del parto



Salida de  
agua de fuente



Fiebre alta en el embarazo  
y después del parto

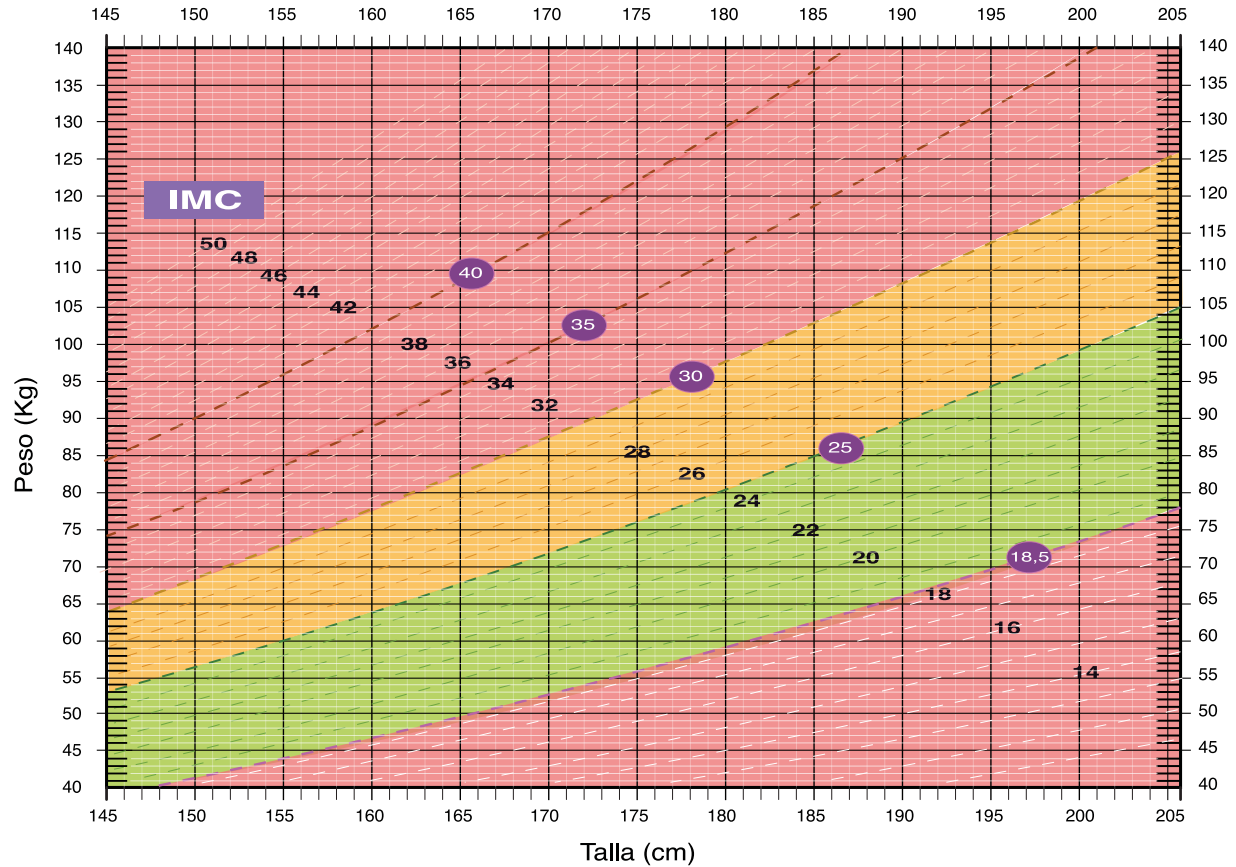


Falta de movimiento  
del bebé

Ante cualquiera de estas señales  
acude inmediatamente a la unidad  
de salud más cercana o llama al  
**ECU-911**

