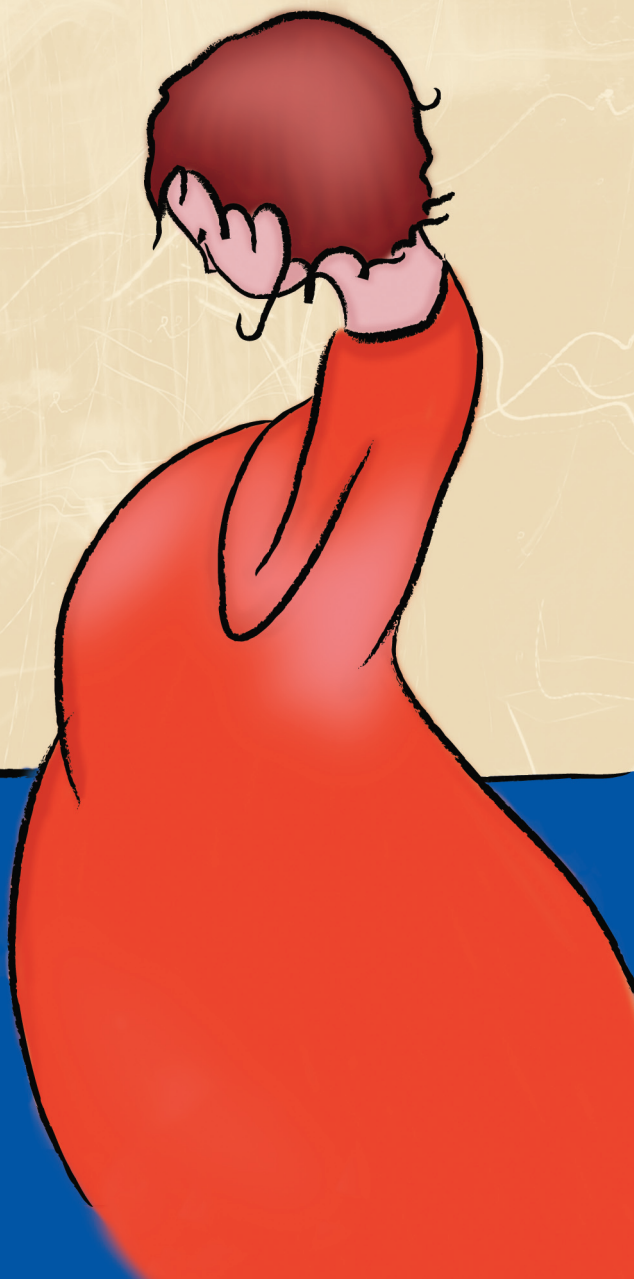


# Cartilla de **Salud** de la **EMBARAZADA**





# Cartilla de **Salud** de la **EMBARAZADA**



**Junta de  
Castilla y León**

Consejería de Sanidad



***La cartilla que tiene en sus manos contiene la información necesaria para que los profesionales sanitarios que le atiendan (médico de familia, tocólogo, matrona) conozcan la evolución de su embarazo. Llévela consigo y preséntela cada vez que acuda a una revisión o a cualquier consulta durante su embarazo.***

***Es muy importante para usted y para su futuro hijo.***

**Edita:** Junta de Castilla y León  
Consejería de Sanidad  
Dirección General de Salud Pública

**Imprime:** AGSM

**Diseño y maquetación:** IMP Comunicación

**Depósito legal:** AB-57-2011



## DATOS DE LA EMBARAZADA

Nombre ..... NIP .....

Primer Apellido ..... TSI .....

Segundo Apellido ..... DNI .....

Edad .....

Domicilio .....

Localidad .....

Teléfono.....

Cod. Postal..... Provincia.....

Profesión.....

Puesto de Trabajo.....

Riesgos Laborales (SÍ  NO )

## PERSONAL SANITARIO QUE ATIENDE EL EMBARAZO

Centro de Salud.....

Teléfono.....

Médico de familia .....

Matrona.....

Tocólogo.....

Hospital de referencia.....

## ANTECEDENTES

### FAMILIARES

.....  
.....

