

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL.

Influencia de factores socioeconómicos, culturales e individuales en el inicio y en la duración de la lactancia materna ESTUDIO LAYDI

INDICE:

Resumen

- I. Introducción
- II. Hipótesis y objetivos
- III. Metodología
- IV. Relevancia científica y práctica de la investigación
- V. Fases del estudio
- VI. Autores
- VII. Bibliografía
- VIII. Presupuesto
- IX. Anexo I Hoja Informativa
- X. Anexo II Consentimiento informado
- XI. Anexo III Escala BESES-SF
- XII. Anexo IV: Tabla 1: PAPenRed; Tabla 2: Ítems del Desarrollo Psicomotor; Tabla 3: Listado de patologías; Tabla 4: Resumen visitas y actividades; Escala de Frecuencia de consumo de alimentos y bebidas.

Estudio colaborativo con el Instituto de Desarrollo Humano Fraser Mustard, Universidad de Toronto y La Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad de Medicina Julio Trigo López, Departamento de Crecimiento y Desarrollo Humano



El presente estudio cuenta también con la colaboración del Área de Medicina Preventiva y salud Pública de la Universidad de Oviedo y Grupo 53 del Ciber de epidemiología y salud pública (CIBERESP)

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

RESUMEN:

Introducción y Objetivos

La OMS recomienda la lactancia materna (LM) exclusiva los 6 primeros meses. La LM reduce la morbilidad infecciosa, protege contra la obesidad, atopia y puede facilitar el desarrollo de habilidades cognitivas.

El objetivo del trabajo es describir las características de la lactancia en nuestra población y de los factores que se asocian al inicio y duración de la LM, identificar percepciones de las madres acerca de su autoeficacia en el amamantamiento y describir el desarrollo de los lactantes durante los dos primeros años de vida.

Metodología:

Estudio longitudinal prospectivo de una cohorte de nacidos entre abril de 2017 y marzo de 2018 que acuden a consulta de Pediatras de Atención Primaria (PAP) de la red de investigación PAPenRED. La muestra total oscilaría entre 2.400 y 3.840 recién nacidos.

Variables: biológicas; culturales, socioeconómicas; relacionadas con embarazo y nacimiento; con la alimentación, con la autoeficacia en el amamantamiento, desarrollo psicomotor, y morbilidad.

Procedimientos estadísticos: la duración de la LM se hará mediante análisis de supervivencia. Para cada variable cualitativa se calculará frecuencia con intervalo de confianza (95%). Para las variables cuantitativas, se calculará, media aritmética, desviación estándar, mediana y rango intercuartílico, Para las comparaciones se considerará el tipo de lactancia como variable cualitativa en cada edad de corte, calculándose los riesgos. Mediante modelo de regresión logística se calculará la relación de LM con las variables en forma de Odds Ratio con Intervalos de confianza (95%).

Planificación: Recogida de datos desde abril de 2017 durante 3 años. El informe definitivo se completará a partir de abril de 2020 para publicación y diseño de estrategias de mejora.

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

I.- INTRODUCCIÓN

Recomendaciones sobre lactancia materna y su influencia en el desarrollo de la población

La Organización Mundial de la Salud (1), recomienda que se alimente a todos los lactantes con leche materna de forma exclusiva, durante los 6 primeros meses de vida y que después se continúe amamantando, mientras se añaden alimentos apropiados. En 2006 se publican las Recomendaciones Estándar para la alimentación del lactante y niño pequeño en la Unión Europea (2). El Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, asumiendo estas recomendaciones en 2005 publicó un documento guía para los pediatras españoles (3).

El cumplimiento de las recomendaciones internacionales, tiene un efecto sensible en la salud del binomio madre/hijo y, en particular, en la promoción del desarrollo físico, intelectual, mental y social del niño. A partir de los datos de una revisión sistemática de la OMS de 2013 (4), se considera que, a corto plazo, a nivel mundial, los niños que cumplen esas orientaciones tienen un riesgo reducido de morbilidad infecciosa y de mortalidad y un menor riesgo de anemia por déficit de hierro, además de que puede conferir protección contra la obesidad y las enfermedades atópicas y facilitar el desarrollo de las habilidades cognitivas en años posteriores de la vida.

