

Módulo 1: Alimentación de lactantes (0–6 meses)

Explique al participante: Voy a hacerle algunas preguntas sobre la nutrición de los bebés desde el nacimiento hasta los seis meses. Avíseme si necesita que aclare alguna de mis preguntas. No dude en hacer cualquier pregunta que pueda tener.

Prácticas

1 Pregunta P.1: Lactancia

¿Su bebé se amamantó ayer durante el día o la noche?

- ☐•Sí
- ☐•No
- ☐•No sabe / no contesta

1 Pregunta P.2: Alimentación de leche materna

A veces, los bebés son alimentados con leche materna de diferentes maneras, por ejemplo, con cuchara, taza o biberón, o son amamantados por otra mujer.

¿Su bebé consumió leche materna de alguna de estas formas ayer durante el día o la noche?

- ☐•Sí
- ☐•No
- ☐•No sabe / no contesta

1 Pregunta P.3: Alimentación de leche materna cuando la madre está ausente

Cuando no está en casa o no puede alimentar al bebé usted mismo, ¿quién lo hace?

- ☐•Padre

- ☐•Abuela
- ☐•Otros niños
- ☐•Otro _____
- ☐•No sabe / no contesta

Si no está allí para alimentar al bebé, ¿qué tipo de alimento se alimenta al bebé?

- ☐•Leche materna con cuchara, taza o botella
- ☐•Fórmula infantil con cuchara, taza o biberón
- ☐•Otros líquidos

1 Pregunta P.4: Introducción de líquidos

A continuación, me gustaría preguntarle acerca de algunos líquidos que su bebé puede haber tomado ayer durante el día o la noche.

¿Tuvo su bebé alguno de los siguientes líquidos? (*Lea la lista de líquidos, comenzando con "agua corriente"*)

A. Agua corriente

- ☐•Sí
- ☐•No
- ☐•No se

B. Fórmula infantil

- ☐•Sí
- ☐•No
- ☐•No se

C. Leche, como leche de animales en lata, en polvo o fresca

- ☐•Sí
- ☐•No
- ☐•No se

D. Jugos

- ☐•Sí
- ☐•No
- ☐•No se

E. Caldo claro

- ☐•Sí
- ☐•No
- ☐•No se

F. Yogurt

- ☐•Sí
- ☐•No
- ☐•No se

G. Cualquier otro líquido como chicha, agua de guayusa o té

- ☐•Sí
- ☐•No
- ☐•No se

Análisis Preliminar

A partir de las preguntas P1, P2, P3 y P4, determine si el niño es amamantado exclusivamente (es decir, alimentado exclusivamente con leche materna)

- ☐ Exclusivamente amamantado
- ☐ No amamantado exclusivamente

Conocimiento

2 **Pregunta K.1: Leche materna al nacer**

¿Cuál es el primer alimento que debe recibir un bebé recién nacido?

☐•Solo leche
materna

☐•Otro

☐•No se

Análisis Preliminar

- ☐ Sabe
- ☐ No sabe

1 **Pregunta K.2: Significado de la lactancia materna exclusiva**

¿Ha oído hablar de la lactancia materna exclusiva?

☐•sí

☐•No →•continúe preguntando
K.3

¿Qué significa la lactancia materna exclusiva?

☐•La lactancia materna exclusiva significa que el bebé solo recibe leche materna y no otros líquidos o alimentos.

☐•Otro

☐•No se

Análisis Preliminar

- ☐ Sabe
- ☐ No sabe

1 **Pregunta K.3: Duración recomendada de la lactancia materna exclusiva**

¿Cuánto tiempo debe recibir un bebé nada más que la leche materna?

¿Hasta qué edad se recomienda que una madre solo alimente con leche materna?

- ☐ Desde el nacimiento hasta los seis meses
- ☐ Otro
- ☐ No se

Análisis Preliminar
☐ Sabe
☐ No sabe

2 **Pregunta K.4: La leche materna es suficiente para bebés desde el nacimiento hasta los seis meses de edad.**

¿Por qué crees que la leche materna es el único alimento recomendado para bebés de hasta seis meses?

¿Por qué la leche materna sola es suficiente para alimentar a los bebés durante los primeros seis meses?

