

CUESTIONARIO 6^{to} Mes (C6 M)

Espacio etiqueta

FECHA CUESTIONARIO: ___/___/_____

ENTREVISTADOR: _____

ENTREVISTADO: MADRE, PADRE, OTROS
(ESPECIFICAR) _____

Vamos a preguntarle algunos acontecimientos relacionados con la lactancia, la alimentación y la presencia de infecciones o alergias de su hijo/a, durante los primeros seis meses de vida.

Le voy a leer a continuación las tres definiciones de lactancia para que usted conteste:

1. ¿Qué tipo de lactancia ha recibido su hijo/a?

- a. Lactancia materna exclusiva
- b. Lactancia artificial (biberón) exclusiva
- c. Lactancia mixta (materna + biberón)

Lactancia materna exclusiva

Mi hijo/a ha sido alimentado en forma exclusiva con leche materna, no recibiendo complemento de leche artificial en la maternidad, ni al reincorporarme al trabajo, ni en ninguna otra situación.

Lactancia artificial exclusiva

Mi hijo/a ha sido alimentado en forma exclusiva con preparados comerciales de leche, no recibiendo pecho materno ni siquiera durante los primeros días.

Lactancia mixta

Mi hijo ha sido alimentado con pecho materno y con preparados comerciales de leche, según necesidad.

Fecha	Hora	Contacto	Comentarios

NC (no contesta) CO (comunica) CA (contestador automático) CM (contacto madre) CP (contacto padre) CF (contacto otro familiar) OT (otros)

Alimentación complementaria

36. Especifique en relación a cada alimento que consume su hijo/a: cuándo empezó a comerlo, la marca si procede, y la frecuencia de consumo.

Tipo de alimento	Edad del niño (en meses y semanas)	Preparado casero, comercial o mixto	Si comercial: nombre y marca	¿Cuántas veces al día lo toma actualmente?					
				1/sem	2-4/sem	5-6/sem	1/día	2-3/día	4-5/día
Fruta1.									
Fruta2.									
Fruta3.									
Fruta 4.									
Zumos de frutas									
Cereales sin gluten									
Cereales con gluten									
Pan									
Galletas									
Verdura1									
Verdura2									
Verdura3									
Pollo									
Carne de vacuno									
Pescado									
Leche de vaca									
Yema de huevo									
Huevo entero									
Otro1.									
Otro2.									
¿Ha experimentado algún problema con algún alimento? En caso de que sí. Descríbelo.									

CUESTIONARIO SOBRE USO DE MEDICAMENTOS

1. ¿Desde que nació su hijo, ha tomado usted algún medicamento para alguno de los siguientes problemas de salud que a continuación le leeré?

a. Si (completar en la tabla 1) b. No

- 1. Problemas en el parto (especificar)
- 2. Dolor de la episiotomía
- 3. Dolor de cabeza
- 4. Otros dolores
- 5. Catarro o resfriado
- 6. Otras infecciones (especificar)
- 7. Problemas para dormir

- 8. Ansiedad
- 9. Depresión
- 10. Estreñimiento
- 11. Hemorroides
- 12. Varices
- 13. Problemas de anemia
- 14. Problemas de ojos (especificar)

- 15. Problemas de piel (especificar)
- 16. Problemas hormonales (especificar)
- 17. Suplementos vitamínicos o minerales (especificar)
- 18. Cremas, productos de herboristería, homeopatía (especificar)
- 19. Otros (especificar)

Tabla 1 Motivo	Nombre del medicamento ¿Qué medicamento tomó? ¿De cuantos miligramos o g?	Forma farmacéutica ¿Pastillas, supositorios, inyectable...?	Fecha inicio	Fecha fin	Frecuencia ¿Cada día, 1/semana, 1/mes...?	Posología ¿Cuánto/día?	¿Quién lo prescribió?
			//___	_/_/___			
			//___	_/_/___			
			//___	_/_/___			
			//___	_/_/___			

2. ¿Ha recibido algún tipo de consejo en relación con el consumo de fármacos durante la lactancia?

a. Si ¿De quién?: b. No

1. Médico 2. Farmacéutico 3. Enfermera 4. Otros

3. ¿Desde que nació su hijo, le ha administrado algún medicamento?