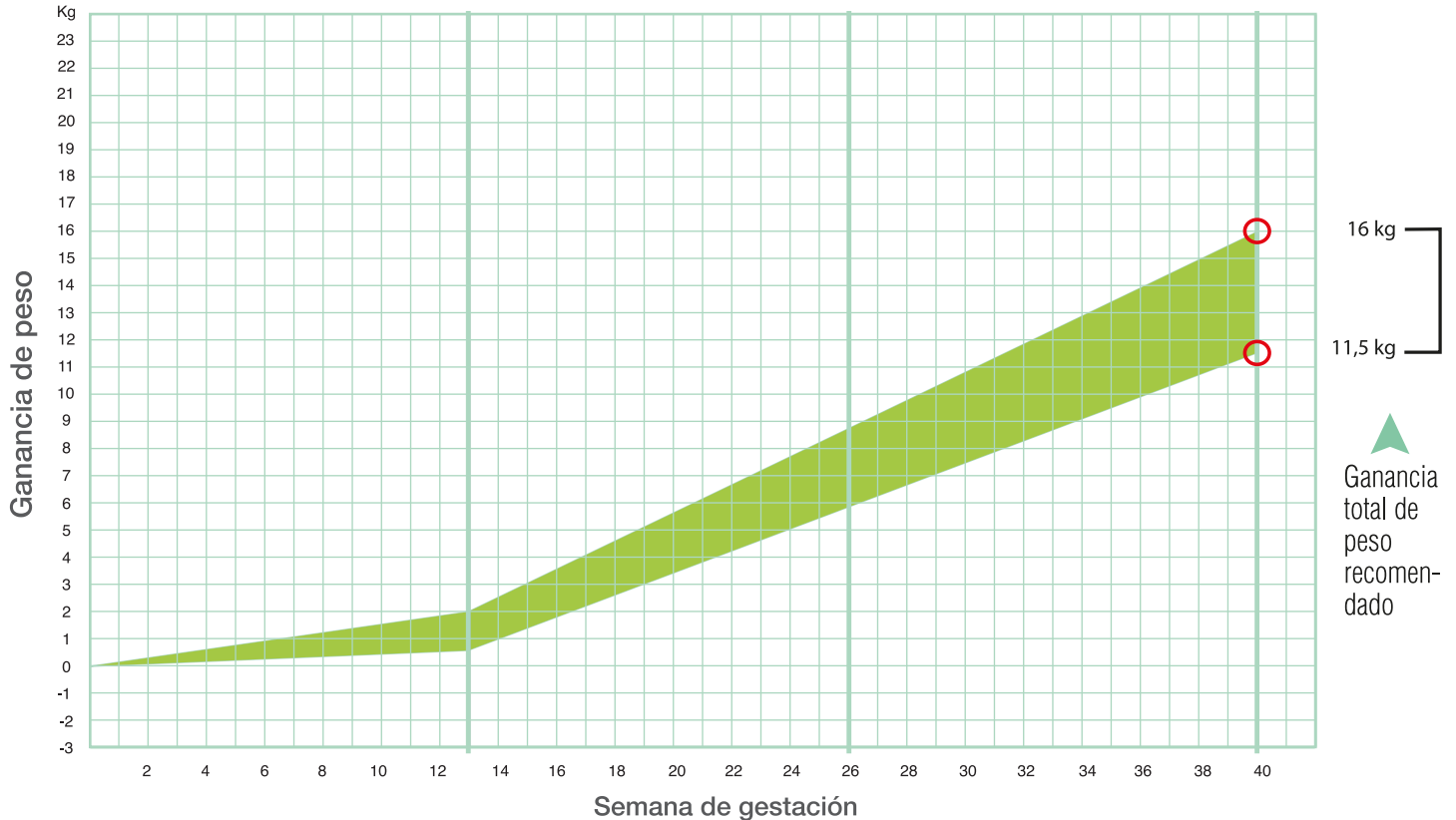


# Tabla para determinación de **ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)** para la mujer gestante





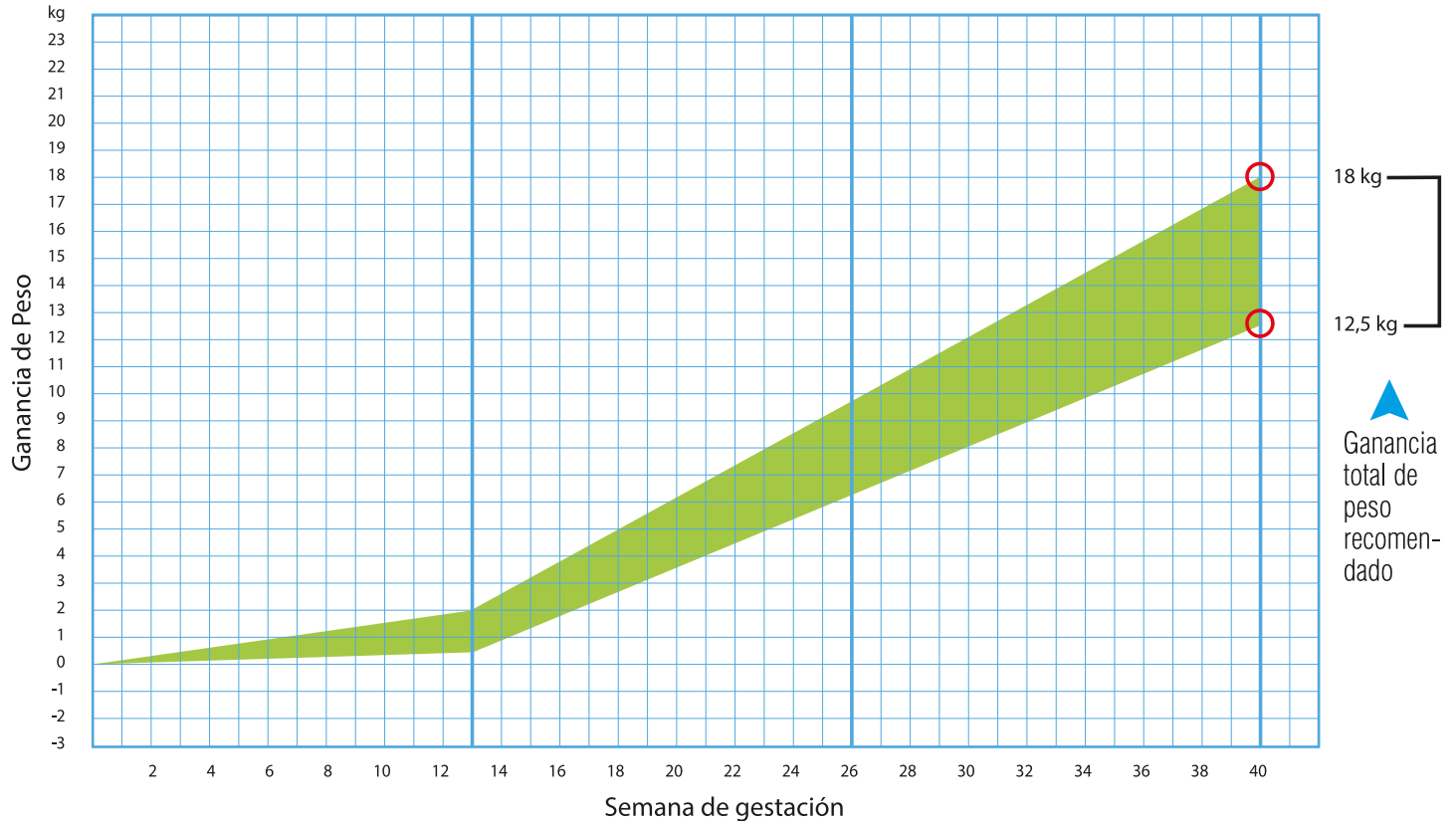
## Curva de ganancia de peso en la mujer gestante con un IMC PRECONCEPCIONAL NORMAL / 18,5 - 24,9



Ganancia semanal 0.35 a 0.50 Kg. en el segundo y tercer trimestre, mujeres embarazadas de fetos múltiples deben ganar de 17 - 25 kg. (kilo = 2,2 libras)