En una revisión sistemática del año 2007 traducida y publicada en Evidencias en Pediatría en 2008 (5), la LM, se asoció con una disminución del riesgo de otitis media aguda, gastroenteritis inespecífica, infecciones respiratorias bajas graves, dermatitis atópica, asma (niños pequeños), obesidad, diabetes tipos 1 y 2, leucemia infantil, síndrome de muerte súbita del lactante y enterocolitis necrotizante; no se observó asociación entre LM y mortalidad infantil en los países desarrollados.

Un estudio de 2009 (6) encuentra que el riesgo de obesidad posterior es menor en población que tomó LM y su prevalencia está en relación directa con el tiempo de duración de la LM.

La relación entre LM y pruebas de inteligencia en jóvenes se estudió en Dinamarca encontrándose una asociación positiva (7). La influencia de la LM sobre los problemas de conducta en niños de 5 años se estableció con datos de 10.037 niños en una cohorte del Reino Unido (EMC) (8). Un estudio multicéntrico realizado en España y publicado en 2017, proporciona una prueba más de una asociación positiva de la LM con la función cognitiva y también sugiere un papel protector contra los rasgos autistas (9)

Una nueva revisión sistemática publicada en 2016 confirma los datos hasta aquí expuestos y concluye que la ampliación de la lactancia materna a un nivel casi universal podría evitar en el

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

mundo, 823.000 muertes anuales en niños menores de 5 años y 20.000 muertes anuales por cáncer de mama (10).

Factores que influyen en la prevalencia de la LM:

El inicio y el abandono prematuro de la lactancia se relaciona con factores que actúan conjuntamente (11,12) a nivel: individual de la madre (su motivación, sus conocimientos y creencias, su experiencia previa, su falta de confianza en amamantar...) a nivel comunitario y a nivel socio-cultural: factores sociológicos, la red familiar, la existencia de otras redes de apoyo, las creencias socio-culturales predominantes, los medios de comunicación, características del sistema sanitario hospitalario y de atención primaria. La falta de confianza materna para amamantar es un aspecto destacado por las propias madres cuando hablan de su experiencia y un importante predictor del abandono prematuro de la lactancia

Para mejorar las tasas poblacionales de lactancia son necesarias intervenciones desde los tres niveles citados. La mejora de la atención perinatal en el marco de la *Baby-Friendly Hospital Initiative* o La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) (13) son ejemplos de estas intervenciones, con resultados positivos descritos en una revisión sistemática publicada en 2008 (14)

Un resumen crítico estructurado sobre una posterior revisión sistemática (2016) con 110 estudios (15), señala que las intervenciones de educación sanitaria y apoyo aumentan los porcentajes de lactancia materna exclusiva (LME) y disminuyen la proporción de lactantes que no reciben lactancia materna al nacimiento, en menores de un mes y entre uno y cinco meses.

Instrumentos de medida en relación con la Lactancia Materna:

En el año 2011, se publicó una exhaustiva revisión sobre las propiedades psicométricas de las herramientas desarrolladas en relación a los siguientes aspectos de la lactancia materna: actitudes, experiencia, satisfacción y confianza (16). Se analizaron 301 artículos; se seleccionaron 24 y finalmente solo 7 escalas cumplieron los requisitos mínimos de fiabilidad y validez para ser utilizadas en investigación; entre ellas la escala BSES-SF (Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form): desarrollada por Dennis y Faux en 1999 (17,18) escala para medir la autoeficacia de las madres para la LM. Con 33 ítems en su versión original, los mismos autores desarrollaron una versión abreviada de 14 ítems. Este cuestionario ha sido adaptado al español por el equipo de Oliver-Roig (19,20). Es útil para identificar a madres con dificultades en la lactancia (21) y ha sido utilizada para la evaluación de intervenciones de apoyo en diferentes países en España (22,23), Brasil, Turquía, China, Japón, Croacia, Canadá.

