



“Carácter estrictamente confidencial y reservado
Ley 17622, art. 10: Las informaciones que se
suministren a los organismos que integran el
Sistema Estadístico Nacional, en cumplimiento de
la presente ley serán estrictamente secretas y sólo
se utilizarán con fines estadísticos.
Los datos deberán ser suministrados y publicados
únicamente en publicaciones de conjunto.”

2

Niño/a de 6 a 23 meses

Provincia			
Punto muestra			
Hogar			
Nro Orden Encuestado			
Nro Orden Respondente			
Encuestador			

Fecha de la encuesta:
día mes año

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento de la/el niña/niño:

día mes año

Sexo del niño/a

- Femenino (f)
 Masculino (m)

1. ANTECEDENTES PERINATALES

1.1 ¿Durante el embarazo de ... (nombre) le realizaron algún control?

- Sí (1)
- No (0) ▶ pasa a 1.7
- NS/NR (9) ▶ pasa a 1.7

1.2 ¿Tiene el carné o la libreta sanitaria donde anotaban los datos? ¿Podría mostrármelo?

Sí, lo muestra (1)

No existe / no lo muestra (0)

En caso de existir registro y mostrarlo, se consignará en el siguiente cuadro la información en él contenida, de lo contrario consignar lo que la mujer refiere.

Pregunta	Carné perinatal	Referencia materna	NS/NR
1.3 ¿Cuánto tiempo de embarazo llevaba cuando realizó el primer control?	___ semanas	___ meses ó ___ semanas	<input type="checkbox"/> (99)
1.4 En total, ¿cuántos controles tuvo durante el embarazo?	___ controles	___ controles	<input type="checkbox"/> (99)
1.5 Durante este embarazo, ¿la vacunaron contra el tétanos?	Sí <input type="checkbox"/> (1) N° de dosis___ No <input type="checkbox"/> (0) Previa <input type="checkbox"/> (9) (en los últimos 5 años)	Sí <input type="checkbox"/> (1) N° de dosis___ No <input type="checkbox"/> (0) Previa <input type="checkbox"/> (9) (en los últimos 5 años)	<input type="checkbox"/> (99)
1.6 EG al momento del parto	___ semanas	___ meses ó ___ semanas	<input type="checkbox"/> (99)
1.7 Peso al nacer	___ gramos	___ gramos	(9999)

1.8 ¿Presentó alguna complicación durante los 7 primeros días de vida?

- Sí (1)
- No (0) ▶ pasa a 2.1
- NS/NR (99) ▶ pasa a 2.1

Complicación al nacer	Marcar todas las referidas			Marcar si requirió más de 1 semana de internación		
	Sí	No	NS/NR	Sí	No	NS/NR
Dificultad respiratoria						
Asfixia						
Malformaciones congénitas quirúrgicas						
Infecciones						
Prematuro "en engorde"						
Otra (especificar): _____						

2. ANTECEDENTES SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD

2.1 ¿Ha llevado a ... (nombre) para que le efectuaran controles estando sano durante los últimos 6 meses?

- No (0) ▶ pasa a 2.3
 Sí (___) N° de controles
 NS/NR (99) ▶ pasa a 2.3

2.2 ¿Dónde le han realizado a ... (nombre) la mayoría de esos controles?

- Centro de Salud (Público) (1)
 Hospital (Público) (2)
 Establecimiento de Obra Social (3)
 Establecimiento privado (4)
 Otros (especificar) (5)

 NS/NR (9)

VACUNAS

2.3 ¿Podría mostrarme la libreta sanitaria / carné de vacunación o certificados de vacunas de ... (nombre)?

- Muestra el registro (1)
 No muestra el registro (0)

En caso de existir registro y mostrarlo, se consignará la información en él contenida.
 Si no, consignar lo que el encuestado refiere.