- ☐ Debido a que la leche materna proporciona todos los nutrientes y líquidos que un bebé necesita en sus primeros seis meses
- ☐ Porque los bebés no pueden digerir otros alimentos antes de los seis meses de edad
- ☐ Otro
- ☐ No se

Análisis Preliminar
☐ Sabe
☐ No sabe

1 **Pregunta K.5: Frecuencia de alimentación**

¿Con qué frecuencia debe amamantar o alimentar a un bebé menor de seis meses con leche materna?

- ☐ A pedido, cuando el bebé quiera
- ☐ Otro
- ☐ No se

Análisis Preliminar
☐ Sabe
☐ No sabe

2 **Pregunta K.6: Beneficios de la lactancia materna exclusiva para bebés**

¿Cuáles son los beneficios para un bebé si solo recibe leche materna durante los primeros seis meses de vida?

- ☐ Él / ella crece sanamente
- ☐ Protección contra la diarrea y otras infecciones.
- ☐ Protección contra la obesidad y las enfermedades crónicas en la edad adulta.
- ☐ Protección contra otras enfermedades. Especificar

- ☐ Otro
- ☐ No se

Análisis Preliminar
☐ Sabe
☐ No sabe
Número de respuestas correctas
—

3 Pregunta K.7: Beneficios de la lactancia materna exclusiva para madres

¿Cuáles son los beneficios físicos o de salud para una madre si amamanta exclusivamente a su bebé?

☐ Retrasa la fertilidad

☐ Ayuda a perder el peso que ganó durante el embarazo

☐ Reduce el riesgo de cáncer (de mama y de ovario)

☐ Reduce el riesgo de perder sangre después del parto (menor riesgo de hemorragia posparto)

☐ Mejora la relación entre la madre y el bebé.

☐ Otro

☐ No se

Análisis Preliminar

☐ Sabe

☐ No sabe

Número de respuestas correctas

—

2 Pregunta K.8: Mantenimiento del suministro de leche materna

Muchas veces, las madres se quejan de no tener suficiente leche materna para alimentar a sus bebés.

Por favor, dígame las diferentes formas en que una madre puede mantener su suministro de leche.

☐ Lactancia materna exclusiva bajo demanda

☐ Exprimir manualmente la leche materna

☐ Tener una buena nutrición / comer bien / tener una dieta saludable o diversificada

☐ Beber suficientes líquidos durante el día

☐ Otro

☐ No se

Análisis Preliminar

☐ Sabe

☐ No sabe

Número de respuestas correctas

—

2 Pregunta K.9: Superar las barreras a la lactancia materna

Muchas madres necesitan trabajar y están separadas de su bebé. En esta situación, ¿cómo podría una madre continuar alimentando a su bebé exclusivamente con leche materna?

Por:

☐ Extraer leche materna a mano, guardarla y pedirle a alguien que le dé leche materna al bebé

☐ Otro

☐ No se

Análisis Preliminar

☐ Sabe

☐ No sabe

3 Pregunta K.10: Buscar atención médica si surgen dificultades para amamantar

Si una madre tiene dificultades para alimentar a la leche materna, ¿qué debe hacer para superarla?

¿Quién puede ayudar a la madre a resolver el problema?

☐ Busque ayuda profesional de los servicios de salud: médicos, enfermeras, parteras u otros profesionales de la salud.

☐ Otro

☐ No se

Análisis Preliminar

- ☐ Sabe
☐ No sabe

Actitudes

Actitudes hacia una práctica ideal o deseada relacionada con la nutrición.

1 Lactancia materna exclusiva durante seis meses.

Beneficios percibidos

¿Qué tan bueno crees que es amamantar a tu bebé exclusivamente durante seis meses?

☐ 1. No es bueno

☐ 2. No estás seguro

☐ 3. Bien

Si no es bueno:

¿Me puede decir las razones por las que no es bueno?

Barreras percibidas

¿Qué tan difícil es para usted amamantar a su bebé exclusivamente durante seis meses?

☐ 1. No es difícil

☐ 2. Más o menos

☐ 3. Difícil

Si es difícil:

¿Puedes decirme las razones por las que es difícil?

1 Lactancia materna bajo demanda

Barreras percibidas

¿Qué tan difícil es para usted amamantar a su hijo a pedido?

☐ 1. No es difícil

☐ 2. Más o menos

☐ 3. Difícil

Si es difícil:

¿Puedes decirme las razones por las que es difícil?

Auto confianza

Amamantamiento

¿Qué tan segura se siente al amamantar a su hijo?

☐ 1. No estoy
seguro

☐ 2. Más o
menos

☐ 3. Segura

Si no está seguro:

¿Puedes decirme las razones por las que no te sientes seguro?