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

Situación actual en España:

En España no se recogen datos oficiales de inicio de lactancia por lo que no sabemos qué proporción de mujeres inicia el amamantamiento.

Los datos existentes hasta el momento proceden mayoritariamente de encuestas realizadas por profesionales sanitarios a nivel regional y de forma puntual, lo que no permite una correcta valoración inicial ni un seguimiento temporal (24).

Uno de los estudios más amplios sobre prevalencia de LM realizados en España fue el impulsado por el Comité de Lactancia Materna de la AEP en 1997, en el que se realizó una encuesta transversal en 18 provincias. La tasa de LM (exclusiva + mixta) fue del 77,6% al primer mes de vida, el 54,6% a los 3 meses, el 25% a los 6 meses y el 7% al año de vida (25).

Los datos que se tienen a nivel estatal son extraídos de las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) (26). La LME más la parcial, a las 6 semanas, se ha mantenido bastante estable entre 1995 y 2012 con cifras globales alrededor del 71%. En los últimos 15 años, se aprecia un aumento progresivo de las cifras de LM (Exclusiva más parcial) a los 3 y 6 meses. Las prevalencias son inferiores si se valora la LME siendo en 2012 del 66,2% a las 6 semanas, del 53,6% a los 3 meses y del 28,5% a los 6 meses (27).

Existen diversas publicaciones que analizan ámbitos concretos, entre las recientemente publicadas, en Aragón los datos del estudio CALINA (28) presentan prevalencias de LME del 40% a los 4 meses e inferior al 20% a los 6 meses.

En un reciente estudio llevado a cabo por PAPenRed en 2015, recogiendo datos de 2011 niños recién nacidos de todas las CC. AA. (29), en el momento de la primera visita a las consultas de atención primaria, tomaban LME el 63,15%. Cifras todas ellas alejadas de las recomendadas nacional e internacionalmente.

Respecto a los principales motivos para el inicio y finalización de la LM en España en un trabajo publicado en 2016 (encuesta *online* a mujeres españolas con niños menores de 2 años) el principal motivo para suspender la lactancia fue la sensación de baja producción de leche, seguido de la incorporación al trabajo (30)

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

II.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

La decisión de lactar naturalmente al hijo y la duración de dicha lactancia es multifactorial. Son escasos los trabajos realizados en España con datos acerca de los conocimientos, experiencias, percepciones, grado de satisfacción, autoeficacia para el amamantamiento, ayudas recibidas y dificultades reales y sentidas por las madres para la lactancia. Es preciso conocer y reflexionar acerca de la influencia que los diferentes factores ejercen sobre la opción de la LM y que probablemente actúen con diferente intensidad a lo largo de los primeros meses de la relación madre- hijo.

La hipótesis del trabajo es que el mejor conocimiento de estos factores, así como de la influencia de la LM en el desarrollo de los lactantes en nuestro medio, pueda contribuir a diseñar estrategias de mejora.

Objetivo General

Describir las características de la LM en nuestra población y de los factores que se asocian a su inicio y duración, para diseñar estrategias de participación comunitaria e intersectorial, que favorezcan el uso de este tipo de alimentación promoviendo de esta forma, la prevención de enfermedades infecciosas agudas y crónicas no transmisibles y un mejor crecimiento y desarrollo desde las edades tempranas de la vida.

Objetivos Específicos:

- Identificar los conocimientos, apoyos y experiencias previas de las madres que puedan influir en la decisión de iniciar o no la LM.
- Valorar la autoeficacia para la LM como factor de influencia en su mantenimiento.
- Identificar factores asociados con el inicio y la duración de la LM y en particular, las relaciones que existen entre la LM, las percepciones, actitudes y satisfacción de las madres y el crecimiento infantil.
- Identificar factores externos a las madres que puedan influir en el inicio y mantenimiento de la LM
- Describir el desarrollo y la morbilidad de los lactantes durante los dos primeros años de vida tomando en consideración la alimentación y las variables biológicas, socioeconómicas y culturales.