2.4 Complete en el siguiente cuadro las dosis registradas para cada una de las siguientes vacunas

Vacuna	N° de dosis	NS/NR
BCG		
DPT (Triple bacteriana)		
Cuádruple bacteriana		
Haemophilus		
Sabin		
Antisarampionosa		
Triple viral		
Hepatitis B		

3. CONDICIONES DE SALUD

3.1 En el último año, (desde el mismo mes del año pasado) ¿Ha estado ... (nombre) internado alguna vez?

- Sí (1)
 No (0) ▶ pasa a 3.3
 NS/NR (9) ▶ pasa a 3.3

3.2 ¿Puede decirme por cuáles de las siguientes causas fué internado... (nombre) y cuántas veces fue internado por esa causa?

Causa	Sí	No	NS/NR	Veces	Total de Días
Infección respiratoria					
Diarrea					
Desnutrición					
Accidente					
Otro (especificar)					

	NS/NR	(9)	(99)	(999)	

3.3 ¿... (nombre) ha tenido algún accidente o lesión externa en los últimos 15 días? Se cayó, se golpeó, se quemó, se intoxicó, se lastimó?

- Sí (1)
 No (0) ▶ pasa a 3.7
 NS/NR (9) ▶ pasa a 3.7

3.4 ¿Qué hicieron para mejorar a ... (nombre)? (antes de la consulta) (marque con una cruz todas las respuestas)
No leer las opciones

	Sí (1)	No (0)	NS/NR (9)
1. ¿Le limpiaron la lesión?			
2. ¿Lo protegieron para trasladarlo?			
3. ¿Le dieron algún medicamento?			
5. ¿Le dieron o hicieron alguna otra cosa? Especificar: _____			

3.5 ¿Consultaron con alguien?

- Sí (1)
 No (0) ▶ pasa a 3.7
 NS/NR (9) ▶ pasa a 3.7

3.6 ¿Con quién consultaron?

(No lea las opciones y consigne todas las respuestas)

- Agente Sanitario (1)
 Enfermera (2)
 Médico (3)
 Otra persona (4)

Especificar: _____

3.7 ¿... (nombre) ha presentado fiebre (temperatura mayor a 37.5°) en los últimos 15 días?

- Sí (1)
 No (0)
 NS/NR (9)

3.8 ¿... (nombre) tuvo tos o catarro durante los últimos 15 días?

- Sí (1)
 No (0)
 NS/NR (9)

3.9 ¿... (nombre) estuvo con fatiga, agitado o respiraba con dificultad en los últimos 15 días?

- Sí (1)
 No (0)
 NS/NR (9)

Nota para el encuestador: si las respuestas a las preguntas 3.7 a 3.9 fueron negativas, pase a 3.13

3.10 ¿Qué hicieron para mejorar a ... (nombre)?

(antes de la consulta) (marque con una cruz todas las respuestas)

No leer las opciones

	Sí (1)	No (0)	NS/NR (9)
1. ¿Le hicieron baños con vapor de agua?			
2. ¿Le hicieron nebulizaciones?			
3. ¿Le dieron jarabe para la tos?			
4. ¿Le dieron antibióticos?			
5. ¿Le dieron algún té?			
6. ¿Le dieron o hicieron alguna otra cosa? Especificar: _____			

3.11 ¿Consultaron con alguien por la fiebre, la tos y/o la fatiga?

- Sí (1)
 No (0) ▶ pasa a 3.13
 NS/NR (9) ▶ pasa a 3.13

3.12 ¿Con quién consultaron?

(No lea las opciones y consigne todas las respuestas)

- Agente Sanitario (1)
 Enfermera (2)
 Médico (3)
 Otra persona (4)

Especificar: _____

3.13 ¿... (nombre) tuvo diarrea en los últimos 15 días?

- Sí (1)
 No (0) ▶ pasa a 4.1
 NS/NR (9) ▶ pasa a 4.1

3.14 ¿Cuántos días duró la diarrea?

