

# Cartilla de Salud del Embarazo



GOBIERNO  
de  
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

Este documento tiene como finalidad recoger los datos más significativos de su embarazo y servir de vehículo de transmisión de información entre los diferentes profesionales que se encargan de la vigilancia de su gestación.

Preséntela cuantas veces acuda a consulta y cuando ingrese en la maternidad en el momento del parto. No olvide recogerla al abandonar el centro.

Cúdela y llévela siempre consigo, especialmente cuando realice algún viaje.

No se incluirá en ella ningún dato personal que usted no desee.

*Orden SAN/35/2007, de 30 de Noviembre, por la que se regula la Cartilla de Salud del Embarazo de la Comunidad Autónoma de Cantabria (BOC n° 242, de 14 de diciembre de 2007).*

*Resolución por la que se actualiza la Cartilla de Salud del Embarazo (BOC n° 134, de 10 de julio de 2018).*

Edita

*Dirección General de Salud Pública  
Consejería de Sanidad  
Gobierno de Cantabria*

Depósito Legal  
*SA-1051-2007*

10/754 IMPRENTA REGIONAL DE CANTABRIA  
Actualizada diciembre 2019

**DATOS DE LA EMBARAZADA**

Nombre: .....

Apellidos: .....

Teléfono: ...../..... N° TIS .....

**DATOS DEL PERSONAL SANITARIO QUE ATIENDE EL EMBARAZO**

**ATENCIÓN PRIMARIA**

Médico/a de Familia: .....

Matrona: .....

Centro de Salud: ..... Teléfono: .....

**ATENCIÓN HOSPITALARIA**

Obstetra: .....

Matrona: .....

Hospital: ..... Teléfono: .....

**MATERNIDAD DE REFERENCIA:** .....

**OTROS:** .....

.....

## **¿Por qué es importante el control del embarazo?**

Los controles que le realizamos durante el embarazo pretenden cuidar su salud y la de su futuro hijo o hija y, en ningún caso, deben producirle preocupación o ansiedad, ya que el cuerpo de una mujer sana está preparado para gestar, parir y amamantar.

## **¿Cuántas visitas de embarazo tendré que realizar?**

Si todo evoluciona normalmente entre 8 o 10 visitas suelen ser suficientes, aunque en ocasiones puede ser necesaria alguna más.

## **¿Qué controles me van a realizar?**

Cada consulta se realiza en un momento concreto del embarazo y con una finalidad determinada. En ellas, se controla la evolución de su embarazo, y se le ofrece la realización de diversas exploraciones y pruebas complementarias. Recuerde que es libre de rehusar aquéllas que no desee. En este caso, el profesional que le atienda le ofrecerá alternativas, si las hubiera.

La primera consulta de embarazo es quizás la más importante de todas. En ella se realiza la historia clínica, que recoge toda la información sobre su salud y la de su familia, y sobre la evolución de sus embarazos anteriores si los hubiera habido. Estos datos son importantes para detectar problemas que pueden afectar al desarrollo de la gestación. Se realizan, además, una serie de exploraciones y pruebas complementarias (análisis de sangre y de orina, ecografías, etc), dirigidas a conocer su estado de salud y la de su hijo o hija.

Es importante que acuda a las consultas programadas aunque se encuentre bien. En ellas, se le ofrece información sobre todas las cuestiones relacionadas con la evolución de su embarazo.

## ¿Qué tipo de análisis me van a ofrecer y para qué sirven?

Como parte del control del embarazo se le ofrece la realización de diferentes pruebas de laboratorio:

- **Análisis de sangre**, que sirven, entre otras cosas, para detectar problemas de incompatibilidad sanguínea, diagnosticar la existencia de anemia o diabetes, comprobar si está protegida frente a determinadas infecciones y detectar la existencia de otras como la sífilis, la hepatitis B o el VIH. Todas estas enfermedades pueden ocasionar complicaciones tanto a la madre como al bebé.
- **Análisis de orina**, que proporcionan información sobre la existencia de una infección urinaria y otros problemas.
- **Citología cervical**, sólo se realizará durante la gestación si no se ha realizado previamente o si han transcurrido cinco o más años desde la anterior.