## Curva de ganancia de peso en la mujer gestante con un IMC PRECONCEPCIONAL BAJO (< 18,5)

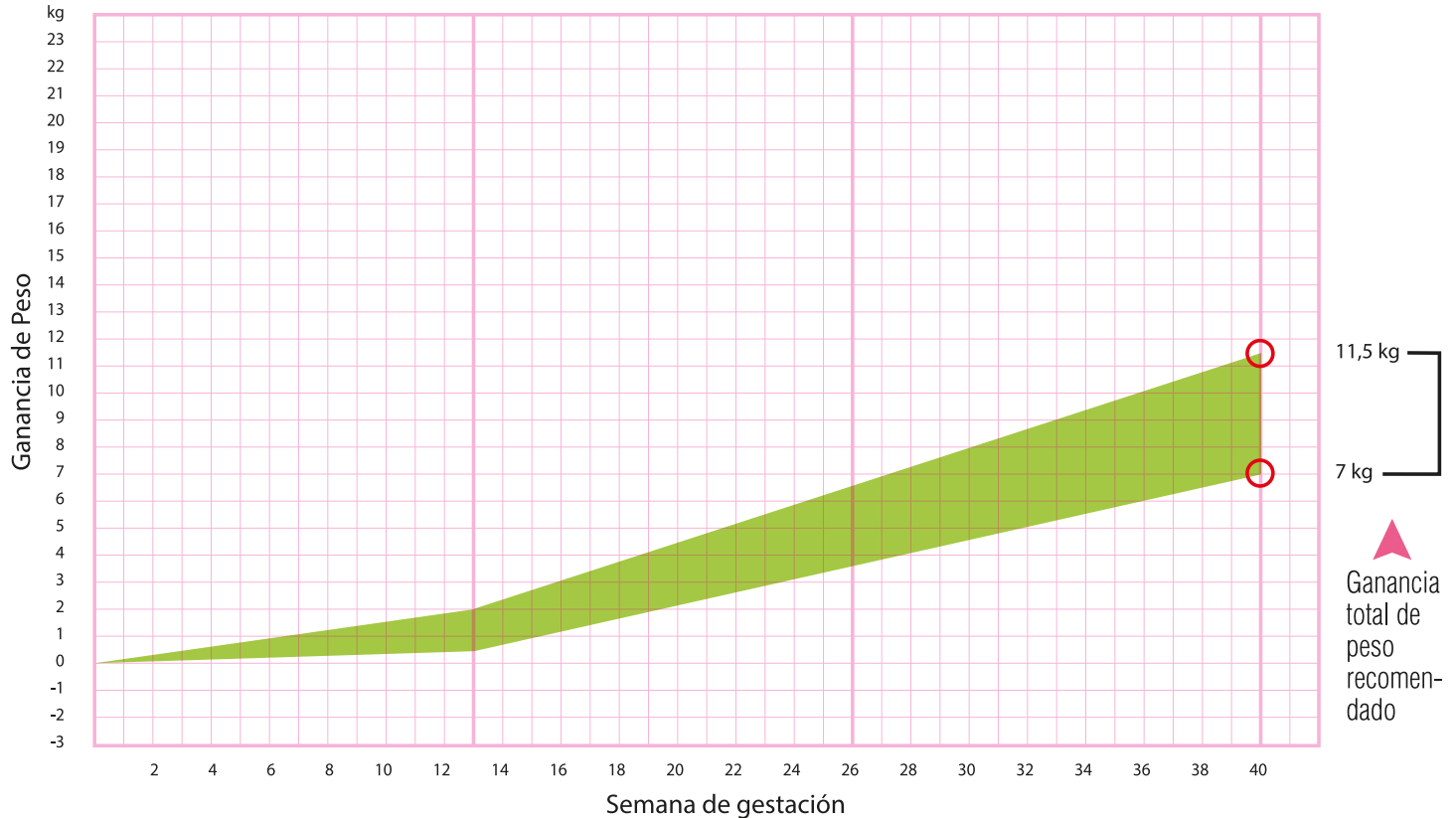


Ganancia semanal 0.44 a 0.58 Kg. en el segundo y tercer trimestre - (kilo = 2,2 libras)