(Incluir los medicamentos de la sección de infecciones y completar)

a. Si (completar en la tabla 2)

b. No

Tabla 2 Motivo	Nombre del medicamento ¿Qué medicamento tomó? ¿De cuantos miligramos o g?	Forma farmacéutica ¿Pastillas, supositorios, inyectable...?	Fecha inicio	Fecha fin	Frecuencia ¿Cada día, 1/semana, 1/mes...?	Posología ¿Cuánto/día?	¿Quién lo prescribió?
			__/__/____	__/__/____			
			__/__/____	__/__/____			
			__/__/____	__/__/____			
			__/__/____	__/__/____			

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. cápsulas, grageas, comprimidos | 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) |
| 2. supositorios | 6. inyectables, intramuscular |
| 3. tópica piel (pomadas, parches) | 7. endovenosa |
| 4. inhalatoria | |

- | |
|-----------------------------|
| 11 => doctor/a, |
| 12=> farmacéutico/a, |
| 13=> enfermero/a, |
| 14=> automedicación, |
| 15=> otros (no especificar) |

❖ **Lactancia artificial exclusiva**

4)9. ¿Ha dejado de dar biberones de leche adaptada a su hijo/a?

1 Sí Indique a qué edad de su hijo: _____ meses _____ semanas

2 No

10. ¿Cuántas tomas de biberón al día realizaba su hijo/a mes a mes? (incluir las tomas nocturnas)

Nº tomas de biberón al día	Edad del niño en meses					
	1 M	2 M	3 M	4 M	5 M	6 M

12)11. Cuando introdujo la lactancia artificial, ¿cuál fue la razón? Se puede escoger más de una opción

- a.a. Hipogalactia (déficit o poca cantidad de leche)
- b.b. Dificultad del bebé de cogerse al pecho
- c. Escasa ganancia de peso del niño
- d. Experiencia negativa en una lactancia anterior
- e.e. Cuestiones laborales por parte de la madre
- f. Problemas de salud de la madre (Especificar): _____
- g. Otros (Especificar): _____

13)12. ¿Qué persona le influyó más a la hora de tomar la decisión?

- a. Usted sola
- b. Se lo aconsejó su médico
- c. Se lo aconsejó su matrona
- d. Su pareja
- e. Otras personas: _____

9)13. ¿Qué tipo de agua utilizó al preparar los biberones?

- 1. Agua municipal del grifo
- 2. Pozo privado
- 3. Agua embotellada. Especificar marca _____
- 4. Otro origen (especificar) _____
- 99. No sabe/No contesta

13 a Sólo si el origen del agua municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro?

- 1. Sí Indicar tipo: _____
- 2. No

14. ¿Esteriliza el agua para preparar los biberones?

31. Sí Indicar método: _____

42. No

Con formato: Numeración y viñetas

21. Bis. ¿Recibió pecho materno durante más de seis días?

a. Sí (rellenar **Tabla N°2**) b. No (rellenar **Tabla N°1**)

Tabla N° 1	6 primeros días del niño					
	1	2	3	4	5	6
Nº tomas de biberón al día						
Nº tomas de pecho al día						

Tabla N° 2	semanas de vida del niño					
	1	2	3	4	5	6
Nº tomas de biberón al día						
Nº tomas de pecho al día						

22. Indique la fecha (meses/semanas de vida) en la que su hijo/a dejó de recibir pecho materno.

_____ meses _____ semanas

A continuación, pasaremos a preguntarle por la alimentación complementaria de su hijo/a.

Alimentación complementaria

37. Especifique en relación a cada alimento que consume su hijo/a: cuándo empezó a comerlo, la marca si procede, y la frecuencia de consumo.

Tipo de alimento	Edad del niño (en meses y semanas)	Preparado casero, comercial o mixto	Si comercial: nombre y marca	¿Cuántas veces al día lo toma actualmente?					
				1/sem	2-4/sem	5-6/sem	1/día	2-3/día	4-5/día
Fruta1.									
Fruta2.									
Fruta3.									
Fruta 4.									
Zumos de frutas									
Cereales sin gluten									
Cereales con gluten									
Pan									
Galletas									
Verdura1									
Verdura2									
Verdura3									
Pollo									
Carne de vacuno									
Pescado									
Leche de vaca									
Yema de huevo									
Huevo entero									
Otro1.									
Otro2.									