## ¿Para qué sirven las ecografías que me van a realizar?

En un embarazo de evolución normal se aconseja la realización de 3 ecografías, cada una de ellas en un momento concreto y con unos objetivos determinados:

- **La primera ecografía**, se realiza entre las 11-14 semanas de gestación, para confirmar la buena evolución del embarazo, establecer la edad gestacional en caso de dudas con la fecha de la última regla, diagnosticar embarazos múltiples y descartar algunas anomalías fetales.
- **La segunda ecografía**, se realiza alrededor de las 20 semanas. Su principal objetivo es confirmar que no existen malformaciones fetales. Con esta técnica es posible detectar en torno al 75% de las malformaciones que tienen expresividad ecográfica, lo que representa alrededor del 60% de todas las malformaciones. La ecografía no puede diagnosticar defectos de otra naturaleza (bioquímicos, metabólicos, genéticos, cromosómicos, etc).
- **La tercera ecografía**, se realiza alrededor de las 34 semanas. Permite comprobar el crecimiento adecuado del feto, su colocación, si ha aparecido alguna anomalía cuyo diagnóstico no es posible previamente y la localización de la placenta.

**En un embarazo de evolución normal un mayor número de ecografías NO mejora el pronóstico de la gestación ni los resultados perinatales.**

## ¿Qué pruebas me van ofrecer para la detección del Síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas?

Para identificar las anomalías cromosómicas más frecuentes, como el Síndrome de Down (Trisomía 21) o el Síndrome de Edwards (Trisomía 18), se ofrece a todas las gestantes la **Prueba Combinada del Primer Trimestre** que consiste en:

- Un **análisis de sangre específico**, alrededor de las 10 semanas de gestación. Este estudio se realiza junto con el resto de la analítica que se solicita en el primer control de embarazo.
- Una **ecografía**, para valorar la cantidad de líquido que hay bajo la piel de la nuca del feto (translucencia nucal). Esta medición se lleva a cabo en la ecografía de control que se realiza entre las 12 y 14 semanas.

En el caso de que esta prueba dé un riesgo alto de probabilidad de que el bebé presente una anomalía cromosómica, se le ofrecerán otras pruebas para confirmar el diagnóstico.



## ANTECEDENTES FAMILIARES

Malformaciones congénitas:  No  Sí: .....

Enfermedades hereditarias:  No  Sí: .....

Diabetes mellitus:  No  Sí: .....

Preeclampsia en madre o hermanas:  No  Sí: .....

Enfermedad tromboembólica en familiares de 1er grado:  No  Sí: .....

.....

Trombofilia familiar:  No  Sí: .....

Otros: .....

## ANTECEDENTES PERSONALES

Lugar de procedencia/etnia: .....

Idioma: ..... Dominio del español:  No  Sí

Profesión: .....

Trabajo/Riesgos laborales: .....

.....

Trabajo de cuidados:  Hijos/as  Personas en situación de dependencia

Diversidad funcional (discapacidad): .....

Consumo de tabaco previo al embarazo:  No  Sí N° cigarrillos día: .....

Consumo de tabaco actual:  No  Sí N° cigarrillos/día: .....

Exposición al humo ambiental de tabaco:  No  Sí .....

Consumo de alcohol:  No  Sí: .....

Consumo de otras drogas: .....

Exposiciones ambientales: .....

Actividad física: .....

Inmunizaciones: Rubéola:  No  Sí, Tétanos:  No  Sí

Hepatitis B:  No  Sí, Varicela:  No  Sí

Gripe:  No  Sí Fecha: .....

**ANTECEDENTES MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS:** .....

.....

Medicación habitual: .....

Alergias: .....

## ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

- Tipo menstrual: .....
- Síndrome de ovario poliquístico:  No  Sí: .....
- Cirugía sobre el útero (conización, miomectomías...): .....
- Esterilidad previa:  No  Sí Causas: .....
- Última citología: .....
- Otros: .....

## ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Año	Evolución embarazo	Parto/ Aborto	Sexo	Peso	Lactancia materna/ Duración	Puerperio

Otros datos de interés de la historia obstétrica (técnicas de reproducción asistida, depresión en embarazo y/o puerperio, morbilidad materna, etc): .....

.....

.....

.....

.....



## ANTECEDENTES DE LA PAREJA

Edad: .....

Lugar de procedencia/etnia: .....

Idioma:..... Dominio del español:  Sí  No

Profesión: .....

Trabajo/Riesgos laborales .....

.....

Corresponsabilidad en trabajo doméstico y de cuidados:  Sí  No

Diversidad funcional (discapacidad): .....

Consumo de tabaco:  No  Sí N° cigarrillos/día: .....

Consumo de alcohol:  No  Sí: .....

Consumo de otras drogas: .....

Antecedentes familiares y personales de interés:.....

.....

.....

## EMBARAZO ACTUAL

Consulta Preconcepcional:  No  Sí Fecha: .....

Datos de interés de la Consulta Preconcepcional: .....

.....

.....

.....

Suplementación con ácido fólico preconcepcional:  No  Sí: .....

Técnicas de Reproducción Asistida/Medicación indicada: .....

.....



Ácido fólico  Fecha inicio: ..... Fecha finalización (12 s): .....

Yoduro potásico  Fecha inicio: .....

Talla: ..... Peso habitual: ..... IMC: .....

Incremento peso recomendado: .....

Movimientos fetales	Estática fetal	Evolución / Observaciones
		Exploración abdominal Exploración extremidades inferiores Otros

**VALORACIÓN DEL RIESGO**

Riesgo de desarrollo de diabetes:  No  Sí: .....  
.....  
.....

Riesgo de enfermedades infecciosas:  No  Sí: .....  
.....  
.....

Riesgo por alteraciones del peso y/o del estado nutricional:  No  Sí: .....  
.....  
.....

Riesgo trombótico:  No  Sí: .....  
.....  
.....

Riesgo de preeclampsia:  No  Sí: .....  
.....  
.....

Riesgo de trastornos de salud mental:  No  Sí: .....  
.....  
.....

Tabaquismo / Exposición al humo ambiental de tabaco:  No  Sí: .....  
.....  
.....

Otros: .....  
.....

## ❑ PRUEBAS DE LABORATORIO

Prueba	1° trimestre Fecha: .....	2° trimestre Fecha: .....	3° trimestre Fecha: .....
Grupo ABO y Rh			
Test Coombs Indirecto			
Grupo ABO y Rh (♂)			
Hb/Hto			
Sífilis		*	*
Hepatitis B (HbsAg)			
VIH		*	
Rubéola (si indicado)			
Hepatitis C *			
Enfermedad de Chagas *			
Enfermedad por virus Zika*			
Glucemia basal			
HbA1c*			
Test O'Sullivan 50 g			
SOG 100 g (si indicada)			
TSH			
Urocultivo		*	*
Pruebas de coagulación			
Cultivo vaginal Estreptococo β			
Cultivo rectal Estreptococo β			
Otras:			

\* Si factores de riesgo

## ECOGRAFÍAS

**ECOGRAFÍA 1º trimestre** Fecha de realización: \_\_\_\_\_ Semana: \_\_\_\_\_

**ECOGRAFÍA 2º trimestre** Fecha de realización: \_\_\_\_\_ Semana: \_\_\_\_\_

**ECOGRAFÍA 3º trimestre** Fecha de realización: \_\_\_\_\_ Semana: \_\_\_\_\_

## **OTRAS ECOGRAFÍAS**

\_\_\_\_\_

## TEST COMBINADO DEL PRIMER TRIMESTRE (T21 y T18)

Riesgo Bajo  Riesgo Alto: .....