_____ días (99 NS/NR)

3.15 ¿Qué hicieron para mejorar a ... (nombre)?

(antes de la consulta) (marque con una cruz todas las respuestas)

No leer las opciones

	Sí (1)	No (0)	NS/NR (9)
1. ¿Le dieron más agua de lo habitual?			
2. ¿Le dieron antibióticos?			
3. ¿Le dieron antidiarreicos?			
4. ¿Le dieron sales de rehidratación oral?			
5. ¿Le dieron agua de arroz?			
6. ¿Le dieron o hicieron alguna otra cosa? Especificar: _____			

3.16 ¿Consultaron con alguien por esa diarrea?

- Sí (1)
 No (0) ▶ pasa a 3.18
 NS/NR (9) ▶ pasa a 3.18

3.17 ¿Con quién consultaron?

(No lea las opciones y consigne todas las respuestas)

- Agente Sanitario (1)
 Enfermera (2)
 Médico (3)
 Otra persona (4)

Especificar: _____

3.18 ¿Le siguió dando pecho mientras duró la diarrea?

- Sí (1)
 No (0)
 No está amamantando (2)
 NS/NR (9)

4. DESARROLLO DEL NIÑO/A

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre el desarrollo de su hijo/a. Muchas son para chicos más grandes, de tal manera que si su hijo/a no cumple algunas de ellas no debe ser motivo de preocupación.

4.1 Mamá - papá específico

Observe y pregunte a los padres si el niño/a dice mamá o papá de forma exclusiva (mamá sólo a la madre o papá sólo al padre) **Aprobado:** dice mamá sólo a la madre. Dice papá sólo al padre.

- Sí (1)
No (0)
No evaluable (9)

4.2 Come solo

Pregunte a los padres si el niño/a come por sí solo durante el almuerzo o cena

Aprobado: el niño/a come con la mano, cuchara y/o tenedor la mayor parte del alimento.

- Sí (1)
No (0)
No evaluable (9)

4.3 Control de esfínteres diurno

Observe si el niño/a está sin pañales, y además, solicítele a los padres que relaten cómo controla esfínteres su hijo/a.

Aprobado: controla esfínteres durante el día, aunque moje su ropa interior una o dos veces por semana, cuando está muy ensimismado en sus juegos.

Consignar No, cuando: la ropa se mantiene seca porque los padres lo llevan a orinar en momentos determinados, sin que el niño/a lo pida, o si el niño está en la entrevista con pañales.

- Sí (1)
No (0)
No evaluable (9)

4.4 Preñión pinza superior

Con el bebé sentado, ponga una pasa de uva frente al niño y al alcance de sus manos, sobre una superficie que le permita verla nítidamente (hoja de papel blanco).

Si el bebé no la mira, atraiga su atención tocando o señalándola y alentándolo a que la mire y la tome. Observe cómo utiliza cada una de sus manos.

Aprobado: toma la pasa de uva entre pulgar e índice con pulpejos enfrentados.

- Sí (1)
No (0)
No evaluable (9)

4.5 Palabra frase

Observe el lenguaje que utiliza el niño/a durante la entrevista. Si no lo logra solicite a los padres que describan cómo se hace entender el niño/a. Si de la descripción no se desprende, pregúnteles si cuando el niño/a desea anunciar algo o pedir imperativamente algo utiliza una palabra con sentido de frase.

Aprobado: utiliza palabra frase. Ej.: "papá" por "allí viene papá", "agua" por "dame agua", etc

- Sí (1)
No (0)
No evaluable (9)

4.6 Frases completas

Observe el lenguaje que utiliza el niño/a durante la entrevista. Si no lo logra, solicite a los padres que describan cómo se hace entender el niño/a.

Aprobado: Ud lo oye o los padres refieren que el niño/a habla utilizando frases completas.

Ej.: "Dame la pelota grande"

- Sí (1)
No (0)
No evaluable (9)

4.7 Camina solo

Observe la forma en que el niño/a camina solo.

