AMAMANTANDO/ NO AMAMANTANDO

Nombre/ Número de participante

Entrevista hecha por:

Fecha:

Apoyo de Amamantamiento

1/2a. ¿Cómo le está yendo en su experiencia de ser mamá?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Depresión postparto
- Dificultades
- Éxitos
- Capacidad de brindar cuidado

☐ 361 HW Depresión clínica

☐ 902 Cuidador primario con capacidad limitada de tomar decisiones de cómo alimentar

1b. ¿Cómo le está yendo amamantando?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Éxito
- Dificultades
- Producción de leche
- Dentición/ están saliendo los dientes/ mordiendo
- Bebé tiene preferencia por un pecho
- El bebé no está interesado
- Dolor/ cuidado de pezones
- Tirado de leche

☐ 602- Complicaciones de amamantamiento
☐ 602a pechos severamente llenos
☐ 602b Ductos obstruidos recurrentes
☐ 602c Mastitis
☐ 602d Pezones planos o invertidos
☐ 602c Pezones agrietados, sangrando o severamente adoloridos
☐ 602g Leche no bajo para el cuarto día postparto
☐ 602h Amamantamiento de dos bebés que no son gemelos

1c. ¿Cuánto tiempo planea amamantar a su bebé?

Escuche, pregunte, y evalúe por:

- Regreso a trabajo o escuela
- Extractor Eléctrico/ manual
- Almacenamiento de leche
- Continuación de amamantamiento
- Anticipamiento a actual separación del bebé

1d. ¿Actualmente, está trabajando o está en la escuela más de 10 horas a la semana? ☐ Si ☐ No

1e. ¿Qué tipo de apoyo tiene para el amamantamiento?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Pareja/ esposo
- Otros miembros de la familia

- Amigas/ compañeras
- Ambiente de trabajo/ escuela

1f. ¿Necesita ayuda o asistencia del programa de WIC?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Equipo de amamantamiento, uso actual, tipo, experiencia
- Especialista de lactancia
- Referencia adicional

1g. Aquí hay mamás que tienen experiencia amamantando y le pueden ayudar con la lactancia materna. Voy a pedir que la llamen.

Interesada en el programa de compañeras consejeras de lactancia. ☐ Si ☐ No

Salud/ Historial Medico

2b. ¿Qué inquietudes tiene usted o su médico acerca de su salud?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Condiciones médicas
- Planeación familiar

*2c. ¿Alguna condición médica, enfermedad o necesidades especiales? ☐ Si ☐ No

2d. ¿Actualmente está tomando algún medicamento? ☐ Si ☐ No

*2e. ¿Fue este su primer embarazo? ☐ Si ☐ No

____*Número de embarazos previos

____*Número de nacimientos vivos

____ Número de embarazos que pasaron las 20 semanas/ 5 meses

____Número de bebés en este embarazo

2f. ¿Tuvo alguna complicación o condición especial durante este embarazo?

Hx: es historial

- ☐ 303- Hx Diabetes gestacional
- ☐ 311 - Hx Parto prematuro
- ☐ 312 - Hx Infantes de nacimiento con bajo peso
- ☐ 321b - (BF) Gestación de fetos múltiples con una o más pérdidas fetales o neonatales pero uno o más bebés que aún viven
- ☐ 321c - (N) pérdida de bebé, aborto espontáneo, o pérdida neonatal
- ☐ 325- Gestación de fetos múltiples
- ☐ 339 - Hx defectos congénitos
- ☐ 304 - Hx preeclampsia

(Hipertensión durante el embarazo)

2g. ¿Tiene dificultad para comer o masticar ciertos alimentos?

Escuche, pregunte, y evalúe por:

- Cuidado vocal/ refiera
- Caries/ picaduras de los dientes
- Pérdida de dientes
- Discapacidad para comer
- Gingivitis

381 - Problemas Dentales

Prácticas de Nutrición

3a. ¿Cuénteme que le gusta comer y beber?

Escuche, pregunte, y evalúe por:

- Beber hasta saciar
- Apetito
- Horas de las comidas
- Patrones alimenticios
- Frecuencia
- Comidas, refrigerios, y bebidas
- Problemas alimenticios
- Preparación de comidas
- Que comidas que le gustan/ no le gustan
- Comidas con contenido de ácido fólico
- Pica

3b. ¿Qué le gustaría cambiar de sus hábitos alimenticios?

3c. ¿Hay algo en particular de lo que usted quisiera comer más o comer menos?

3d. ¿Actualmente toma algunas vitaminas, minerales, hierbas o suplementos dietéticos?

Prácticas Nutricionales:

- ☐ 427a - consumiendo suplementos que conlleven consecuencias dañinas
- ☐ 427b - consumiendo dieta baja en calorías

- ☐ 427c - ingestión compulsiva de objetos no alimenticios (pica)
- ☐ 427d - suplementación inadecuada de vitaminas y minerales
- ☐ 425e - ingestión de alimentos potencialmente dañinos (salubridad)
- ☐ 353 - alergias alimenticias: trigo, grano, soya, cacahuates (maní), huevos, leche, totalidad de algún grupo alimenticio
- ☐ 401 - insuficiencia de los niveles alimenticios en los Estados Unidos (>=24 meses de edad)

3e. ¿Tiene problemas con el almacenamiento y/o la preparación de las comidas?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Refrigeración
- Equipo para cocina
- Mesa familiar
- Agua potable

Estilo de vida

*4a. ¿En los 3 meses antes de su embarazo, cuántos cigarrillos fumaba en un día común?
_____ Cigarrillos/ día

*4b. ¿En los últimos 3 meses de su embarazo, cuántos cigarrillos fumaba en un día común?
_____ Cigarrillos/ día

*4c. ¿Actualmente cuántos cigarrillos fuma en un día común? _____ Cigarrillos/ día

*4d. ¿Hay alguien en su casa que fume dentro del hogar? ☐ Si ☐ No

*4e. ¿En los 3 meses antes de su embarazo, cuántas bebidas alcohólicas consumía en una semana común? _____ Bebidas/ semana

*4f. ¿En los últimos 3 meses de su embarazo, cuántas bebidas alcohólicas consumía en una semana común? _____Bebidas/ semana

4g. ¿Actualmente toma alcohol? ☐ Si ☐ No Sí así es ¿cuánto y que tan seguido?

_____ Bebidas/ semana 372/ AC Frecuente o actual consumo de $\geq$ 2 o más bebidas/ día o embriagues en los últimos 30 días

4g. ¿En los 3 meses previos a su embarazo consumió drogas callejeras? ¿Y actualmente? Si ☐
372/56 consumo de drogas ilegales

4h. ¿Cuáles son sus planes para re obtener su figura antes del embarazo?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Actividades físicas
- Caminar
- Jugar con los niños
- Parques

- Acceso a centro de recreación/ gimnasio
- Frecuencia de actividad
- Cambios en la alimentación

Ambiente Social

5a. ¿En qué más le puedo ayudar?

Escuche, pregunte y evalúe por:

- Abuso/ negligencia en los últimos 6 meses
- Capacidad limitada para tomar decisiones alimenticias apropiadas o preparación de comidas
- Planeación familiar