## ESTUDIO ADN FETAL LIBRE EN SANGRE MATERNA

No  Sí Indicación: .....

Fecha: ..... Resultado: .....

## ESTUDIO GENÉTICO FETAL

Indicación: ..... Fecha: .....

Amniocentesis  Otras técnicas (especificar): .....

Resultado:  Cariotipo: .....  Otros: .....

## VACUNACIÓN DURANTE EL EMBARAZO

- Vacuna Antigripal Fecha: .....
- Vacuna Antitosferina (Entre 27 y 36 semanas) Fecha: .....
- Vacuna Antitetánica Fecha: .....
- Otras: ..... Fecha: .....

## PROGRAMA DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD

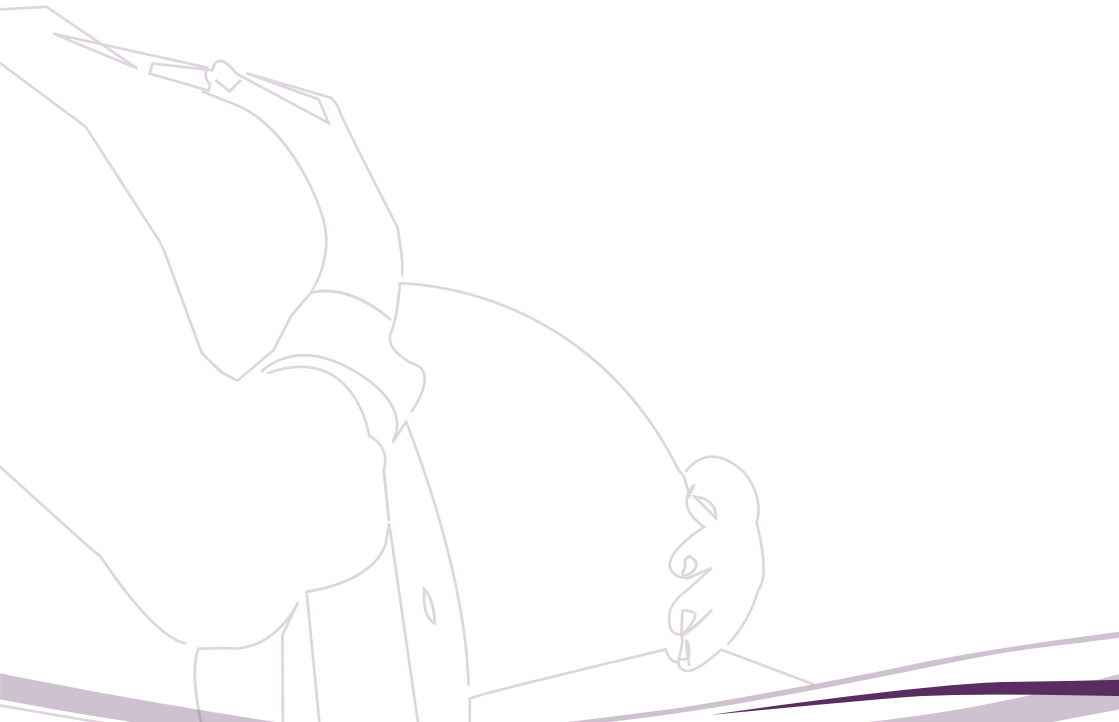
¿Ha participado en este Programa? :  Sí  No

Centro donde se ha realizado: .....

Nº sesiones grupales que ha realizado: .....

¿Ha acudido acompañada por su pareja a las sesiones?:

- A todas o casi todas las sesiones  A algunas sesiones  A ninguna



## PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

Este Plan se cumplimentará por aquellas gestantes que quieran expresar de forma anticipada sus preferencias en relación a la atención que les gustaría recibir durante el parto.

