

CUESTIONARIO PARA GESTANTES

NUTRICIÓN

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos Personales (LOPD), le informamos que los datos personales obtenidos para este estudio son confidenciales y serán tratados de conformidad con lo establecido en la legislación vigente. Sólo tendrán acceso a los mismos los investigadores del estudio y para los fines que se le han indicado anteriormente. En cualquier momento usted podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y, en su caso, cancelación, comunicándolo por escrito con indicación de sus datos a IDiPAZ- Dr. José Luis Bartha, en el domicilio Paseo Castellana 261, 28046 de Madrid.

CUESTIONARIO DE NUTRICION PARA GESTANTES

Mediante el siguiente cuestionario se va a valorar como la dieta y hábitos de vida de la gestante pueden influir posteriormente en el desarrollo de patologías como puede ser la Diabetes gestacional.

I. DATOS IDENTIFICATIVOS:

| |
|---------------------------------|
| Nombre y apellidos: |
| Domicilio: |
| Provincia: |
| Teléfono: |
| País de origen: |
| Tiempo de residencia en España: |
| Área de Salud: |

II. DATOS DEMOGRÁFICOS (Rodee la opción correcta)

Estado civil: Soltera, Casada, Divorciada, Viuda

Trabajo: SI, NO.

Especifique cual y que puesto desempeña.....

Nivel de estudios:

III. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

1. Número de semanas de gestación.....
2. Número de hijos totales contando con éste.....
3. Planifico su embarazo
 - a) Si
 - b) No
4. ¿Cuánto mide usted?.....
5. ¿Cuál es su peso actual?.....
6. ¿Cuál era su peso previo a la gestación?.....
7. De acuerdo con su peso previo, puede decir que era:
 - a) Delgada
 - b) Peso adecuado
 - c) Sobrepeso
 - d) Obesa
8. ¿Cuántos kilos cree que debería ganar en total a lo largo de todo el embarazo?.....Kg
9. ¿Tiene conocimiento de cómo puede afectar a su salud y a la de su bebe una ganancia de peso excesiva?
 - a) Si
 - b) No

IV. HISTORIA CLÍNICA

10. ¿Padece alguna enfermedad crónica?
 - a) Si
 - b) NoIndique cual:
11. ¿Tiene alergias? (Fármacos, alimentos, intolerancias alimentarias)
Indique cuales.....
12. ¿Tiene familiares directos con diabetes o hipertensión?
 - a) Si
 - b) NoIndique quien:
13. ¿Ha tenido problemas de glucosa o presión arterial previos al embarazo?
 - a) Si
 - b) No

14. ¿En embarazos previos tuvo diabetes gestacional o problemas de intolerancia a la glucosa?
- a) Si
 - b) No

En caso de haber padecido Diabetes Gestacional en embarazos previos:

15. ¿Pudo controlar sus glucemias mediante dieta y ejercicio físico?
- a) Si
 - b) No
16. ¿Precisó tratamiento con insulina?
- a) Si
 - b) No
17. En caso de tener conocimiento de ello, indique que tipo de insulina tuvo durante el tratamiento:
- a) Insulina de acción intermedia NPH
 - b) Insulina de acción Lenta
 - c) Insulina de acción Rápida
 - d) Tratamiento combinado de Insulina de acción Lenta y Rápida
 - e) Insulina tipo (Mezcla)
18. En caso de tener conocimiento de ello. Indique que nivel de hemoglobina glicosilada (HbA1c) tuvo durante la gestación o en su último control:
.....
19. ¿Controlaba sus niveles de glucosa mediante la realización de glucemias pre y postprandiales?
- a) Si
 - b) No

20. ¿Cuánto peso su anterior hijo al nacer?.....
21. ¿Su anterior parto fue natural o cesarea?.....

V. HABITOS ALIMENTICIOS

22. ¿Siente más apetito ahora al estar embarazada?
- a) Si
 - b) No

23. ¿Hay algunos alimentos que le gusten más ahora al estar embarazada?

a) Si

b) No

Especifique cuales.....