¿Ha experimentado algún problema con algún alimento? En caso de que sí. Descríbelo.

CUESTIONARIO SOBRE USO DE MEDICAMENTOS

2. ¿Desde que nació su hijo, ha tomado usted algún medicamento para alguno de los siguientes problemas de salud que a continuación le leeré?

a. Si (completar en la tabla 1) b. No

- 1. Problemas en el parto (especificar)
- 2. Dolor de la episiotomía
- 3. Dolor de cabeza
- 4. Otros dolores
- 5. Catarro o resfriado
- 6. Otras infecciones (especificar)
- 7. Problemas para dormir

- 8. Ansiedad
- 9. Depresión
- 10. Estreñimiento
- 11. Hemorroides
- 12. Varices
- 13. Problemas de anemia
- 14. Problemas de ojos (especificar)

- 15. Problemas de piel (especificar)
- 16. Problemas hormonales (especificar)
- 17. Suplementos vitamínicos o minerales (especificar)
- 18. Cremas, productos de herboristería, homeopatía (especificar)
- 19. Otros (especificar)

Tabla 1 Motivo	Nombre del medicamento ¿Qué medicamento tomó? ¿De cuantos miligramos o g?	Forma farmacéutica ¿Pastillas, supositorios, inyectable...?	Fecha inicio	Fecha fin	Frecuencia ¿Cada día, 1/semana, 1/mes...?	Posología ¿Cuánto/día?	¿Quién lo prescribió?
			//_	_/_/_			
			//_	_/_/_			
			//_	_/_/_			
			//_	_/_/_			

2. ¿Ha recibido algún tipo de consejo en relación con el consumo de fármacos durante la lactancia?

a. Si ¿De quién?: b. No

1. Médico 2. Farmacéutico 3. Enfermera 4. Otros

4. ¿Desde que nació su hijo, le ha administrado algún medicamento?

(Incluir los medicamentos de la sección de infecciones y completar)

a. Si (completar en la tabla 2)

b. No

Tabla 2 Motivo	Nombre del medicamento ¿Qué medicamento tomó? ¿De cuantos miligramos o g?	Forma farmacéutica ¿Pastillas, supositorios, inyectable...?	Fecha inicio	Fecha fin	Frecuencia ¿Cada día, 1/semana, 1/mes...?	Posología ¿Cuánto/día?	¿Quién lo prescribió?
			__/__/____	__/__/____			
			__/__/____	__/__/____			
			__/__/____	__/__/____			
			__/__/____	__/__/____			

- 1. cápsulas, grageas, comprimidos
- 2. supositorios
- 3. tópica piel (pomadas, parches)
- 4. inhalatoria

- 5. líquidos vía oral
(jarabes, granulados, efervescentes)
- 6. inyectables, intramuscular
- 7. endovenosa

- 11 => doctor/a,
- 12=> farmacéutico/a,
- 13=> enfermero/a,
- 14=> automedicación,
- 15=> otros (no especificar)

❖ **Lactancia mixta (materna y artificial)**

4)23. ¿Ha dejado de amamantar o darle biberones de leche adaptada a su hijo/a?

Con formato: Numeración y viñetas

1 Sí, ambos Indique la edad en la que su hijo dejó de recibir cada uno:

	Mes	Semana
Pecho materno		
Biberones de leche adaptada		

2 Si, pero **solo dejó una** de ellas Especificar cuál y fecha: ____ / ____

3 No _____

24. ¿Realizó lactancia materna exclusiva antes de incorporar la leche adaptada a través del biberón?

Con formato: Numeración y viñetas

a. Sí (pasar a pregunta 25)

a.b. No, di de forma simultánea la lactancia materna y artificial desde el principio (pasar pregunta 26)

b.c. Otra situación (especificar)

25. ¿A qué edad del niño **introdujo la lactancia artificial?** _____ meses _____ semanas

26. ¿Cuántas tomas de biberón y cuántas tomas de pecho al día realizaba su hijo/a mes a mes? (incluir las tomas nocturnas).