[1] Preguntas adaptadas con permiso del módulo de alimentación de lactantes y niños pequeños de la OMS tomado de:
QUIEN. 2010. *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños - Parte 2: Medición* . Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

(En caso de que la madre acceda a hacerse una nota de voz, estas preguntas pueden ser grabadas y en tipo de conversación)

¿Quién le dijo a usted que tenía que dar el seno a su bebé? y qué le han dicho?

¿Cuándo usted está enojada le da el seno a su bebé? ¿Sí o No y por qué? ¿Y qué ha escuchado al respecto?

¿Para usted es cómodo o incomodo dar de lactar en público y por qué?

¿Alguna vez se le han congestionado los senos, es decir que se le han puesto duros, están muy llenos y le han dolido? qué ha hecho en estos casos para resolver esta molestia?

FICHA DE OBSERVACIÓN DE LAS MAMADAS

Nombre de la madre: _____ Fecha: _____

Nombre del bebé: _____ Edad del bebé: _____

Signos de que la lactancia funciona bien

Signos de posible dificultad

POSICIÓN DEL CUERPO

- | | |
|--|---|
| ☐ Madre relajada y cómoda | ☐ Hombros tensos, se inclina sobre el bebé |
| ☐ Cuerpo del bebé cerca, de frente al pecho | ☐ Cuerpo del bebé separado de la madre |
| ☐ Cabeza y cuerpo del bebé alineados | ☐ Cuello del bebé torcido |
| ☐ (Nalgas del bebé apoyadas) | ☐ (Sólo apoyados la cabeza o los hombros) |

RESPUESTAS

- | | |
|---|---|
| ☐ (El bebé busca el pecho) | ☐ (No se observa búsqueda) |
| ☐ El bebé explora el pecho con la lengua | ☐ El bebé no se muestra interesado en el pecho |
| ☐ Bebé tranquilo y alerta mientras mama | ☐ Bebé inquieto o llorando |
| ☐ El bebé permanece agarrado al pecho | ☐ El bebé se suelta del pecho |
| ☐ Signos de eyección de leche (chorros, entuertos) | ☐ No hay signos de eyección de leche |

VÍNCULO AFECTIVO

- | | |
|---|--|
| ☐ Lo sostiene segura y confiadamente | ☐ Lo sostiene nerviosamente y con torpeza |
| ☐ La madre mira al bebé cara a cara | ☐ La madre no mira al bebé a los ojos |
| ☐ Mucho contacto de la madre | ☐ Lo toca poco, no hay casi contacto físico |
| ☐ La madre acaricia al bebé | ☐ La madre lo sacude |

ANATOMÍA

- | | |
|---|---|
| ☐ Pechos blandos después de la mamada | ☐ Pechos ingurgitados (pletóricos) |
| ☐ Pezones protráctiles | ☐ Pezones planos o invertidos |
| ☐ Piel de apariencia sana | ☐ Piel roja o con fisuras |
| ☐ Pechos redondeados mientras el bebé mama | ☐ Pechos estirados o halados |

SUCCIÓN

- | | |
|---|--|
| ☐ Más areola sobre la boca del bebé | ☐ Más areola por debajo de la boca del bebé |
| ☐ Boca bien abierta | ☐ Boca no está bien abierta |
| ☐ Labio inferior evertido | ☐ Labio inferior invertido |
| ☐ Mentón del bebé toca el pecho | ☐ Mentón del bebé no toca el pecho |
| ☐ Mejillas redondeadas | ☐ Mejillas tensas o chupadas hacia adentro |
| ☐ Mamadas lentas y profundas, a veces con pausas | ☐ Sólo mamadas rápidas |
| ☐ Se puede ver u oír al bebé deglutiendo | ☐ Se oye al bebé chasqueando |

TIEMPO

- | | |
|--|--|
| ☐ El bebé suelta el pecho espontáneamente | ☐ La madre retira al bebé del pecho |
|--|--|

El bebé mamó durante _____ minutos

NOTAS:

© Adaptado, con autorización, de la ficha del mismo nombre de la "Guía de Capacitación en manejo de lactancia" de H.

C. Armstrong, Nueva York, IBFAN y UNICEF, 1992

Encuesta nutricional y de **estilo de vida** **de la madre**

Página 1/4

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombres y apellidos madre: CÓDIGO MADRE

Fecha de nacimiento:

Fecha en que se realizó la encuesta/visita:

Teléfono:

Ubicación domiciliaria:

☐ Zona 1. Urbana (centro)

☐ Zona 2. Peri rural

☐ Zona 3. Rural

1. ¿Cuál es su estado civil?