24. ¿Hay algunos alimentos que no le gusten ahora al estar embarazada o que haya disminuido su consumo?

a) Si

b) No

Especifique cuales.....

25. ¿Hay algunos alimentos que le sienten mal ahora al estar embarazada?

a) Si

b) No

Especifique cuales.....

26. ¿Está teniendo antojos?

a) Si

b) No

Especifique los alimentos antojados.....

27. ¿Sigue algún tipo de régimen?

a) No, ninguno

b) Si, control de peso

c) Si, hipertensión

d) Si, diabetes

e) Si, colesterol

f) Otro, especificar.....

28. ¿Quién le ha indicado la necesidad de realizar régimen?

a) Iniciativa propia

b) Médico

c) Matrona/ Enfermera

d) Otro, especificar.....

29. ¿Cuántas veces come al día de forma habitual?.....

30. ¿Cuál de estas comidas realiza habitualmente?

- a) Desayuno
- b) Media mañana
- c) Comida
- d) Merienda
- e) Cena
- f) Media noche
- g) Otros

31. En la siguiente tabla indique la frecuencia con la que suele consumir los siguientes alimentos, en **veces por semana** y la ración aproximada de ellos.

| ALIMENTOS | FRECUENCIA DE CONSUMO | CANTIDAD O RACIONES |
|---|-----------------------|---------------------|
| Pan blanco 1 Ración=20 gr Pan integral | | |
| Pasta, arroz, otros cereales | | |
| Legumbres | | |
| Verdura u hortalizas 1 ración= 200gr (1 plato) | | |
| Fruta | | |
| Leche (especificar si es 0% MG) | | |
| Yogures o lácteos fermentados | | |
| Quesos (especificar si es 0% MG) | | |
| Carnes rojas y vísceras: ternera, hamburguesas, salchichas, jamón, embutidos. (1 ración/pieza= 100gr) | | |
| Carnes blancas: pollo, pavo, conejo... | | |

| | | |
|---|--|--|
| Pescados o mariscos (1 pieza= 100gr de pescado) | | |
| Huevos | | |
| Aceite (especificar si oliva, girasol, coco...) | | |
| Mantequilla, margarina, nata | | |
| Frutos secos | | |
| Dulces: galletas, flanes, pasteles | | |
| Agua | | |
| Bebidas con azúcar (zumos, refrescos...) | | |
| Añade azúcar a las bebidas (café, té) | | |
| Bebidas alcohólicas | | |

VI. ESTILO DE VIDA

32. ¿Fumaba antes de la gestación?

- a) Si
- b) No

33. En caso afirmativo, ¿Ha dejado de fumar con motivo del embarazo?

- a) Si
- b) No

34. Número de cigarrillos al día.....

35. ¿Consume bebidas con alcohol?

- a) Si
- b) No

Indique tipo de bebida, frecuencia y cantidad de consumo.....

36. Consume bebidas con cafeína (café, té, refrescos de cola...)

- a) Si
- b) No

Indique tipo de bebida, frecuencia y cantidad de consumo.....

37. ¿Consume alimentos ultra procesados, dulces, alimentos con grasas saturadas, azucares añadidos?

- a) Si
- b) No

Indique tipo de alimento y frecuencia de consumo.....

38. ¿Realizaba actividad física aeróbica o anaeróbica antes de la gestación?

- a) Si
- b) No, llevaba una vida sedentaria

Indique tipo de ejercicio y tiempo de realización diaria/semanal.....

39. ¿En la actualidad durante la gestación está realizando algún tipo de ejercicio físico?

- a) Si
- b) No

Indique tipo de ejercicio y tiempo de realización diaria/semanal.....

VII. CONSUMO DE SUPLEMENTOS

40. ¿Ha comenzado a tomar algún tipo de suplemento para el embarazo?