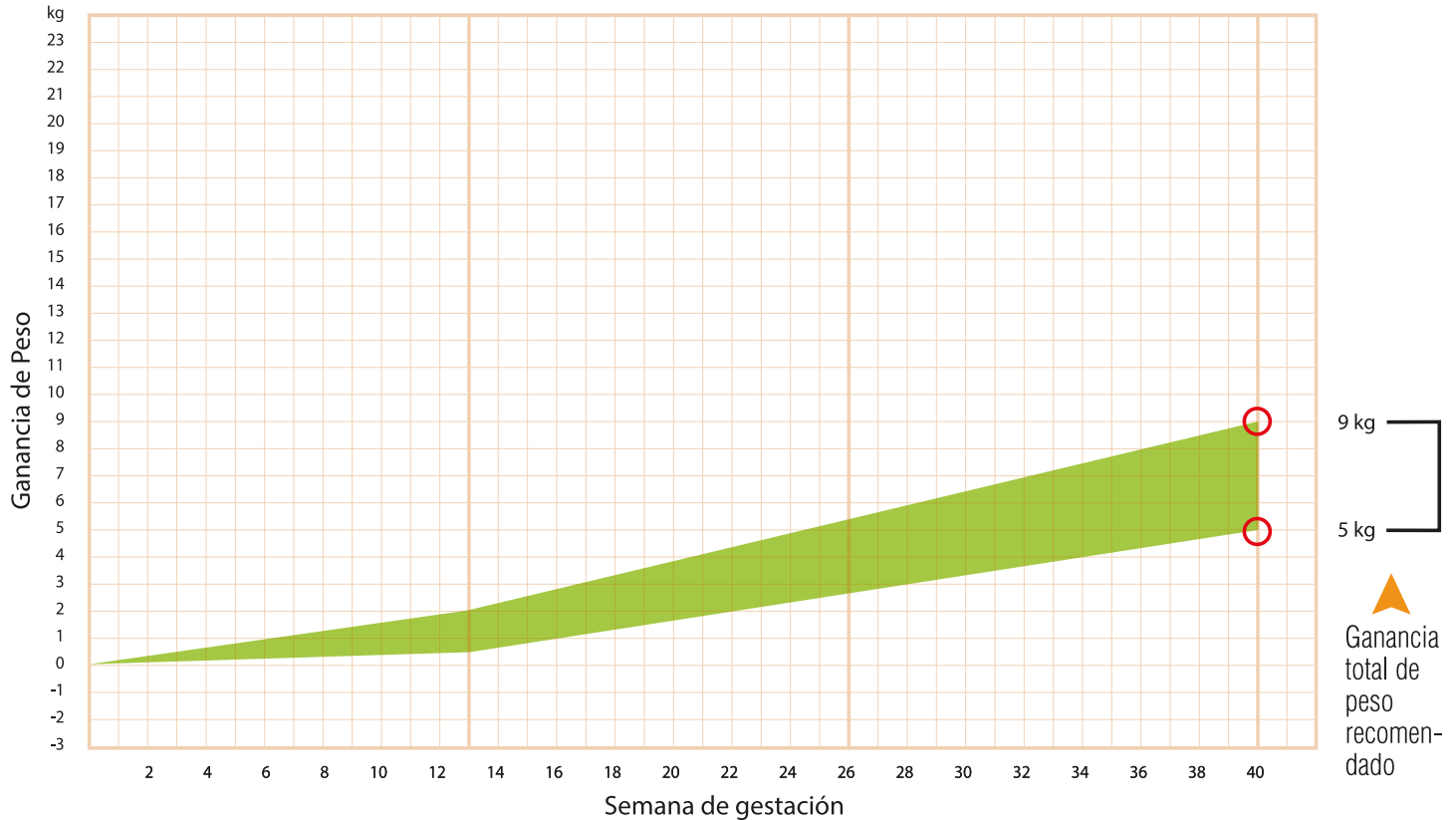
## Curva de ganancia de peso en la mujer gestante con un IMC PRECONCEPCIONAL SOBREPESO de 25 a 29,9