☐ Casada

☐ Union libre

☐ Separada

☐ Divorciada

☐ Viuda

☐ Soltera

2. ¿Cuál es el nivel de instrucción alcanzado hasta el momento?

☐ Ninguno

☐ Centro de alfabetización

☐ Jardín de infantes

☐ Educación básica

☐ Educación media/ bachillerato

☐ Técnico/a

☐ Universitario

3. ¿Cuántos miembros residen en su hogar, incluyéndose usted?

4. ¿Número de cuartos (sólo para dormir) tiene en su hogar?

5. ¿Recibe su familia algún tipo de ayuda, por parte de una organización privada o pública? Por ejemplo:

	SI	NO	¿Quién proporciona?
Alimentos	☐	☐	
Medicamentos	☐	☐	
Dinero	☐	☐	
Suplementos/ multivitamínicos	☐	☐	
Otros ¿cuáles?	☐	☐	

6. ¿Ud tiene un trabajo remunerado? (Si la respuesta es si, pasar a la siguiente pregunta)

☐ SI

☐ NO

☐ por ahora no (permiso maternal)

7. ¿En qué trabaja?

☐ Obrera o empleada

☐ Oficina

☐ Empleada doméstica

☐ Trabajos de agricultura

☐ Costura

☐ Artesanías

☐ Otros

II. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Síntomas Gastrointestinales	Previo embarazo	Durante el embarazo	Post-embarazo	Observación	No refiere
Falta apetito					
Náuseas					
Vómitos					

Encuesta nutricional y de **estilo de vida** **de la madre**

Página 2/4

Síntomas Gastrointestinales	Previo embarazo	Durante el embarazo	Post-embarazo	Observación	No refiere
Reflujo					
Estreñimiento					
Diarrea					
Ardor estomacal					
Dolor estomacal					
Otros					

Enfermedades

Enfermedad	SI	NO	Tratamiento
Diabetes			
Desnutrición			
Anemia			
Hígado graso			
Obesidad			
Hipertensión arterial			
Cáncer			
Gastritis			
Otros			

Exploración Física

Zona	Signos	Presencia/Ausencia
Cabello	Alopecia	
	Resequedad	
Cara	Fascie icterica	
	Fascie cianótica (coloración azulada de la piel o mucosa. Por falta de oxígeno)	
	Conjuntivitis	
	Xerolftamia (síndrome del ojo seco)	
Ojos	Hemorragia	
	Ictericia	
	Xantelasma (pequeña acumulación de grasa bajo la piel del párpado inferior o superior, cerca del lagrimal)	
Boca	Queilosis o quelitis angular (lesión inflamatoria en la comisura labial)	
	Queilitis (labios secos y agrietados)	
	Glositis (afección en la cual la lengua se hincha e inflama)	
	Estomatitis (Afección que provoca hinchazón y llagas que causan dolor dentro de la boca)	
	Resequedad	
	Encías sangrantes	
	Caries	
	Coiloniquia (uñas blandas que tienen una forma curva- chuchara)	
Uñas	Leuconiquia (uñas con manchas blancas)	
	Opacas	
	Pálidas	
	Quebradizas	

Zona	Signos	Presencia/Ausencia
Piel	Mala cicatrización de heridas	
	Descamación	
	Edema	
	Petequias (manchas redondas pequeñas rojas, marrón o púrpura)	
	Eritema palmar (coloración rojiza de las palmas)	
	Resequedad	
	Acantosis Nigricans	
	Pústula (espinillas)	

III. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

- Número de embarazos:
- ¿Número de niños nacidos vivos?
- ¿El tipo de parto del último hijo/a fue? ☐ Natural ☐ Cesárea
- ¿Actualmente esta utilizando algún método anticonceptivo? ☐ SI ☐ NO
- ¿Qué método anticonceptivo utiliza?
☐ Ritmo o calendario ☐ Píldoras ☐ Diu (T de cobre)
☐ Ligadura ☐ Inyección ☐ Parches ☐ Otro, cuál:
- ¿Recibió anestesia epidural durante el parto?
☐ SI ☐ NO
- ¿Ud tuvo o tiene ud alguno de estos hábitos?