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

III.- METODOLOGÍA

Estudio longitudinal prospectivo de una cohorte de niños nacidos entre abril de 2017 y marzo de 2018, que acudan por primera vez a las consultas de atención primaria de los PAP pertenecientes a PAPenRed (340 de todo el territorio nacional) y reúnan los criterios de inclusión.

Población:

En 2014, la población de 0 a 14 años en España era de 7.069.372. El número total de pediatras de AP 6400. En función de estos datos, considerando las diecisiete CC. AA. de España, la muestra de pediatras centinela/investigadores de la red se distribuye entre CC. AA., asignando una parte uniforme en función del número de pediatras. El estrato base se sustentó en la C. A. que menos pediatras tiene (La Rioja), en la que debía haber, al menos, un pediatra. A partir de este dato se calculó el porcentaje de pediatras que debían formar parte de la RED en cada CC. AA., resultando un total de 340 pediatras (tabla 1). Cada uno de ellos tiene una media aproximada de 1040 tarjetas sanitarias asignadas por lo que el total de la población teórica incluida en el estudio es de 348.600 niños, lo que supone el 4.96% del total de la población menor de 15 años. El tipo de muestreo utilizado es bietápico estratificado. Las unidades de primera etapa son las CC. AA., las unidades de segunda etapa son las áreas de salud

Sujetos de Estudio

En 2015 nacieron en España 426.303 niños. Cálculo de la muestra: Con un margen de error del 2’5% con un nivel de confianza del 95% para toda la población pediátrica residente en España la muestra necesaria sería de 1500 niños; dado que se van a registrar datos de morbilidad, para eliminar el efecto estacional se ha decidido ampliar la muestra. Se incluirán niños nacidos en todos los meses del año; un niño cada mes por cada PAP de la Red (el primer recién nacido (RN) del mes que acuda a la consulta y cumpla criterios) hasta completar 12 niños en el año/por PAP completando una muestra total que oscilaría entre 2.400 y 3.648 recién nacidos (según el número de participantes y las posibles pérdidas).

Criterios de inclusión

- Acudir a la consulta de pediatría de AP en el periodo de estudio.
- Edad menor de 15 días de vida en el momento de la primera consulta.
- Firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Prematuros de menos de 37 semanas. Bajo peso al nacimiento menor de 2.400 gramos en niños y 2100 en niñas. Parto múltiple (más de uno) Ingreso en Maternidad o Neonatología durante más de 5 días. Malformaciones o patología grave. Niños cuyas madres tengan una afectación de salud moderada a severa durante el embarazo o período puerperal. Hijos de madres que no tengan

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

suficiente capacidad lingüística oral y escrita en español. Negativa de la familia a participar. Familias cuya movilidad habitual impida su seguimiento. Tener más de 15 días de edad al inicio del estudio