Ganancia semanal 0.23 a 0.33 Kg. en el segundo y tercer trimestre embarazadas de fetos múltiples debe ganar de 14 - 23 kg.  
(kilo = 2,2 libras)



## Curva de ganancia de peso en la mujer gestante con un IMC PRECONCEPCIONAL OBESIDAD > 30



Ganancia semanal 0.17 a 0.27 Kg. en el segundo y tercer trimestre embarazadas de fetos múltiples debe ganar de 11- 19 kg. (kilo = 2,2 libras)

# INFORMACIÓN PERINATAL - MSP



Ministerio de Salud Pública

<b>NACIONALIDAD</b> Ecuatoriana <input type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/> Cuál? _____	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> día _____ mes _____ año _____ <b>EDAD (años)</b> _____ <input type="radio"/> < de 15 _____ <input type="radio"/> > de 35	<b>AUTOIDENTIFICACIÓN</b> Indígena <input type="radio"/> Afroecuatoriana afrodescendiente <input type="radio"/> Negra <input type="radio"/> Muliata <input type="radio"/> Montubia <input type="radio"/> Mestiza <input type="radio"/> Blanca <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	<b>SABE LEER Y ESCRIBIR</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>	<b>ALFABETIZACIÓN E INSTRUCCIÓN</b> Edu. Básica Jóvenes y Adultos Inicial <input type="radio"/> Edu. básica (Preparatoria) <input type="radio"/> Edu. básica (elem. y media.) <input type="radio"/> Edu. básica (superior) <input type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> Técnico superior <input type="radio"/> Tercer nivel de grado <input type="radio"/> Cuarto nivel pos-grado <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	<b>ESTADO CIVIL</b> Unión de hecho <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>

<b>ANTECEDENTES</b> <b>FAMILIARES</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> TBC <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Hipertensión <input type="radio"/> Preeclampsia <input type="radio"/> Eclampsia <input type="radio"/> Otra cond. <input type="radio"/> médica grave <input type="radio"/> Cuál? _____		<b>PERSONALES</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> II G <input type="radio"/> Cirugía Genito-Urinary <input type="radio"/> Infertilidad <input type="radio"/> Cardiopatía <input type="radio"/> Nefropatía <input type="radio"/> Violencia <input type="radio"/> VIH <input type="radio"/>		<b>OBSTÉTRICOS</b> gestas previas _____ abortos _____ vaginales _____ nacidos vivos _____ viven _____ <b>ÚLTIMO EMBARAZO</b> n/a <input type="radio"/> < 2500g <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> > 4000g <input type="radio"/> Embarazos Múltiples <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> emb. molar emb. ectópico _____		<b>FIN EMBARAZO ANTERIOR</b> día _____ mes _____ año _____ menos de 1 año <input type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	
---	--	---	--	---	--	---	--

<b>GESTACIÓN ACTUAL</b> día _____ mes _____ año _____ PESO INICIAL _____ Kg. TALLA (cm.) _____ FUM _____ EG CONFIABLE por: FUM Eco < 20 s. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>ECOGRAFÍA</b> 11-13 semanas <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>FUMA ACT.</b> 1 <sup>er</sup> trim. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> 2 <sup>do</sup> trim. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> 3 <sup>er</sup> trim. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>FUMA PAS.</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>DROGAS: ALCOHOL: VIOLENCIA</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>ANTIRUBEOLA</b> previa <input type="radio"/> no sabe <input type="radio"/> embarazo <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		<b>ANTITETÁNICA</b> vigente <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Dosis Mes gestación 1 <sup>ra</sup> _____ 2 <sup>da</sup> _____		<b>EX. NORMAL</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> MAMAS <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> ODONT. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>	
---	--	---	--	---	--	---	--	--	--	---	--	---	--	---	--