### PERSONALES

- HTA       Diabetes       Alt. Tiroideas
- Otras (especificar).....  
.....

### INMUNIZACIONES

- Rubeola       Tétanos       Hepatitis B       Varicela

### ALERGIAS

Medicamentos.....  
Otras.....

### HÁBITOS

- Tabaco       Alcohol       Otras sust.....

### MEDICAMENTOS QUE TOMA HABITUALMENTE

.....  
.....

## GINECOLÓGICOS

Menarquia..... Tipo menstrual.....

Anticoncepción previa

NO  Sí  Método utilizado.....

Patología ginecológica previa .....

.....

Esterilidad previa.....

.....

## OBSTÉTRICOS

Año	Evolución Embarazo	Parto (Tipo)/ aborto	Sexo	Peso	Puerperio	Lactancia Materna/ Artificial	Duración Lactancia Materna

OBSERVACIONES.....

.....

Fecha última regla	Fecha probable de parto	Fórmula menstrual	Corrección de la fecha probable de parto

## SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO

		1 <sup>a</sup> Captación	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>
<b>Fecha</b>				
Semanas de gestación				
Peso				
Tensión arterial				
Altura uterina (en cm. de pubis a fondo)				
Edemas				
Signos insuf. venosa en MMII				
Movimientos fetales				
Auscultación fetal				
Estática fetal				
Ácido fólico				
<b>Otros</b>				



4ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª



## VISITAS

*Este apartado sirve como recordatorio de las actividades a realizar por trimestres y para añadir datos destacables en la evolución del embarazo (patologías coincidentes con la gestación).*

### 1ª VISITA

Exploraciones:

- Cardio-respiratoria
- Abdominal
- Ginecológica
- Información sobre diagnóstico prenatal
- Signos y síntomas de consulta urgente durante el embarazo
- Recomendación de ácido fólico y sal yodada
- Captación para el servicio de salud bucodental de la embarazada
- Charla de educación maternal del primer trimestre (consejos sobre alimentación, ejercicio físico, medicación, sexualidad, tabaco y alcohol,...)

### 2ª VISITA

### 3ª VISITA

### 4ª VISITA

- Información sobre servicio de educación maternal del tercer trimestre

## 5ª VISITA

## 6ª VISITA

- Información sobre lactancia materna
- Información sobre los programas de detección precoz de hipoacusia y enfermedades metabólicas

## 7ª VISITA

- Signos y síntomas de consulta urgente durante el embarazo

## 8ª VISITA

## 9ª VISITA

## 10ª VISITA

## SALUD BUCODENTAL

.....

.....

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

### DIAGNÓSTICO PRENATAL

Cribado bioquímico (PAPPA,  $\beta$ -HCG libre) .....

.....

Amniocentesis .....

.....

## ANALÍTICA

Grupo sanguíneo	Rh
♀	
♂	

Coombs indirecto	
1er trimestre	
2º trimestre	
3er trimestre	

Ig Anti D	
Fecha	Lote

VDRL	
Toxoplasmosis	
Rubeola	
AGHBS (reseñar cuando se haga en el primer o tercer trimestre)	
VIH	

	1er trimestre	2º trimestre	3er trimestre
Fecha			
Hematíes			
Hematocrito			
Hemoglobina			
Hierro			
Ferritina			
Glucemia basal			
Test de O ´ Sullivan			
Curva de glucemia			
Ác. úrico			
Creatinina			

Pruebas de coagulación (preoperatorio)

.....

.....

.....

Cultivo de orina			
Cultivo de exudado vaginal			
Cultivo estreptococo B			


## ECOGRAFÍAS

Fecha

Semana de amenorrea

	resultado	semana	resultado	semana
Nº de fetos				
CRL (longitud céfalo-nalga)				
Traslucencia nucal				
DBP (diámetro biparietal)				
CC (circunferencia cefálica)				
CA (circunferencia abdominal)				
LF (longitud fémur)				
Placenta				
Líquido amniótico				
Estática fetal				

resultado		semana		resultado		semana	

## MONITORIZACIÓN ANTEPARTO

Fecha .....

.....  
.....

Fecha .....

.....  
.....

Fecha .....

.....  
.....