Hábitos de Consumo	Previo embarazo	Durante el embarazo	Post-embarazo	Observación	No refiere
Alcohol					
Cigarrillos					
Drogas					
Otros					

IV. ACTIVIDAD FÍSICA

- Durante los últimos 7 días ¿Realizo alguna actividad física intensa?

METS	Actividad intensa	Días por semana	Horas	No sabe
7,4	Subir lomas, cerros (con carga 5kg)			
7	deportes (fútbol, voleibol, nadar en el río)			
8	trabajo intenso como agricultura, limpieza del corral, esfuerzo riguroso, desyerbar plantas o campo.			
8	desplazamiento de cargas pesadas (> 20 kg) (replantear si llevas sacos)			

- Durante los últimos 7 días ¿Realizo alguna actividad física moderada?

METS	Actividad moderada	Días por semana	Horas	No sabe
2,5	tareas domésticas (quitar el polvo, andar o pasear, hacer la cama)			
4	participación en juegos y deportes con niños; paseos con animales			
5	Desplazamiento de cargas (≤ 20 kg)			

3. Durante los últimos 7 días ¿Realizó alguna actividad física Leve?

METS	Actividad leve	Días por semana	Horas	No sabe
2,5	Alimentar animales domésticos			
2,3	Planchado de ropa, tejido, costura, envoltura de regalos, esfuerzo ligero, sentado.			
2,4	Amamantar al bebé, sentada o reclinada, Cuidado de niños, bebés, general. (vistiéndolos, bañándolos, arreglándolos, alimentándolos, ocasionalmente cargándolos)			
1,21	Recostado, conversando o hablando por teléfono, dormir, descansar en silencio y ver la televisión.			

4. Otras actividades

¿Cuántas horas duerme al día la madre?

☐

< menos de 8 horas

☐

> más de 8 horas

IV. ACTIVIDAD FÍSICA

¿Normalmente dónde obtiene sus alimentos?

☐

En la huerta o a lado de la casa

☐

En la chacra

☐

Compra

☐

Otros recursos (pesca, cacería)

¿Dónde compra de los alimentos?

Lugares

Frecuencia semanal

☐

< 2

☐

>3

Gasto por visita

☐

<\$5

☐

>\$5

¿Acostumbra a realizar intercambios, regalos u ofrendas de alimentos?

☐

SI

☐

NO

VI. EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA DE LA MADRE

Variables	Resultados
Talla (m)	
Peso (kg)	
Imc	
% Grasa	
% Músculo	
Requerimiento calórico	
Grasa visceral	
Circunferencia de cintura	
Circunferencia de cadera	
Índice cintura/cadera	

VII. TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL A LA MADRE

Presión arterial	Resultados	Rangos de referencia
Presión sistólica		80-120 mmHg
Presión diastólica		60-80 mmHg
Frecuencia cardíaca		60-100 ppm

Encuesta nutricional inicial para el **infante**

Página 1/2

I. DATOS GENERALES

Nombre de la madre:

CÓDIGO MADRE

Nombres del infante:

CÓDIGO INFANTE

Fecha de nacimiento infante:

sexo: **m** **f**

Peso al nacer: (gr)

Talla al nacer: (cm)

Semana en la que nació su bebé

☐ < 28 semanas

☐ 37-41 semanas

☐ > 42 o más semanas

II. PRÁCTICAS DE LACTANCIA

1. Cuando nació su bebé, ¿cuánto tiempo se tardó en darle el seno?

☐ < menos de 1 hora

☐ > más de 1 hora

2. ¿Recibe su bebé lactancia materna?

* (Si la respuesta es SÍ, completar la pregunta 3. Si la respuesta es NO, completar la pregunta 4)

☐ SÍ

☐ NO

3. ¿Cuántas veces al día le da el seno?

☐ 1 vez

☐ 2-3 veces

☐ 4-5 veces

☐ 6 o más veces

☐ Libre demanda

3.1 ¿Cada cuántas horas le da el seno?

3.2 ¿Cuánto dura cada toma?

4. Si la respuesta es NO. ¿Qué le da a su bebé?

☐ Leche de fórmula

☐ Líquidos (agua, jugos)

☐ Otros

5. ¿Usted al salir de casa, deja a su bebé? *(Si la respuesta es SÍ, completar la pregunta 6)

☐ SÍ

☐ NO

6. ¿Qué tipo de alimentación le proporcionan cuando Usted está fuera de casa?

☐ Leche materna

☐ Leche de fórmula

☐ Otros alimentos

7. ¿Conoce si su bebé tiene alergia a algún medicamento?