<b>CERVIX</b> Insp. visual <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> anormal <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/> no se aplica <input type="radio"/> PAP <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> COLP <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>GRUPO Rh</b> Rh _____ Inmuniz. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>TOXOPLASMOSIS</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>VIH-Diag. tratamiento</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>&lt; 20 sem. Prueba solicitada</b> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		<b>TARV. en emb.</b> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		<b>&gt; 20 sem. Prueba solicitada</b> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		<b>TARV. en emb.</b> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		<b>Hb &lt; 20 sem.</b> < 11.0g/dl <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>Fo/FOLATOS indicados</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>Hb ≥ 20 sem.</b> < 11.0 g/dl <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>SÍFILIS - Diagnóstico y tratamiento</b> No treponémica sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Treponémica sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Tratamiento sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Tto. de la pareja sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			
---	--	---	--	---	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

<b>CHAGAS</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>PALUDISMO/MALARIA</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>BACTERIURIA</b> normal <input type="radio"/> anormal <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/> no se aplica <input type="radio"/>		<b>GLUCEMIA EN AYUNAS</b> ≥ 92 mg/dl <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> < 20 sem <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> > 30 sem <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>PREVENCIÓN PREECLAMPSIA</b> Calcio > 12 sem <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Ácido Acetil Salicílico > 12 sem <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>ESTREPTOCOCCO B</b> 35-37 semanas <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>EDUCACIÓN PRENATAL-Sesiones</b> 1 2 3 4 5 6		<b>PLAN DE PARTO Y EMERGENCIA</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>	
--	--	---	--	--	--	---	--	---	--	---	--	---	--	--	--	--	--

<b>CONTRÓLES PRENATALES</b> día _____ mes _____ año _____ Edad gest. _____ Peso _____ Ganancia adecuada peso TA _____ FC _____ FR _____ T°C _____ Sat. _____ Protei-nuria _____ Est. conc. _____ Altura uterina _____ Presen-tación _____ FCF (lpm) _____ Movim. fetales _____ Sangrado vaginal _____ no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>EXÁMENES, TRATAMIENTOS, SCORE MAMA</b> _____		<b>INICIALES TÉCNICO</b> _____		<b>PRÓXIMA CITA</b> día _____ mes _____ año _____	
---	--	--	--	-----------------------------------	--	--	--

<b>PARTO</b> <input type="radio"/> <b>ABORTO</b> <input type="radio"/>		<b>FECHA DE INGRESO</b> día _____ mes _____ año _____		<b>CONSULTAS PRENATALES</b> total _____		<b>HOPITALIZACIÓN EMBARAZO</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> días _____		<b>CORTICOIDES ANTERNALES</b> completo <input type="radio"/> incompl. <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> n/a <input type="radio"/>		<b>UTEROINHIBIDORES</b> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> n/a <input type="radio"/>		<b>INICIO</b> espontáneo <input type="radio"/> inducido <input type="radio"/> cesárea <input type="radio"/>		<b>RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>EG AL PARTO / ABORTO</b> semanas _____ días _____ por FUM <input type="radio"/> por Eco. <input type="radio"/>		<b>PRESENTACIÓN SITUACIÓN</b> cefálica <input type="radio"/> pelviana <input type="radio"/> transversa <input type="radio"/>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	---	--

<b>PESO PRODUCTO (aborto)</b> n/a <input type="radio"/> _____ g		<b>TAMAÑO FETAL ACORDE EG</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>ACOMPAÑANTE</b> Pareja <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Partera/o <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/>		<b>PRÁCTICAS INTERCULTURALES</b> Vestimenta <input type="radio"/> Entrega placenta <input type="radio"/> Ingesta líquidos <input type="radio"/> Otras <input type="radio"/>		<b>POSICIÓN PARTO</b> arrodillada <input type="radio"/> de pie <input type="radio"/> cucullas <input type="radio"/> sentada <input type="radio"/> acostada de lado <input type="radio"/> litotómica <input type="radio"/>		<b>NACIMIENTO</b> Establecimiento de salud <input type="radio"/> casa <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>		<b>VIVO</b> día _____ mes _____ año _____ hora _____ min _____		<b>MUERTO</b> Parto <input type="radio"/> Anteparto <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	---	--	--	--