Clasificación de las variables y definición de términos

- **Variables de Identificación:** Código del PAP de la Red. Código del niño y código de la visita (Ver recomendaciones para los PAP colaboradores). Fecha de nacimiento y sexo.
- **Variables biológicas culturales y socioeconómicas:** Edad de la madre y del padre. Nivel educacional de la madre y del padre: sin estudios; estudios primarios; secundarios; universitarios. Ocupación de la madre y del padre: trabajando (autónomo/ asalariado); desempleo; incapacidad laboral; estudiando (solo); estudiando y trabajando. Composición familiar: convivientes (abuelos, hermanos otros). Estado conyugal de los padres. Tabaco padre/ madre. Enfermedad crónica de la madre (diabetes, hipertensión, obesidad, asma, alergias alimentarias, rinitis alérgica otras). Enfermedad crónica del padre (diabetes, hipertensión, obesidad, asma, alergias alimentarias, rinitis alérgica otras). Forma de alimentación durante la lactancia de otros hijos y enfermedades crónicas.
- **Variables relacionadas con el embarazo y el nacimiento:** Paridad de la madre. Estado nutricional de la madre al inicio del embarazo (IMC). Estado de salud de la madre al momento del nacimiento. Lugar de nacimiento. Tipo de parto. Edad gestacional al nacimiento. Peso, longitud y perímetro cefálico del niño al nacimiento. Estado de salud del RN en el momento del nacimiento, valorado mediante Test de APGAR al 1 minuto y 5 minutos.
- **Variables relacionadas con la alimentación del niño y hábitos:** Experiencias y conocimientos previos de la madre respecto a LM. Influencias externas en la decisión acerca de la alimentación que recibirá el RN. Momento en que la madre decidió el tipo de alimentación para su hijo. Contacto del niño y la madre tras el nacimiento. Tipo de alimentación al nacimiento. Grado de satisfacción de la madre y problemas en relación con la LM. Edad y motivo de administración de lactancia artificial. Edad y motivo de abandono de la LM. Alimentación complementaria: Edad de inicio e introducción de los diferentes alimentos; forma de administración y frecuencia de consumo de alimentos y bebidas: (encuesta adaptada de la Encuesta Nacional de Alimentación en la Población infantil y Adolescente 2013-2014. Encuesta ENALIA). Sueño: despertares nocturnos. Utilización del chupete. Cuidador habitual: familiar, cuidador contratado, guardería (asistencia de más de 2 horas al día, más de tres días a la semana).

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

- **Variables relacionadas con la autoeficacia para el amamantamiento:** Escala de Autoeficacia para la lactancia materna BSES-SF (Anexo III). La Escala se puntuará del 1 al 5 en cada pregunta y el resultado será la suma de todas las respuestas.
- **Variables de resultados:** Somatometría: Peso, longitud y perímetro cefálico. Para la valoración de normopeso, sobrepeso y obesidad se utilizarán las gráficas y criterios de la OMS. Para las comparaciones, se calcularán los Z score de los diferentes parámetros a partir de dichas gráficas.

Desarrollo psicomotor: principales hitos a los 4, 12, 18 y 24 meses según la tabla adaptada a partir de la de Haizea-Llevant (Tabla2). A cada hito se le adjudicará el lugar situado en la tabla en: <del 50%, 50%, 75%, 95% ó > de 95%. Morbilidad: número de episodios de las patologías más frecuentes según la base de datos de clínicos de Atención Primaria Sistema Nacional de Salud. BDCAP. 2012 (Tabla3)

Recogida de datos:

Se recogerán los datos en las consultas de PAP en las visitas que se programen: primera visita (antes de los 15 días de vida) y las sucesivas en los meses 1, 2, 4, 6, 12, 18 y 24 meses; serán registrados consecutivamente en una base de datos dinámica creada para el estudio en Google Drive con un formulario específico para cada visita, en los casos necesarios se podrán registrar los datos (*online* o manual) en formulario en formato Word que posteriormente se descargará a la encuesta en Google Drive.

Los cuestionarios serán debidamente anonimizados de manera que su única posible identificación corresponda al PAP participante en la investigación. Cada formulario se iniciará con el código del PAP y el código de identificación de cada niño. Cada visita tendrá además su propio código.

Los datos se recogerán en las consultas de pediatría por el pediatra (miembro de PAPenRed) y enfermera colaboradora, a partir de la encuesta a la madre y familia y si fuese preciso se completarán con el informe de alta de maternidad, la cartilla de salud infantil, la historia clínica y los informes de los servicios de urgencias. Las mediciones de somatometría se realizarán en las propias consultas por el pediatra o enfermera utilizando la dotación habitual de materiales de medición antropométrica homologados.

