

Encuesta sobre la alimentación del bebé al momento del alta materna

Muchas gracias por tomarse el tiempo de completar esta breve encuesta sobre su experiencia reciente de parto. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar la atención que brindamos a madres e infantes.

Sección 1. Preguntas para determinar su elegibilidad	
1. ¿Su bebé nació antes de las 37 semanas de gestación?	☐ Sí (si respondió "sí", no continúe con la encuesta.) ☐ No
2. ¿Cuántos días de nacido tiene su bebé hoy?	☐ 1-3 días de nacido ☐ 15-30 días de nacido ☐ 4-7 días de nacido ☐ Más de un mes (si el bebé tiene más de un mes, no continúe con la encuesta) ☐ 8-14 días de nacido
3. ¿Su bebé recibió leche materna en algún momento (puesto al pecho; leche materna extraída administrada con biberón, taza, cuchara, jeringa; o leche donada)?	☐ Sí ☐ No (omite las preguntas 6.a-c, 9, 10, 11)
Sección 2. Preguntas sobre su estadía hospitalaria	
4. ¿Visitó esta clínica u hospital para visitas prenatales durante su embarazo?	☐ Sí ☐ No (pase a la pregunta 6) ☐ No recuerdo (pase a la pregunta 6)
5. Cuando acudió a esta clínica u hospital para visitas prenatales durante su embarazo, ¿alguien le enseñó sobre la lactancia materna?	☐ Sí ☐ No ☐ No recuerdo
6. Durante su estadía hospitalaria, ¿alguien en esta clínica u hospital le ayudó o enseñó...	
a. ...cómo posicionar a su bebé para amamantar? (Instrucciones: omita si el bebé no fue amamantado)	☐ Sí ☐ No ☐ No recuerdo
b. ...cómo saber si su bebé está recibiendo suficiente leche materna? (Instrucciones: omita si el bebé no fue amamantado)	☐ Sí ☐ No ☐ No recuerdo
c. ...cómo extraer su leche materna? (Instrucciones: omita si el bebé no fue amamantado)	☐ Sí ☐ No ☐ No recuerdo
d. ...cómo identificar si su bebé tiene hambre?	☐ Sí ☐ No ☐ No recuerdo
e. ...cómo saber si su bebé está satisfecho?	☐ Sí ☐ No ☐ No recuerdo
f. ...los riesgos del uso de biberones? (Instrucciones: omita si el bebé no fue amamantado)	☐ Sí ☐ No ☐ No recuerdo
7. ¿Su bebé fue colocado sobre su pecho o abdomen desnudo inmediatamente después de nacer (sin ser pesado ni examinado primero)?	☐ Sí ☐ No (pase a la pregunta 9) ☐ No recuerdo (pase a la pregunta 9)
8. ¿Su bebé permaneció sobre su pecho o abdomen desnudo sin ser retirado durante al menos una hora después de nacer?	☐ Sí ☐ No ☐ No recuerdo
9. ¿Su bebé fue amamantado en la primera hora después del nacimiento? (Instrucciones: omita si el bebé no fue amamantado)	☐ Sí ☐ No ☐ No recuerdo

10. ¿Usted le dio a su bebé algo distinto a leche materna (como fórmula infantil o agua) durante su estadía hospitalaria en esta clínica u hospital? <i>(Instrucciones: omita si el bebé no fue amamantado)</i>	☐ Sí (marque todas las que correspondan) ☐ Fórmula infantil ☐ Agua con o sin azúcar ☐ Algún otro alimento o bebida ☐ No ☐ No recuerdo
11. ¿Alguien más le dio a su bebé algo distinto a leche materna (como fórmula infantil o agua) durante su estadía hospitalaria en esta clínica u hospital? <i>(Instrucciones: omita si el bebé no fue amamantado)</i>	☐ Sí (marque todas las que correspondan) ☐ Fórmula infantil ☐ Agua con o sin azúcar ☐ Algún otro alimento o bebida ☐ No ☐ No recuerdo
12. ¿Alguien retiró a su bebé de su habitación por algún motivo durante su estadía hospitalaria en esta clínica u hospital?	
a. Si respondió "sí", por favor indique el motivo:	
13. ¿Su bebé permaneció con usted en su habitación durante toda la estadía hospitalaria?	
a. Si respondió "no", por favor indique el motivo:	
14. ¿Alguien en esta clínica u hospital le informó dónde puede recibir apoyo para la lactancia materna después del alta hospitalaria? (por ejemplo, apoyo brindado por profesionales de salud, consejeros comunitarios, ya sea en clínicas, hospitales, centros comunitarios o en el hogar)	
Sección 3. Preguntas sobre la experiencia del paciente	
15. Siente que la información que recibió durante el cuidado prenatal sobre qué esperar en el hospital fue:	
☐ No fue suficiente ☐ Fue suficiente ☐ Mejor de lo que esperaba ☐ ¡Fue demasiada!	
16. Siente que la cantidad de apoyo en la lactancia que recibió en el hospital fue:	
☐ No fue suficiente ☐ Fue suficiente ☐ Mejor de lo que esperaba ☐ ¡Fue demasiada!	
17. Si tuvo contacto piel con piel con su bebé después del parto, díganos cómo se sintió:	
☐ No me gustó ☐ Estuvo bien ☐ Me gustó ☐ ¡Me ENCANTÓ! ☐ No tuve contacto piel con piel	
18. Si su bebé estuvo en la habitación con usted todo el tiempo durante la estadía hospitalaria, díganos cómo se sintió:	
☐ No me gustó ☐ Estuvo bien ☐ Me gustó ☐ ¡Me ENCANTÓ! ☐ Mi bebé no estuvo conmigo en la habitación todo el tiempo	

19. Si ya había dado a luz a un bebé en este hospital antes, díganos si la atención esta vez fue:	☐ Peor que la vez anterior ☐ Igual ☐ Mejor esta vez ☐ MUCHO mejor esta vez
20. Si lo desea, comparta cualquier otro comentario sobre su experiencia de parto en este hospital:	

Gracias por su participación. Su opinión será de gran utilidad para mantener buenas prácticas de alimentación infantil en nuestro hospital.