<b>MÚLTIPLE</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>TERMINACIÓN</b> espont. <input type="radio"/> cesárea <input type="radio"/> fórceps <input type="radio"/> vacuum <input type="radio"/> otra <input type="radio"/>		<b>INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO</b> INDUC. <input type="radio"/> OPER. <input type="radio"/>		<b>EPISIOTOMÍA</b> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		<b>DESGARROS</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>MANEJO ACTIVO</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>	
--	--	--	--	---	--	---	--	---	--	---	--

<b>PLACENTA</b> completa <input type="radio"/> retenida <input type="radio"/>		<b>LIGADURA CORDÓN AL CESAR PULSACIONES</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>RECIBIO</b> Inducto conducción <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Oxitócicos en TDP <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Antibiot. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Analgesia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Anest. local <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Anest. región <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Anest. gen. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Trasfusión <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Sulfato de Mg. preeclam. eclam. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>Medicación</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>	
--	--	--	--	--	--	--	--

<b>TRASTORNOS HIPERTENSIVOS</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>TRASTORNOS TIROIDEOS</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>OTROS TRASTORNOS</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>	
--	--	--	--	--	--	--	--

<b>TRASTORNOS METABÓLICOS</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>DIABETES MELLITUS</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>TRASTORNOS TIROIDEOS</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>OTROS TRASTORNOS</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>	
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

# LIBRETA INTEGRAL DE SALUD



## EL EMBARAZO SALUDABLE ES RESPONSABILIDAD DE TODOS

[/SaludEcuador](#)
[@Salud\\_Ec](#)  
[www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec)

### Exige información y tu método anticonceptivo inmediatamente después del parto

Contar con información adecuada permite que hombres y mujeres tomen decisiones oportunas, libres y voluntarias sobre su salud sexual y reproductiva. No se requiere del consentimiento o aceptación de la pareja para la elección de cualquier método anticonceptivo incluyendo los quirúrgicos. Tienes derecho a decidir el número de hijos que deseas tener y cuándo.

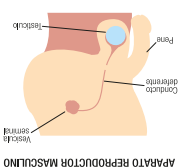
Método elegido  Método entregado

**Anticonceptivo oral de emergencia**  
 Uso: Se toma dentro de los 5 primeros días después de una relación sexual no protegida o abuso sexual, para prevenir un embarazo (no se considera un método regular).



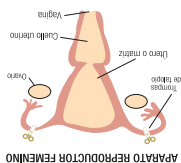
Método elegido  Método entregado

**Vasectomía**  
 Uso: Hombres en edad reproductiva que no desean tener hijos e hijas. Método anticonceptivo permanente. No afecta el desempeño sexual y es un procedimiento simple y seguro.



Método elegido  Método entregado

**Ligadura de trompas**  
 Uso: Mujeres en edad reproductiva que no desean tener hijos e hijas. Método anticonceptivo permanente. No afecta el desempeño sexual. Procedimiento simple y seguro.



Método elegido  Método entregado

**Implante subdérmico**  
 Uso: Todas las mujeres en edad reproductiva. Se coloca bajo la piel del brazo una o dos tirillas que libera permanentemente una hormona, por un periodo de 3 a 5 años.



Método elegido  Método entregado



**Condón masculino y femenino**  
 Uso: Hombres y mujeres. A más de prevenir un embarazo, protege de infecciones de transmisión sexual.

Método elegido  Método entregado

**T de cobre**  
 Uso: Todas las mujeres en edad reproductiva, se coloca dentro de la cavidad uterina por personal calificado, puede durar de 5 a 10 años.



Método elegido  Método entregado

**Inyecciones anticonceptivas**  
 Uso: Todas las mujeres en edad reproductiva. Según el tipo de inyección se aplica mensual o trimestralmente.



Método elegido  Método entregado

**Pastillas anticonceptivas**  
 Uso: Todas las mujeres en edad reproductiva. Se toma una tableta diaria durante 21 o 28 días, dependiendo de la presentación. Es importante tomarla a la misma hora todos los días.