Procedimientos Estadísticos:

Análisis estadístico: la valoración de la duración de la lactancia materna en el total de la cohorte se hará mediante análisis de supervivencia. Para cada variable cualitativa se calculará la frecuencia (porcentajes) con su correspondiente intervalo de confianza al 95%. Para las cuantitativas según cumplan o no la ley normal se calculará para el análisis posterior la media

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

aritmética y desviación estándar o la mediana y el rango intercuartílico, respectivamente. Para las comparaciones se considerará el tipo de lactancia como variable cualitativa en cada edad de corte, calculándose los riesgos relativos (RR) para cada una de las variables presuntamente relacionadas. Con esos datos se construirá un modelo multivariante de regresión logística teniendo como variable dependiente el tipo de lactancia y como independientes los potencialmente relacionados según los resultados del análisis bivariante. De esta manera se obtendrán las Odds ratio (OR) con su intervalo de confianza al 95%. Como nivel de significación estadística se tomará un valor de $p \leq 0,05$

Se realizará un análisis descriptivo de la población de estudio atendiendo a sus características sociodemográficas y a su estilo de vida en función de cada variable de exposición a estudiar. Se calculará la correlación entre las variables de exposición y de efecto mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Analizaremos también la correlación parcial ajustando por las variables asociadas. Se aplicará la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson para la comparación de variables categóricas y la de ANOVA para la comparación de medias de cada variable de exposición en estudio.

Consideraciones éticas

El proyecto PAPenRED, obtuvo en su conjunto, la aprobación del Comité de Ética e Investigación Científica de Aragón. (Dictamen Favorable, Acta nº 19/2013; C.P.-C.I. PI13/00154). El presente estudio ha sido aprobado por el Comité de ética de la Investigación del Principado de Asturias (estudio nº 213/16) con fecha de 29 de diciembre de 2016. Y se ha comunicado a la fiscalía de menores de Oviedo. Cuenta así mismo con el Informe favorable de la Comisión Central de Investigación del Servicio Madrileño de Salud (23 de febrero de 2017).

Se facilitará a las familias la hoja de información del estudio (Anexo I) y la de consentimiento informado (Anexo II), de la hoja que se cumplimentarán dos copias, ambas firmadas por el médico y el responsable del paciente, quedando una en posesión del facultativo (deberá ser guardada hasta un año después de la finalización del periodo de recogida) y la segunda en poder de los padres o tutores legales del niño/a, a los que se les entregará junto con la hoja de información

En este estudio no se registrará ningún dato que permita la identificación del sujeto.

Las madres y/o padres de los niños/as participantes en la investigación serán informadas de su entera libertad para participar en la misma y de abandonarla en cualquier momento y sin consecuencia alguna si así lo decidieran. En los niños incluidos en el estudio, no se realizará ningún tipo de intervención diferente de las consultas habituales y las supervisiones de la salud

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

de la población infantil que los PAP llevan a cabo en sus consultas en el desarrollo del Programa de Salud Infantil.

Principales limitaciones

Al tratarse de un estudio de seguimiento habrá una pérdida inevitable de casos, para mitigar el problema, se ha ampliado el tamaño de la muestra. La encuesta representa un método altamente útil para la planificación sanitaria. La calidad de la encuesta viene determinada por el adecuado planteamiento metodológico, la selección óptima de la muestra y por la utilización de buenos instrumentos, diseñados para la obtención de la información. Sin embargo, está sujeta a elevado número de sesgos en relación con el error de no cobertura, error de no respuesta y sesgos debidos al entrevistador, particularmente en esta investigación donde los encuestadores atienden a poblaciones heterogéneas. Para ello, se dedicará tiempo suficiente para la formación de los entrevistadores de manera general, y específica. Para completar la formación y facilitar la recogida de datos se ha elaborado una exhaustiva hoja de recomendaciones- instrucciones para los colaboradores

El sesgo del observador afecta también a este tipo de estudios ya que quien recoge los datos está implicado directamente en la atención a la población infantil y su familia. Los participantes en el estudio son miembros de PAPenRed con experiencia previa en seis trabajos de investigación en los que se han utilizado las encuestas como herramienta para la recogida de datos.