	Edad del niño en meses					
	1 M	2 M	3 M	4 M	5 M	6 M
Nº tomas de biberón al día						
Nº tomas de pecho al día						

12)27. Cuando introdujo la lactancia artificial, ¿cuál fue la razón? Puede escoger más de una opción.

Con formato: Numeración y viñetas

a.a. Hipogalactia (déficit o poca cantidad de leche)

b.b. Dificultad del bebé de cogerse al pecho

c. Escasa ganancia de peso del niño

d. Experiencia negativa en una lactancia anterior

e.e. Cuestiones laborales por parte de la madre

f. Problemas de salud de la madre (Especificar): _____

g. Otros (Especificar): _____

Con formato: Numeración y viñetas

13)28. ¿Qué persona le influyó más a la hora de tomar la decisión?

Con formato: Numeración y viñetas

a. Usted sola

b. Se lo aconsejó su médico

c. Se lo aconsejó su matrona

d. Su pareja

e. Otras personas: _____

29. ¿Qué tipo de agua utilizó al preparar los biberones?

1. Agua municipal del grifo

2. Pozo privado

3. Agua embotellada. Especificar marca _____

4. Otro origen (especificar) _____

99. No sabe/No contesta

Con formato: Numeración y viñetas

35. ¿Ha dado a su hijo algún biberón con **agua o infusión de hierbas**?

a. Sí

b. No

Cuál: _____

¿Cuándo lo introdujo por primera vez: ____ / _____

¿Con qué frecuencia?

- a. menos de 1 por mes.
- b. 1-3 veces por mes.
- c. 1-3 veces por semana.
- d. 1 por día.
- e. más de uno por día

38. Durante estos meses de lactancia materna, ¿**necesitó sacarse leche** por motivo laboral u otro?

1. Sí

(rellenar la tabla)

2. No

(pasar a pregunta 36)

Forma de conservar la leche	Nº tomas/edad del niño en meses					
	1	2	3	4	5	6
Nevera						
Congelador						

A continuación, pasaremos a preguntarle por la alimentación complementaria de su hijo/a.

Alimentación complementaria

39. Especifique en relación a cada alimento que consume su hijo/a: cuándo empezó a comerlo, la marca si procede, y la frecuencia de consumo.

Tipo de alimento	Edad del niño (<i>en meses y semanas</i>)	Preparado casero, comercial o mixto	Si comercial: nombre y marca	¿Cuántas veces al día lo toma actualmente?					
				1/sem	2-4/sem	5-6/sem	1/día	2-3/día	4-5/día
Fruta1.									
Fruta2.									
Fruta3.									
Fruta 4.									
Zumos de frutas									
Cereales sin gluten									
Cereales con gluten									
Pan									
Galletas									
Verdura1									
Verdura2									
Verdura3									
Pollo									
Carne de vacuno									
Pescado									
Leche de vaca									
Yema de huevo									
Huevo entero									
Otro1.									
Otro2.									
¿Ha experimentado algún problema con algún alimento? En caso de que sí. Descríbelo.									

CUESTIONARIO SOBRE USO DE MEDICAMENTOS

3. ¿Desde que nació su hijo, ha tomado usted algún medicamento para alguno de los siguientes problemas de salud que a continuación le leeré?

a. Si (completar en la tabla 1) b. No

- 1. Problemas en el parto (especificar)
- 2. Dolor de la episiotomía
- 3. Dolor de cabeza
- 4. Otros dolores
- 5. Catarro o resfriado
- 6. Otras infecciones (especificar)
- 7. Problemas para dormir

- 8. Ansiedad
- 9. Depresión
- 10. Estreñimiento
- 11. Hemorroides
- 12. Varices
- 13. Problemas de anemia
- 14. Problemas de ojos (especificar)

- 15. Problemas de piel (especificar)
- 16. Problemas hormonales (especificar)
- 17. Suplementos vitamínicos o minerales (especificar)
- 18. Cremas, productos de herboristería, homeopatía (especificar)
- 19. Otros (especificar)

Tabla 1 Motivo	Nombre del medicamento ¿Qué medicamento tomó? ¿De cuantos miligramos o g?	Forma farmacéutica ¿Pastillas, supositorios, inyectable...?	Fecha inicio	Fecha fin	Frecuencia ¿Cada día, 1/semana, 1/mes...?	Posología ¿Cuánto/día?	¿Quién lo prescribió?
			//_	_/_/_			
			//_	_/_/_			
			//_	_/_/_			
			//_	_/_/_			

2. ¿Ha recibido algún tipo de consejo en relación con el consumo de fármacos durante la lactancia?

a. Si ¿De quién?: b. No

1. Médico 2. Farmacéutico 3. Enfermera 4. Otros

5. ¿Desde que nació su hijo, le ha administrado algún medicamento?