Aprobado: da 5 pasos o más, SIN perder el equilibrio y SIN caerse.

- Sí (1)
No (0)
No evaluable (9)

4.8 ¿Concorre ... a algún jardín o guardería?

Si concorre, consigne el nombre de institución

Sí (1) Nombre de la Institución: _____No (0) ▶ pasa a 5.1**4.9 ¿Cuántos días por semana concorre?**

_____ días por semana

4.10 ¿Cuántas horas por día concorre?

_____ horas por día

4.11 ¿Recibe alimentación en la institución?Refrigerio (1)Refrigerio + almuerzo (2)Almuerzo (3)No recibe (0)**5 HISTORIA ALIMENTARIA****LACTANCIA MATERNA****5.0 ¿Tomó ... (nombre) pecho alguna vez?**Sí (1)No (0) ▶ pasa a 5.5**5.1 ¿ Actualmente ... (nombre) toma pecho?**Sí (1)No (0) ▶ pasa a 5.4**5.2 ¿Toma ... (nombre) otros líquidos (jugo, té, agua, etc.) aparte del pecho?**Sí (1)No (0)**5.3 ¿Toma otra leche aparte del pecho?**Sí (1) ▶ pasa a 5.6No (0) ▶ pasa a 5.6**5.4 ¿A que edad dejó el pecho?**

Edad en meses cumplidos _____

NS/NR (99)**5.5. ¿Cual fue el motivo por el que no amamantó o dejó de amamantar a su hijo/a?**

No lea las opciones al respondente.

Marque todas las respuestas.

- 1) Me quedé sin leche
- 2) El/la bebé no aumentaba de peso
- 3) Tuve que salir a trabajar
- 4) Me lo indicó el médico
- 5) Me aconsejaron (familiar / amiga / vecina) que debía dejar
- 6) Quedé embarazada
- 7) Me enfermé
- 8) El/la bebé se enfermó
- 9) Es la edad a la que dejó el anterior
- 10) Es adoptado/a
- 11) Otros _____

(especificar)

5.6. Ahora le voy a nombrar algunos alimentos y Ud. me dirá si el niño los come, y en ese caso, a partir de qué edad los incorporó.

Alimento	Sí (1)	No (2)	NS/NR (99)	Edad de incorporac. (meses)
Puré de vegetales cocidos				
Puré de frutas				
Jugo de frutas frescas				
Yogur				
Huevo				
Fideos, sémola, avena y otros cereales con gluten				
Arroz, harina de maíz, tapioca y otros cereales sin gluten				
Cereales precocidos				
Papillas listas para comer				
Pan o galletitas				
Carne vacuna				
Pollo				
Pescado				
Otras carnes, Especificar _____				
Hígado				
Morcilla				
Otras vísceras, Especificar _____				
Miel				

5.7 ¿... (nombre) come acompañado?

- Sí (1)
No (0)
NS/NR (9)

5.8 ¿Le hablan a ... (nombre) durante sus comidas?

- Sí (1)
No (0)
NS/NR (9)

5.9 ¿Le permite a ... (nombre) tomar la comida solo/a?

- Sí (1)
No (0)
NS/NR (9)

5.10 ¿Le da a ... (nombre) alimentos que puedan ser ingeridos con el uso de las manos?

- Sí (1)
No (0)
NS/NR (9)

5.11 ¿Comparte ... (nombre) la mesa familiar?

- Sí (1)
No (0)
NS/NR (9)

5.12 Mientras ... (nombre) come, Ud., ¿mira televisión?

- Siempre (1)
Casi siempre (2)
Casi nunca (3)
Nunca (0)

5.13 ¿Dónde obtiene frecuentemente el agua que utiliza para dar de beber al niño/a? (marcar una sola opción)

- Agua de red dentro de la vivienda (1)
Canilla fuera de la vivienda (2)
Agua de perforación (3)
Agua embotellada (4)
Otros (5)

5.14 ¿Qué tratamiento le da al agua para beber? (marcar una sola opción)

- Ninguno (1)
La filtra (2)
La hierve (3)
Le agrega cloro (4)
Otro (5) ¿Cuál?
especificar _____

6 SUPLEMENTOS

6.1 ¿Toma ... (nombre) hierro actualmente?