### DATOS DEL PARTO

Fecha .....

CENTRO SANITARIO.....

Parto asistido por *(rellenar por la persona que asiste el parto)*

TOCÓLOGO.....

MATRONA.....

Semana de gestación.....

Motivo de ingreso .....

## DESARROLLO DE LA DILATACIÓN

### Dilatación

Espontánea                       Estimulada                       Inducida

Duración .....

Tiempo bolsa rota (horas) .....

## PARTO

### Vaginal

Eutócico                       Instrumental                      Motivo .....

Forceps                       Ventosa                       Espátula

Episiotomía                       Desgarro

### Cesárea

Motivo .....

### Anestesia

NO                       SÍ

General                       Epidural                       Local

### Alumbramiento

Espontáneo                       Manual

## LACTANCIA

Inicio de amamantamiento en la primera hora de vida (contacto piel con piel)

Alojamiento conjunto de madre y RN



## RECIÉN NACIDO

Sexo: H  M  Peso (en gr.) ..... Talla (en cm.).....

Test de Ápgar: 1 minuto ..... 5 minutos .....

Sexo: H  M  Peso (en gr.) ..... Talla (en cm.).....

Test de Ápgar: 1 minuto ..... 5 minutos .....

### PROBLEMAS ASOCIADOS AL PARTO Y/O CONGÉNITOS

.....

### PUERPERIO INMEDIATO *(rellenar en el hospital el día del alta)*

Fecha.....

Tensión arterial...../..... Temperatura .....

Episiotomía ..... Cicatriz laparotomía .....

Loquios ..... Involución útero.....

Mamas ..... Miembros inferiores.....

### Lactancia

Se facilita la lactancia materna las 24 horas  Sí  NO

Tipo lactancia:  Materna  Artificial

### Detección precoz de enfermedades congénitas

Prueba del talón  Sí  NO

Hipoacusia  Sí  NO

### Observaciones

.....

## PUERPERIO TARDÍO

Fecha.....

Lugar donde se realiza.....

Tensión arterial...../..... Temperatura .....

Loquios ..... Episiotomía.....

Cicatriz laparotomía ..... Involución útero.....

Mamas .....

### Recién nacido

Peso 1ª consulta..... Ombligo .....

Deposiciones ..... Coloración .....

Vómitos ..... Dermatitis del pañal .....

Llanto..... Tono .....

#### Educación para la salud

- Consejos sobre la higiene de la púerpera (lavados perineales)
- Situación psicoafectiva
- Estilo de vida (alimentación, actividad física, alcohol, tabaco...)
- Informar sobre Programas de prevención y/o detección precoz (cáncer de cuello de útero, cáncer de mama...)
- Lactancia materna
- Alimentación del recién nacido
- Anticoncepción
- Próximas visitas
- Recomendación de visita al pediatra dentro de los primeros 15 días de vida del niño (Documento de Salud Infantil)

.....

.....

## RECUERDE

- Asegúrese de que a su hijo le han realizado las pruebas de detección precoz de enfermedades congénitas:
  - "prueba del talón"
  - hipoacusia, para saber si oye bien
- Acuda con su hijo a las revisiones periódicas recomendadas
- Asegúrese de que esté correctamente vacunado

### ACUDA A SU MATRONA, al salir del Hospital, para:

- Control del posparto
- Que le ayude con la lactancia materna
- Que le indique cuándo tiene que volver al Ginecólogo
- Si lo desea, le informe sobre planificación familiar

### PARA PONERSE EN CONTACTO CON SU MATRONA

---

---

**EL SERVICIO DE INFORMACIÓN TELEFÓNICA PARA LA EMBARAZADA (SITE) LE OFRECE ASESORAMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO PRENATAL (edad de los futuros padres, profesión materna, contacto con animales, consumo de sustancias: alcohol, tabaco, otras drogas..., medidas preventivas, etc.).**

**LAS CONSULTAS PUEDEN EFECTUARSE LOS DÍAS LABORABLES, DE LUNES A VIERNES, EN EL TF.: 91 / 822 24 36**

## OTROS DATOS DE INTERÉS

A series of horizontal dotted lines for writing.