(Incluir los medicamentos de la sección de infecciones y completar)

a. Si

(completar en la tabla 2)

b. No

Tabla 1 Motivo	Nombre del medicamento ¿Qué medicamento tomó? ¿De cuantos miligramos o g?	Forma farmacéutica ¿Pastillas, supositorios, inyectable...?	Fecha inicio	Fecha fin	Frecuencia ¿Cada día, 1/semana, 1/mes...?	Posología ¿Cuánto/día?	¿Quién lo prescribió?
			__/__/____	__/__/____			
			__/__/____	__/__/____			
			__/__/____	__/__/____			
			__/__/____	__/__/____			

- 1. cápsulas, grageas, comprimidos
- 2. supositorios
- 3. tópica piel (pomadas, parches)
- 4. inhalatoria

- 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes)
- 6. inyectables, intramuscular
- 7. endovenosa

- 11 => doctor/a,
- 12=> farmacéutico/a,
- 13=> enfermero/a,
- 14=> automedicación,
- 15=> otros (no especificar)

QUESTIONARIO INFECCIONES/ALERGIAS

1.- ¿Qué frase describe mejor a **su hijo/a** en los primeros 6 meses?

Nunca tiene pitos, aunque esté resfriado y mucoso,
o tenga otra infección (nº episodios =0)1

Ocasionalmente o a veces tiene pitos (nº episodios =1-3).....2

Tiene pitos la mayor parte del tiempo o siempre, (nº episodios =4 o más).....3

Nota para leer al entrevistado:

Por sibilantes o pitos queremos decir silbidos procedentes del pecho, pero no la respiración ruidosa debida a la nariz tapada. Por "otra infección" queremos decir dolor de garganta, infección del oído o fiebre.

2 - ¿Cómo describiría los episodios de pitos que tiene su hijo/a?

Tiene pitos sólo cuando está resfriado o tiene otra infección..... 1

Cuando está resfriado o tiene otra infección no aumentan sus pitos.....2

Cuando está resfriado o tiene otra infección aumentan sus pitos..... 3

3 - ¿Qué frase describe mejor a **su hijo** en los primeros 6 meses?

(por pecho cargado queremos decir la sensación de ruidos o flemas en el pecho)

Nunca tiene el pecho cargado, aunque esté resfriado y mucoso, o tenga otra infección.....1

Ocasionalmente o a veces tiene el pecho cargado.....2

Tiene el pecho cargado la mayor parte del tiempo o siempre lo esta.....3

3a – ¿Ha tenido su hijo/a **una tos** que haya durado **más de 3 semanas**?

Ninguna.....1

1 o 2 episodios de tos > 3 semanas.....2

Entre 3 y 4 episodios de tos > 3 semanas.....3

Entre 5 y 6 episodios de tos > 3 semanas.....4

Tiene tos la mayor parte del tiempo.....5

NS/NC.....9

3b – ¿Su hijo ha sido **visto por un pediatra** o médico **por una tos** que haya durado **más de 3 semanas** y que **no se debiera a resfriado o gripe**?

SI.....1

NO.....2

NS/NC.....9

3c ¿Cuántas ocasiones?

4 - ¿Cuántas veces ha estado su hijo **resfriado o con la nariz mucosa** en los primeros 6 meses?

Ninguna..... 1

1 o 2..... 2

Entre 3 y 5..... 3

Más o menos siempre lo está..... 4

NS/NC..... 9

5 - ¿Cuántas infecciones del oído ha tenido su hijo en los primeros 6 meses?

