



ENTREVISTA INICIAL

Embarazo

Este documento es fotocopiable y de uso
con clientes/pacientes.
Con fines docentes, obligatorio citar.
Copiar es delito

SÍGUENOS EN:



Autora: Lidia Romero para OWA

www.owacademy.com

ENTREVISTA INICIAL EMBARAZO OWA

1

DATOS PERSONALES

A rellenar encima de los epígrafes y dentro de los rectángulos

NOMBRE Y APELLIDOS

TELÉFONO

DIRECCIÓN

FECHA DE NACIMIENTO. EDAD

¿PROFESIÓN SEDENTARIA O ACTIVA? SE DENOMINARÍA ACTIVA O SEDENTARIA?

DISPONIBILIDAD DE ENTRENAMIENTO. GRUPO ASIGNADO

PREGUNTAS GENERALES

- 1.- ¿Semanas de gestación actuales/fecha probable de parto? _____
- 2.- ¿Es el primer embarazo? SÍ NO
2a.- ¿Cuántos embarazo has tenido más? _____
2b.- ¿Qué edad tienen tus otros hijos? _____
2b.- ¿Qué tipo de parto tuviste? _____
- 3.- ¿Te ha indicado el ginecólogo reposo por algún motivo? SÍ NO
3a.- ¿Por cuál? _____
- 4.- ¿Has tenido o tienes alguna diástasis de rectos de anteriores embarazos? SÍ NO
- 5.- ¿Algún/a operación, dolor crónico, desajuste musculo-esquelético (escoliosis, lordosis...) o lesión de cualquier tipo que deba saber como entrenador@?
a) Hernia umbilical b) Prolapso pélvico ¿De qué? ¿De qué grado?
c) ¿Alguna otra lesión pélvica? d) Incontinencia Urinaria ¿Cómo es? De esfuerzo, de urgencia....
- 6.- En el pasado has tenido...
a) Aborto voluntario o involuntario en un embarazo anterior? SÍ NO
b) Si fue involuntario, ¿por qué motivo? _____
- 7.- ¿Cómo ha sido la fecundación? _____

PREGUNTAS SOBRE EL EMBARAZO ACTUAL

1.- ¿Has tenido en algún momento:

SÍ **NO**

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a) Demasiado cansancio? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Manchado o Sangrado vaginal? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Mareos o pérdidas de equilibrio? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Dolor abdominal? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Hinchazón repentino en manos pies o cara? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Dolores de cabeza persistentes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) Rojez, dolor, hinchazón en las pantorrillas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h) Si siente ya a su bebé, ¿Alguna ausencia de movimiento fetal? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i) ¿Cuánto peso lleva ganado durante el embarazo? _____ | | |
| j) Disfunción de la sínfisis del pubis?. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k) Dolor en zona sacro ilíaca? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| l) Dolor en zona lumbar? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| m) Diabetes gestacional? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| n) Enfermedad cardiovascular? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ñ) Enfermedad pulmonar? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.- ¿Cómo son sus hábitos de sueño?

- a) Horas de sueño:
- b) Calidad de las mismas:

3.- ¿Cómo son sus hábitos alimentarios?

HISTORIAL ACTIVO Y DEPORTIVO

1.- Nómbrame las actividades físicas/deportivas, la frecuencia semanal, intensidad y tiempo/volumen diario que ha realizado durante el mes anterior :

TIPO DE ACTIVIDAD	FRECUENCIA	INTENSIDAD (baja, media, alta)	TIEMPO VOLUMEN

2.- En tu día a día (trabajo/casa) :

SÍ **NO**

a) ¿Levantas pesos pesados?

b) ¿Caminas para ir al trabajo o desplazamientos cotidianos?

c) ¿Pasas muchas horas sentada?

d) ¿Eres fumadora?

3.- ¿Con anterioridad a este mes anterior, has realizado algún entrenamiento o práctica deportiva? ¿Cuál?

VALORACIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA - IFIS

Según Romero-Gallardo et al., (2019)

Piensa sobre tu nivel de condición física (comparado con tus amigos) y elige la opción más adecuada.

1. Mi condición física general es:

Muy mala (1) Mala (2) Aceptable (3) Buena (4) Muy buena (5)

2. Mi condición física cardio-respiratoria (capacidad para hacer ejercicio, por ejemplo, correr durante mucho tiempo) es:

Muy mala (1) Mala (2) Aceptable (3) Buena (4) Muy buena (5)

3. Mi fuerza muscular es:

Muy mala (1) Mala (2) Aceptable (3) Buena (4) Muy buena (5)

4. Mi flexibilidad es:

Muy mala (1) Mala (2) Aceptable (3) Buena (4) Muy buena (5)

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

Según CSEP (2018)

	SÍ	NO		SÍ	NO
• Ruptura de membranas:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Restricción de crecimiento uterina:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Riesgo de parto prematuro:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Embarazo múltiple (trillizos):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Sangrado persistente inexplicado:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Diabetes tipo I descontrolada:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Placenta Previa después de la semana 28:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Hipertensión descontrolada:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Preeclampsia:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Enfermedad tiroidea descontrolada:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Incompetencia del cuello uterino:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Enfermedad sistémica, cardiovascular o respiratoria severa:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

Según CSEP (2018)

	SÍ	NO
• Abortos permanentes previos recurrentes:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Hipertensión Gestacional:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Historial de partos prematuros:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Enfermedad cardiovascular o respiratoria:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Anemia sintomática:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Malnutrición:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Desórdenes alimentarios:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Embarazo gemelar después de la semana 28:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• ¿Alguna enfermedad importante que deba saber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• ¿Cuál?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*C. ABSOLUTAS: Ninguna actividad extenuante. Sí se recomiendan actividades de la vida diaria.
C. RELATIVAS: Se ha de discutir junto con el sanitario las contraindicaciones y el tipo e intensidad de actividad*

A RELLENAR POR LA EMBARAZADA

Yo, _____, he proporcionado toda la información veraz hasta mi conocimiento, cuando he sido evaluada e informada de todas las contraindicaciones absolutas y relativas respecto al entrenamiento. Entiendo que la práctica de entrenamiento bien pautada, en la intensidad óptima y en su dosis adecuada no conlleva ningún riesgo. Además a rasgos generales mi ginecólogo no me ha indicado que no deba practicar la misma.

Nota Informativa:

Este documento es resultado de una revisión bibliográfica libre y con carácter práctico cuya propiedad intelectual es de Lidia Romero. Su fin, es el uso de entrenadores personales (Lic. en CCAFYD), técnicos deportivos (TSAFAD) y otros profesionales sanitarios que trabajen con esta población. A pesar de ser un documento no publicado en una fuente científico, se trata de un documento riguroso, teniendo como base las siguientes fuentes. :

BIBLIOGRAFÍA:

- * Mottola MF, Davenport MH, Ruchat S-M, et al. (2018): 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy Br J Sports Med 2018;52:1339–1346.
- * CSEP (2015): Parmed-X for Pregnancy. Canadian Society for Exercise Physiology
- * ACOG (2015): Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. Comm Opin.(650):268-273.



CUALQUIER DUDA LA
ATENDEREMOS EN:



684.222.813



info@owacademy.com

SÍGUENOS EN:



Autora: Lidia Romero para OWA

www.owacademy.com