- a) Si
- b) No

En caso afirmativo indique el tipo de suplemento, la razón y quien se lo indicó.

| TIPO DE SUPLEMENTO | RAZÓN Preventivo, deficiencia, otras | INDICADO POR (Medico, iniciativa propia, otros) |
|---------------------------------|---|--|
| Hierro | | |
| Calcio | | |
| Vitaminas (A,D,E,B2,B6,B9,C...) | | |
| Otros (especificar) | | |

41. ¿Ha tomado algún tipo de suplemento en los meses previos a la gestación?

- a) Si
- b) No

En caso afirmativo indique el tipo de suplemento, la razón y quien se lo indicó.

| TIPO DE SUPLEMENTO | CUANDO LO TOMO (Meses antes del embarazo) | RAZÓN (Preventivo, deficiencia, otras) | INDICADO POR (Medico, iniciativa propia, otros) |
|------------------------------------|--|---|--|
| Hierro | | | |
| Calcio | | | |
| Vitaminas (A,D,E,B2,B6,B9,C...) | | | |
| Otros (especificar) | | | |

VIII. CONOCIMIENTOS

42. ¿Qué ganancia de peso es la aconsejada en total en el embarazo?

- a) De 12 a 20 kg
- b) De 9 a 12,5 kg
- c) De 6 a 9 kg

43. Indique cuales de los siguientes alimentos es conveniente consumir con moderación para prevenir el exceso de grasa/colesterol en la sangre. (Tache la opción que considere correcta)

- | | |
|--|--|
| Aceite de oliva <input type="checkbox"/> | Quesos curados <input type="checkbox"/> |
| Huevos <input type="checkbox"/> | Cremas y salsas <input type="checkbox"/> |
| Pan <input type="checkbox"/> | Salmón <input type="checkbox"/> |
| Chorizo <input type="checkbox"/> | Bollería <input type="checkbox"/> |
| Margarina <input type="checkbox"/> | Frutos secos <input type="checkbox"/> |
| Aguacate <input type="checkbox"/> | Cacao puro al 80% <input type="checkbox"/> |

44. Indique que alimentos es conveniente consumir con moderación por su alto contenido en azúcares.

- | | |
|--|------------------------------------|
| Zumos de frutas comerciales <input type="checkbox"/> | Legumbres <input type="checkbox"/> |
| Miel <input type="checkbox"/> | Frutas <input type="checkbox"/> |
| Pasta <input type="checkbox"/> | Pan <input type="checkbox"/> |

51. ¿Cree que durante la gestación debe comer por dos?
- a) Si
 - b) No, pero si es cierto que las necesidades nutricionales aumentan.
52. ¿La dieta y estilo de vida de la gestante pueden influir en el desarrollo de enfermedades tanto maternas como fetales?
- a) Si
 - b) No
53. ¿Cree que la alimentación durante el embarazo puede repercutir en la salud futura de su hijo?
- a) Si
 - b) No
54. ¿Cree que su alimentación y estilo de vida son correctos?
- a) No
 - b) Poco
 - c) Bastante, pero podría mejorar
 - d) Mucho
55. Responda verdadero (V), falso (F) a las siguientes afirmaciones.
- a. El aceite de oliva virgen extra es una grasa saludable.....
 - b. La margarina tiene menos inconvenientes para la salud que la mantequilla.....
 - c. La carencia de ácido fólico en las primeras semanas de gestación puede producir malformaciones del tubo neural fetal.....
 - d. El hierro de los alimentos se absorbe mejor combinándolo con alimentos ricos en vitamina C.....
 - e. La luz solar es precursora de la vitamina D, necesaria para la fijación del Calcio en nuestro organismo.....
 - f. El sedentarismo y sobrepeso son factores de riesgo para el desarrollo de Diabetes gestacional.....
56. ¿Le gustaría recibir más información nutricional durante la gestación que le ayudara así a prevenir patologías gestacionales?
- a) Si
 - b) No, la que tengo es suficiente