Ninguna.....1 (pasar a pregunta 6)

1 o 2 2

Entre 3 y 4..... 3

Entre 5 y 6 4

NS/NC..... 9

5a -¿Qué **edad tenía** cuando su hijo cuando tuvo su **primer episodio de otitis**? (meses).....

PASA A PREG 3

6 - ¿Ha padecido alguno de los siguientes trastornos en la piel? (puede señalar más de uno)

- Varicela.....1
- Eczema atópico.....2
- Eczema seborreico.....3
- Herpes Simplex.....4
- Impétigo.....5
- Ninguno.....6

7 - ¿Algún médico le ha dicho alguna vez que su hijo tenía una infección en el pecho?

- SI.....1 Cuál: _____
- NO.....2
- NS/NC.....9

7 a- ¿A su hijo/a le ha sido diagnosticado/a alguno de estos problemas respiratorios? Indique su fecha de aparición.

	Fecha de aparición	Medicación recibida
Bronquiolitis.....1	___/___/___	_____
Neumonía.....2	___/___/___	_____
Bronquitis.....3	___/___/___	_____

8 – Señale si en los primeros 6 meses ha requerido asistencia médica para su hijo, fuera del control pediátrico habitual. Puede marcar más de una opción.

- No..... 1
- Visita ambulatoria a un centro de atención primaria..... 2
- Visita ambulatoria a un centro de atención privado (mutua)..... 3
- Visita a urgencias en un centro hospitalario..... 4
- Ingresos..... 5

- 8.1. Si 2, motivos:
- 8.2. Si 3, motivos:
- 8.3. Si 4, motivos:
- 8.4. Si 5, motivos:

9 - En los primeros 6 meses ¿Su hijo ha tomado alguna vez antibióticos?

- SI.....1
- NO.....2
- NS/NC.....9

10 - ¿Por qué? (puede señalar más de una opción)

	10a -Nº de veces
Pecho.....1	_____
Oído.....2	_____
Piel.....3	_____
Otras:4	_____

11 - En los primeros seis meses de vida su hijo/a ¿ha padecido algún cuadro de diarrea y vómitos?

- SI.....1 11 a ¿En cuántas ocasiones?
- NO.....2 (pasar a la pregunta 12)
- NS/NC.....9

12 - ¿Su hijo/a ha presentado algún tipo de reacción con algún alimento durante estos seis meses?

- SI.....1 (complete la siguiente tabla)
- No.....2 (pasar a la pregunta 14)

Indicar tipo de alimento	Indicar sitio de reacción ^A	Tipo de reacción ^B
1.		
2.		
3.		
4.		

A. Por sitio de reacción se entiende los órganos o sistemas donde se manifiesta la alergia alimentaria (ej. cutánea, intestinal, conjuntival, respiratoria).

B. Por tipo de reacción, se entiende el tiempo que transcurre entre la incorporación del alimento y la aparición de los síntomas. Así se describen reacciones: 1) inmediatas cuando aparecen los síntomas dentro de los 90 minutos, 2) mediatas en las cuales la clínica aparece dentro de las primeras 48 horas 3) tardías cuando los síntomas aparecen mas allá de los dos días de ingerir el alimento.

12 b- ¿Ha eliminado el alimento/s de su alimentación?

Si.....1 12c. Indicar el/los alimentos eliminados

No.....2

13 – ¿Alguno de esos episodios fue caracterizado como una alergia alimentaria, por un médico?

Si.....1 Especificar prueba diagnóstica: _____

No.....2

14 – Algún médico le ha diagnosticado eczema atópico durante estos 6 meses?

Si 14 a ¿Persiste hasta hoy este problema? Si No

No

14 b- ¿Qué fármacos le fueron prescritos para tratar ese problema?

15 – Actualmente, enumere si su hijo/a tiene alguna de estas condiciones en la piel

a. Piel seca en general	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b. Manchas rojas en la piel que pican	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Estas manchas se localizan en:		
c1. Zonas de flexión	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
(Pliegue del codo, detrás de las rodillas, alrededor del cuello, frente del tobillo)		
c2. Superficie externa (brazos y piernas)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c3. Mejillas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

11 ⇒ doctor/a,
12 ⇒ farmacéutico/a,
13 ⇒ enfermero/a,
14 ⇒ automedicación,
15 ⇒ otros (no especificar)