

“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.”

5

Mujer embarazada

Provincia			
Punto muestra			
Hogar			
Nro Orden encuestada			(transcribir del Socio Demográfico)
Encuestador			

Fecha de la encuesta:
 día mes año

Fecha de nacimiento:

día mes año

Fecha de Ultima Menstruación:

día mes año

1 ACTIVIDAD FÍSICA

- 1.1 ¿Qué actividad física y/o deportiva Ud. realiza en forma habitual?
¿Con qué frecuencia y duración?

Actividad o deporte	Frecuencia (veces / semana)	Duración (tiempo por vez)

- 1.2 ¿Qué ocupación habitual realiza?
¿Con qué frecuencia y duración?

Ocupación	Frecuencia (veces / semana)	Duración (tiempo por vez)

2 TABAQUISMO

- 2.1. ¿Ha fumado Ud. alguna vez? (Al menos 5 paquetes de 20 cigarrillos a lo largo de su vida).

Sí (1)
No (0) ▶ pase a 3.1
NS/NR (9) ▶ pase a 3.1

- 2.2 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar diariamente?

|_|_| años
NS/NR (99)

- 2.3 ¿Cuántos cigarrillos por día fuma actualmente?

Sí |_|_|_| (Nº de cigarrillos por día)
▶ pase a 3.1
No (0) "Dejé de fumar"

- 2.4 ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde que dejó de fumar?

|_|_|_| meses
NS/NR (999)

3 CONSUMO DE ALCOHOL

- 3.1 Durante el pasado mes, ¿cuántos días a la semana o al mes, en promedio, ingirió por lo menos una lata de cerveza, vaso de vino o vermouth, o medida de ron, whisky, vodka, licores u otra bebida alcohólica similar?

|_|_| Días por semana
|_|_|_| Días por mes
No (0) ▶ pase a 4.1
NS/NR (99) ▶ pase a 4.1

- 3.2 ¿Aproximadamente, cuántas latas, vasos o medidas ingirió, en promedio, los días en que tomó alcohol?

|_|_|_| N° de medidas:
NS/NR (999)

- 3.3 Tomando en consideración bebidas alcohólicas de todo tipo: ¿Cuántas veces, durante el pasado mes, ingirió más de cinco latas, vasos o medidas en una ocasión?

|_|_|_| N° de veces
NS/NR (999)

4 SUPLEMENTOS DIETARIOS

- 4.1 ¿Está tomando actualmente hierro, vitaminas o algún suplemento dietario?

Sí (1) Solicitar envase para corroborar
No (0) pasa a 5.1
NS/NR (9) pasa a 5.1

- 4.2 ¿Cuántas veces por semana toma algún suplemento?

|_|_|_|.Veces por semana.
NS/NR (99)

5 CONDICIONES DE SALUD REPRODUCTIVA

Nota para el encuestador: Debe lograr la mayor privacidad a fin de obtener respuestas fidedignas por parte de la encuestada

<p>5.1 ¿Tuvo algún control prenatal hasta el momento por este embarazo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> (1) No <input type="checkbox"/> (0) ▶ pase a 5.6 NS/NR <input type="checkbox"/> (9) ▶ pase a 5.6</p>	<p>5.2 ¿Podría mostrarme el carné perinatal o libreta sanitaria?</p> <p>Sí (lo muestra) <input type="checkbox"/> (1) No existe / no muestra registro <input type="checkbox"/> (0)</p> <p><i>Nota: En caso de existir registro (Carné Perinatal o Libreta Sanitaria) y mostrarlo, las respuestas a las preguntas. 5.3 a 5.5 se consignan a partir del registro mencionado. En caso contrario, se consigna lo referido por la mujer.</i></p>
--	--

Pregunta	Carné perinatal	Referencia materna	NS/NR
5.3 ¿Cuántos tiempo de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	_____semanas	_____meses ó _____semanas	(99) <input type="checkbox"/>
5.4 En total, ¿Cuántos controles, por este embarazo ha realizado hasta el momento?	_____controles	_____controles	(99) <input type="checkbox"/>
5.5 Durante este embarazo, ¿La vacunaron contra el tétanos?	Sí <input type="checkbox"/> (1) No <input type="checkbox"/> (0) Previa <input type="checkbox"/> (9) últimos 5 años	Sí <input type="checkbox"/> (1) No <input type="checkbox"/> (0) Previa <input type="checkbox"/> (9) últimos 5 años	(9) <input type="checkbox"/>

<p>5.6 ¿Ha estado usted embarazada anteriormente?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> (1) No <input type="checkbox"/> (0) ▶ pasa a 6 Anticoncepción NS/NR <input type="checkbox"/> (9) ▶ pasa a 6 Anticoncepción</p> <p>5.7 ¿Cuántas veces ha estado embarazada?</p> <p>_____ veces</p> <p>5.8 ¿Tuvo usted algún embarazo que terminó antes de completar el sexto mes?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> (1) No <input type="checkbox"/> (0) NS/NR <input type="checkbox"/> (9)</p> <p>5.9 ¿Tuvo algún hijo o hija que nació muerto después de completar el sexto mes de embarazo (mortinato)?</p> <p>¿Cuántos?_____ (si responde Ninguno, consignar 0) NS/NR <input type="checkbox"/> (99)</p> <p>5.10 ¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido?</p> <p>_____ hijos (si responde Ninguno, consignar 0) NS/NR <input type="checkbox"/> (99) Si responde NS o Ninguno ▶ pasa a 6 Anticoncepción</p>	<p>5.11 ¿Ha tenido usted hijos o hijas que nacieron vivos y que murieron, aunque sólo hayan vivido poco tiempo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> (1) No <input type="checkbox"/> (0) ▶ pasa a 5.14 NS/NR <input type="checkbox"/> (9) ▶ pasa a 5.14</p> <p>5.12 ¿Cuántos?:_____ (independientemente de la edad al morir)</p> <p>NS/NR <input type="checkbox"/> (99)</p> <p>5.13 ¿Cuántos antes de cumplir 1 año?_____</p> <p>NS/NR <input type="checkbox"/> (99)</p> <p>5.14 ¿Cuántos de sus hijos/as que nacieron vivos pesaron menos de 2500 gramos?_____</p> <p>NS/NR <input type="checkbox"/> (99)</p> <p>5.15 ¿Cuántos de sus hijos/as viven actualmente?</p> <p>_____ hijos NS/NR <input type="checkbox"/> (99) Chequear con las anteriores</p>
--	--

6 ANTICONCEPCIÓN

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la planificación familiar: es decir de las formas con las que las mujeres o sus maridos/compañeros pueden evitar un embarazo.

¿Qué métodos anticonceptivos....
(No lea las opciones a la encuestada)

METODO	6.1 ...conoce o ha oído mencionar? (Respuesta múltiple)	6.2 ...alguna vez ha usado? (Respuesta múltiple)	6.3 ...fue el primero que usó? (Marque sólo 1)
(0) Ninguno *			
(1) Píldoras o pastillas anticonceptivas			
(2) DIU, espiral o T de cobre			
(3) Preservativo o condón			
(4) Diafragma			
(5) Inyección			
(6) Métodos vaginales (espumas, jaleas)			
(7) Esterilización femenina			
(8) Método de Billings			
(9) Ritmo			
(10) Retiro (él se retira)			
(11) Vasectomía			
(12) Yuyos o hierbas			
(13) Otros (especificar)			

* Sí contesta que no conoce ningún método anticonceptivo: pasa a 6.11

* Sí contesta que no utilizó ningún método anticonceptivo: pasa a 6.10

6.4 ¿Cuántos años tenía Ud. cuando comenzó/comenzaron a usar métodos anticonceptivos?

_____ años.

NS/NR (99)

6.5 ¿Ya había estado embarazada cuando comenzó a utilizar el primer método?

Sí (1)

No (0) pasa a 6.7

NS/NR (9) pasa a 6.7

6.6 ¿Cuántos hijos había tenido cuando comenzó a utilizar el primer método?

_____ años.

NS/NR (99)

6.7 ¿Dónde recibió información sobre los métodos?

	Pasa a
(1) Hospital público	▶ 6.9
(2) Centro de Salud / Salita	▶ 6.9
(3) Servicios de la Obra Social	▶ 6.9
(4) Consultorio privado	▶ 6.9
(5) Esposo / compañero	▶ 6.8
(6) Amiga / vecina / pariente	▶ 6.8
(7) Colegio / escuela / universidad	▶ 6.8
(8) Otros (especificar)	▶ 6.8

6.8 En el Servicio de Salud al que Ud. concurre, ¿Brindan información sobre anticoncepción?

Sí (1)

No (0)

NS/NR (9)

6.9 ¿Estaba usando algún método anticonceptivo cuando quedó embarazada?

Sí (1) ¿Cuál? _____

▶ pasa a 6.12

Nota para el encuestador: consigne el número que codifica al método en la columna homónima del apartado 6.

No (0)

NS/NR (9)

6.10 ¿Por qué no estaba utilizando algún método ?

- Deseaba quedar embarazada (1)
- Posparto o amamantamiento (2)
- Sin relaciones sexuales (3)
- No aceptación de la pareja (4)
- Miedo a efectos no deseados (5)
- Tuvo efectos colaterales (6)
- No tiene dinero para comprar (7)
- Falta de conocimiento de métodos (8)
- Razones religiosas (9)
- Menopausia (10)
- Otras razones (especificar) (11)

NS/NR (99)

6.11 ¿Piensa usar algún método en el futuro?

- Sí (1)
- No (0)
- NS/NR (9)

6.12 ¿Donde ha ido ó iría para conseguir métodos anticonceptivos?

- Hospital público (1)
- Centro de Salud Público (2)
- Servicios de Obra Social (3)
- Consultorio privado (4)
- Farmacia (5)
- Kiosco (6)
- Amiga / vecina / pariente / compañero (7)
- Otros (especificar) (8)

NS/NR (9)

6.13 Para Ud., ¿Cuál sería el número ideal de hijos?

___ hijos
 (NS/NR 99)

7 MORBILIDAD REPRODUCTIVA

7.1 ¿Se ha hecho alguna vez la prueba de Papanicolau / colposcopia?

Marcar la o las opciones que corresponda/n

	Sí	No	NS/NR
7.1.1 PAP	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (9)
7.1.2 Colposcopia	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (9)

7.2 ¿Cuándo fue la última vez que le realizaron el PAP/Colposcopia?

Año |_|_|_|_|
 NS/NR 9999

7.3 ¿Dónde le realizaron el último Papanicolau / colposcopia?

	7.3.1 PAP	7.3.2 Colpo
Centro de Salud público	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)
Hospital Público	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (2)
Establecimiento de Obra Social	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (3)
Establecimiento / consultorio privado	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (4)
Otros (especificar)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (5)
No sabe / no recuerda	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (9)

7.4 ¿En el último año algún médico durante el control le ha examinado las mamas o le ha realizado una mamografía?

- Sí (1)
- No (0)
- NS/NR (9)

7.5 ¿Alguna vez alguien le explicó cómo realizar el auto-examen de mamas? ¿Quién?

- Profesional de la salud (médico, enfermera, etc) (1)
- Libro, revista folleto (2)
- En el colegio / escuela / universidad (3)
- Televisión (4)
- Nadie (0)
- NS/NR (9)

7.6 ¿Lo practica regularmente (al menos una vez al mes)?

- Sí (1)
- No (0)
- NS/NR (9)

Consignar si se logró resguardar la privacidad para obtener las respuestas de los ítems 5 a 8 inclusive

- Sí (1)
- No (0)

Consignar quién estuvo presente

8 PRESION ARTERIAL Y ANTROPOMETRIA

Presión arterial
Brazo derecho

Primera medición

Segunda Medición

SOLAMENTE EN 15 Y MAS AÑOS

8.1 Máx: |_|_|_|_| mmHg

8.3 Máx: |_|_|_|_| mmHg

8.2 Mín: |_|_|_|_| mmHg

8.4 Mín: |_|_|_|_| mmHg

8.5 Peso: |_|_|_|_|,|_|_|_| Kg (DEBE PESARSE SIN ROPA Y SIN CALZADO) Pesada sin ropas: Sí No

Pesada con ropa: especificar: _____

8.6 Estatura: |_|_|_|_|,|_|_| cm

8.7 Perímetro del brazo izquierdo: |_|_|_|,|_|_| cm

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

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, las mujeres de 10 a 49 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, ser pesada y medida, determinar su presión arterial y tomar una pequeña muestra de sangre para saber si tiene anemia, deficiencia de folatos y vitamina B12, según la edad de las personas. 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 _____, habiendo sido informada y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, permitir la extracción de sangre para determinar exclusivamente si tiene anemia deficiencia de, folatos y vitamina B12.

Fecha:

Firma