- Sí (1) Solicitar el envase para corroborar
No (0) ▶ pasa a 6.4
NS/NR (9) ▶ pasa a 6.4

6.2 ¿A qué edad comenzó a tomar hierro?

- _____ meses (NS/NR = 99)

6.3 ¿Cuántos días por semana le da hierro?

- _____ días por semana (NS/NR 99) ▶ pasa a 6.7

6.4 ¿Tomó hierro anteriormente?

- Sí (1)
No (0) ▶ pasa a 6.7
NS/NR (9) ▶ pasa a 6.7

6.5 ¿A qué edad comenzó a tomar hierro?

- Meses _____ (NS/NR = 99)

6.6 ¿A qué edad dejó de darle hierro?

- Meses _____ (NS/NR = 99)

6.7 ¿Toma ... (nombre) vitaminas actualmente?

- Sí (1) Solicitar el envase para corroborar
No (0) ▶ pasa a 6.10
NS/NR (9) ▶ pasa a 6.10

6.8 ¿A qué edad comenzó a tomar vitaminas?

- Meses _____ (NS/NR = 99)

6.9 ¿Cuántos días por semana le da vitaminas?

- _____ días por semana (NS/NR 99) ▶ pasa a 7

6.10 ¿Tomó vitaminas anteriormente?

- Si (1)
No (0) ▶ pasa a 7
NS/NR (9) ▶ pasa a 7

6.11 ¿A qué edad comenzó a tomar vitaminas?

Meses ____ (NS/NR = 99)

6.12 ¿A qué edad dejó de darle vitaminas?

Meses ____ (NS/NR = 99)

7 ANTROPOMETRIA

7.1 Peso: |_|_|_|, |_|_| Kg EL NIÑO/A DEBE PESARSE SIN ROPA

Pesado sin ropas: Sí No

Pesado con ropa: especificar: _____

7.2 Longitud corporal: |_|_|_|_|, |_| cm (medir acostado/a)

7.3 Perímetro de brazo izquierdo: |_|_|_|, |_| cm

Niño colabora: Sí No

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL FAMILIAR RESPONSABLE

Esta es una encuesta que realiza el Ministerio de Salud de la Nación junto a la Provincia para conocer la situación nutricional de la población.

La información que la ENNyS provea sobre la situación nutricional servirá para procurar una mejor situación de salud y nutrición en los niños menores de 6 años.

Estos beneficios para la salud de todos justifican, en parte, las molestias que pueden ocasionar las visitas a los hogares.

La ENNyS ha sido revisada por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires y cuenta con su aprobación.

Se garantizará el secreto estadístico y la confidencialidad exigidos por ley.

Por esta razón, le solicitamos su autorización para participar en este estudio, que consiste en responder a una serie de preguntas, pesar y medir al niño y tomar una pequeña muestra de sangre para saber si su hijo/a tiene anemia o deficiencia de vitamina A.

La extracción de sangre se realizará con material estéril descartable y sólo le producirá las molestias propias de un pinchazo.

Los resultados de los estudios tienen carácter confidencial. El equipo coordinador se compromete a informarle los resultados de los análisis y a indicarle dónde concurrir para recibir el tratamiento gratuito apropiado en caso de necesitarlo.

La decisión de participar en este estudio es voluntaria.

Agradecemos desde ya su colaboración.

Yo _____, en mi carácter de madre / padre / tutor, habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, permitir la extracción de sangre de mi hijo/a para determinar exclusivamente si tiene anemia y/o deficiencia de vitamina A.

Fecha:

Firma