Previamente a su elaboración, el personal sanitario proporcionará toda la información y asesoramiento que se requiera.

Este Plan puede ser revocado en parte o en su totalidad por lo que finalmente exprese la mujer durante el transcurso de su parto.

**Por favor, marque con una X sobre el cuadrado aquella preferencia que desee**

### Ingreso en el Hospital

- He sido informada de que ingresar en el hospital antes de que se inicie el parto es perjudicial, por lo que pueden aconsejarme regresar a mi domicilio hasta que el parto este claramente instaurado.

### Relacionadas con el acompañamiento

- Durante mi parto deseo estar acompañada por: .....

### Durante el periodo de dilatación

- Deseo que mi parto se desarrolle en el ambiente más silencioso y tranquilo posible.
- Me gustaría que se respetara al máximo mi derecho a la intimidad y se evitara la presencia de profesionales no necesarios.
- Que el personal sanitario se presente indicando su nombre, su categoría y explicándome en qué va a consistir su actuación.
- Que si algún profesional en formación me va a prestar asistencia, me informe de ello y solicite mi autorización.
- Que la matrona responsable de mi atención me acompañe durante el mayor tiempo posible.



- Me gustaría permanecer a solas con mi acompañante todo el tiempo posible.
- Me gustaría poder beber los líquidos permitidos durante la dilatación.
- Quisiera moverme con libertad y poder escoger la postura que me resulte más confortable en cada momento.
- De entrada no deseo epidural, prefiero que me faciliten otros métodos para el alivio/control del dolor (inmersión en agua caliente, duchas, masajes, aplicación de calor, libertad de movimientos, pelotas y cuerdas, etc).
- Deseo utilizar cuando lo solicite otros métodos (óxido nitroso, inyecciones de agua estéril).
- Deseo que me pongan cuanto antes la analgesia epidural, salvo que esté contraindicada.
- Deseo que no se acelere mi parto con oxitocina o con rotura de la bolsa, a menos que exista una indicación médica para ello.
- Que, a menos que haya una indicación médica concreta, el control del estado de mi bebé se haga con monitorización intermitente. De ser necesaria la monitorización continua, prefiero que sea externa.
- Que se realice una monitorización continua del estado de mi bebé.
- Otros .....

### Durante el periodo de expulsivo

- Poder adoptar la posición que me resulte más cómoda.
- Que no se realice una episiotomía, salvo que sea indispensable.
- Realizar el contacto piel con piel con mi bebé nada más nacer.
- En el caso de no poder realizar el contacto piel con piel con mi bebé, deseo que sea ..... quien lo realice.
- Que el cordón umbilical sea cortado una vez que deje de latir.
- Deseo donar sangre de cordón umbilical, si es posible.
- Deseo iniciar el amamantamiento en la misma sala de partos.
- Deseo no ser separada del bebé, siempre que sea posible.
- Otros .....

Fdo: .....

Fecha: .....

## PARTO

**Centro sanitario:** .....

**Fecha:** ..... **Edad Gestacional:** .....

### Inicio / Evolución del parto

Espontáneo  Inducido. Causa: .....

### Tipo de parto

Eutócico

Instrumental:  Ventosa  Fórceps. Causa: .....

Cesárea. Causa: .....

### Alumbramiento

Fisiológico  Dirigido  Patológico (extracción manual, legrado...)

### Analgesia

A. Epidural  A. General

Otros: .....

### Episiotomía

No  Sí  Desgarro Tipo: .....

### Recién nacido/a:

Contacto piel con piel inmediato después del parto  Sí  No

Apgar: 1' ..... 5' ..... pH Au: ..... Sexo ..... Peso .....

Apgar: 1' ..... 5' ..... pH Au: ..... Sexo ..... Peso .....

**Inicio precoz de lactancia materna:**  Sí  No

### Observaciones

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



[www.saludcantabria.es](http://www.saludcantabria.es)



GOBIERNO  
de  
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA