

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA ENCUESTA DE LACTANCIA MATERNA

Esta encuesta está destinada a evaluar los hábitos alimentarios en los primeros dos años de vida de la Provincia de Buenos Aires y el estado de las prácticas de lactancia materna. Al igual de lo que ocurre con las vacunas, la “cobertura” de lactancia es un indicador del grado de protección alcanzado por los niños.-

Información Útil

Lugar de realización: La presente Encuesta será efectuada en todos los vacunatorios de la Provincia de Buenos Aires

Duración: Por lo menos DOS días de una semana.

A quién encuestar?: Serán encuestadas las madres, padres o acompañantes de **todos los niños menores de dos años que concurren a vacunarse**, durante dicho periodo .

Llenado de la Planilla

1.- ENCABEZAMIENTO: Se realiza cada vez que se comienza una nueva planilla

En primer lugar se completará el encabezamiento de la planilla es decir

Región Sanitaria: número de la Región Sanitaria (I, II.....XII)

Municipio: anotar el nombre del municipio en donde se realiza la encuesta.

Establecimiento: nombre del Establecimiento donde se realiza la encuesta (por ejemplo nombre del centro de salud o del hospital, farmacia, etc.).

Fecha actual: el día de llenado de la planilla. Se debe abrir una nueva planilla por cada día.-

Centro de Salud, Hospital, Otro (Especificar): tildar el casillero correspondiente al tipo de institución, si es “Otro”, especificar cuál (consultorio, farmacia, etc.).

2.- DATOS DEL NIÑO VACUNADO: Se realizará la encuesta a todos los niños menores de dos años que sean vacunados.

Qué hay que preguntar?

Fecha de Nacimiento del niño: día, mes y año.

Sexo: indicar la opción que corresponda

Recibió en el día de ayer? Interrogar para cada categoría ... Por ejemplo:

- Recibió su hijo en el día de ayer **pecho?**
 - **Pecho:** Se entiende por “pecho” a la lactancia materna
- Recibió su hijo en el día de ayer **otra leche?**
 - **Otra Leche:** Cualquier otra leche distinta a la leche materna, sea especial para bebés, de vaca u otra.-
- Recibió su hijo en el día de ayer **otro líquido?**
 - **Otro Líquido:** Se interrogará si tomó agua, jugos, gaseosas, té, sales de rehidratación oral o cualquier otro.
- Recibió su hijo en el día de ayer **otro alimento?**
 - **Otro Alimento:** Cualquier otro alimento que el niño reciba (papillas, sólidos, postres u otros).
- **Pregunta Alternativa: ¿Qué tipo de parto tuvo con este niño encuestado?, cesárea o vaginal?**
 - Se trata de saber si el tipo de parto influye en la lactancia materna exclusiva.

.... Y marcar **SI** o **NO**, con una “x” en cada uno de los casilleros correspondientes según la respuesta obtenida.

TENER EN CUENTA QUE CADA NIÑO DEBE SER ENCUESTADO EN UNA SOLA OPORTUNIDAD

Esta planilla debe ser remitida inmediatamente al Referente Municipal del Programa Materno Infantil.

Los datos del vacunador/encuestador serán publicados con los resultados de la encuesta. Las encuestas serán ingresadas y procesadas en ENCULAC y LacMat 4.1.8