☐ SÍ ¿Cuál?

☐ NO

Encuesta nutricional inicial para el **infante**

Página 2/2

III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DEL INFANTE

Síntomas Gastrointestinales (últimas 2 semanas)	SI	NO	Duración (Días o semanas)	Observación
Falta apetito				
Náuseas				
Vómitos				
Estreñimiento				
Diarrea				
Dolor estomacal				

IV. DEPOSICIONES

8. ¿Cantidad de pañales que utiliza al día?

9. ¿Qué medidas toma cuando el bebe presenta estreñimiento?

Supositorio

Remedios caseros

Acude al médico

En caso de darle remedios caseros ¿cuáles usa?

10. ¿Cómo son las deposiciones del bebé?

Olor	Color	Consistencia	Número veces
Ácido	Verde/Negro	Blanda	
Maloliente	Amarillo/Verde	Líquida	
	Café- amarillento	Dura	
	Verde oscuro		
	Café oscuro		
	Blanco		
	Rojo		
	Negro		

V. OXIMETRIA DE PULSO

	Resultados	Valores de referencia
Frecuencia cardiaca		80-160 ppm
Saturación de oxígeno		95-99 %

VI. EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA DEL INFANTE

Variables	Resultados
Talla (cm)	
Peso (kg)	
P. Cefálico (cm)	
Perímetro braquial (cm)	

Observaciones generales que indique la madre sobre el infante: _____

Evaluación Nutricional de Seguimiento Madre

Página 1/1

Nombres y apellidos madre: CÓDIGO MADRE

.....

Zona donde vive:

Fecha en que se realizó la evaluación:

I. EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

Variables	Resultados
Talla (m)	
Peso (kg)	
Imc	
% Grasa	
% Músculo	
Requerimiento calórico	
Grasa visceral	
Circunferencia de cintura	
Circunferencia de cadera	

II. TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL

Presión arterial	Resultados	Rangos de referencia
Presión sistólica		80-120 mmhg
Presión diastólica		60-80 mmhg
Frecuencia cardíaca		60-100 ppm

Observaciones:

Evaluación nutricional de seguimiento para el **infante**

Página 1/1

1	Nombre Madre.....	CÓDIGO MADRE
2	Nombre del infante.....	CÓDIGO INFANTE
3	Fecha de nacimiento infante.....	sexo: m f
4	Fecha en que se realizó la evaluación.....	

I. EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA DEL INFANTE

Variables	Resultados
Talla (cm)	
Peso (kg)	
P. Cefálico (cm)	
Perímetro braquial (cm)	

II. OXIMETRIA DE PULSO

	Resultados	Valores de referencia
Frecuencia cardiaca		80-160 ppm
Saturación de oxígeno		95-99 %

Observaciones generales que indique la madre sobre el infante: _____

Evaluación nutricional de seguimiento para el **infante**

Página 2/1

Síntomas Gastrointestinales	Previo embarazo	Durante el embarazo	Post-embarazo	Observación	No refiere
Reflujo					
Estreñimiento					
Diarrea					
Ardor estomacal					
Dolor estomacal					
Otros					

Enfermedades

Enfermedad	SI	NO	Tratamiento
Diabetes			
Desnutrición			
Anemia			
Hígado graso			
Obesidad			
Hipertensión arterial			
Cáncer			
Gastritis			
Otros			

Exploración Física

Zona	Signos	Presencia/Ausencia
Cabello	Alopecia	
	Resequedad	
Cara	Fascie icterica	
	Fascie cianótica (coloración azulada de la piel o mucosa. Por falta de oxígeno)	
	Conjuntivitis	
Ojos	Xerolftamia (síndrome del ojo seco)	
	Hemorragia	
	Ictericia	
Boca	Xantelasma (pequeña acumulación de grasa bajo la piel del párpado inferior o superior, cerca del lagrimal)	
	Queilosis o quelitis angular (lesión inflamatoria en la comisura labial)	
	Queilitis (labios secos y agrietados)	
	Glositis (afección en la cual la lengua se hincha e inflama)	
	Estomatitis (Afección que provoca hinchazón y llagas que causan dolor dentro de la boca)	
	Resequedad	
	Encías sangrantes	
Uñas	Caries	
	Coiloniquia (uñas blandas que tienen una forma curva- chuchara)	
	Leuconiquia (uñas con manchas blancas)	
	Opacas	
	Pálidas	
	Quebradizas	