Es conocida la variabilidad en los criterios diagnósticos por parte de los pediatras, por lo que, para minimizarla al máximo posible, se utilizarán las codificaciones internacionales de los programas informáticos de atención primaria (CIAP y CIE).

La dificultad de comunicación con la población de origen extranjero, provocará un porcentaje menor de dicha población en la muestra, fundamentalmente subsaharianos y asiáticos.

Para homogeneizar la recogida de datos, se ha recurrido además a la utilización de tablas y escalas Anexo IV)

IV.- RELEVANCIA CIENTÍFICA Y PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN

En la etapa de diseño del estudio se ha buscado la colaboración de instituciones internacionales interesadas en la promoción de la lactancia materna y en la mejora de la salud pública, (Instituto de Desarrollo Humano Fraser Mustard, Universidad de Toronto y La Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Departamento de Crecimiento y Desarrollo Humano) de manera que los datos registrados durante los 6 primeros meses de vida, son comunes lo que permitirá estudios comparativos. Se ha buscado además la colaboración de expertos en epidemiología y se ha obtenido la colaboración del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

de la Universidad de Oviedo y Grupo 53 del Ciber de epidemiología y salud pública (CIBERESP) expertos en estudios epidemiológicos y seguimientos de cohortes.

Los pediatras y enfermeras de atención primaria en el Servicio Público de Salud ocupan una posición privilegiada para llevar a cabo esta investigación; a sus consultas acude la mayoría de la población. A lo largo de un año, los pediatras han atendido en los centros sanitarios, al menos una vez, al 85% de su población asignada.

En el año 2014 se llevaron a cabo 33 millones de consultas en la población de 0 a 14 años en los centros públicos de atención primaria en España.

Desde la Pediatría de Atención Primaria, (pediatras y enfermeras) se ofrece a la población de manera sistematizada en diferentes consultas realizadas a determinadas edades, actividades en relación con la promoción, prevención y educación para la salud; actividades en relación con la supervisión del desarrollo físico y psicomotor valorándose también los hábitos en relación con la crianza, la alimentación, el sueño, los hábitos saludables, sin olvidar aspectos en relación con la familia y la comunidad, para lo que se siguen las recomendaciones del Programa de Salud Infantil, del grupo de trabajo PREVINFAD y las planteadas en la Cartera de Servicios. Se ofrece, además, atención a las patologías agudas y crónicas.

El seguimiento de la población infantil a lo largo de su vida, permitirá comprobar los efectos de la LM sobre el desarrollo de la población infantil estudiada. El estudio se ha diseñado de manera que interfiera lo menos posible en las consultas diarias registrándose los datos aprovechando las visitas habituales programadas.

Los resultados de la escala BSES-SF podrán ser comparados con los resultados de otros países y podría ser, además, un instrumento evaluador de posibles estrategias posteriores.

La utilización de tablas homologadas para el registro del desarrollo psicomotor (tabla de Haizea-Llevant); para el registro de morbilidad (base de datos BDCAP 2012) y la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos y bebidas (adaptada de la Encuesta Nacional de Alimentación en la Población infantil y Adolescente 2013-2014). Encuesta ENALIA; permitirá hacer estudios comparativos.

Los pediatras y enfermeras que participarán en el estudio forman parte de una Red de vigilancia/investigación (PAPenRed) estructurada, con 3 años de experiencia, constituida por PAP de todas las CC. AA., con recursos propios entre los que se incluye su página web: <https://www.aepap.org/grupos/PAPenRED/>. Su participación es voluntaria no remunerada.

De interés primordial es la **investigación traslacional** de manera que los resultados del estudio sirvan para diseñar estrategias que posteriormente se aplicarán en la práctica diaria. La Pediatría de Atención Primaria, parece el lugar idóneo para llevarlo a cabo. Se comunicarán

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

además, a través de la Asociación Española de Pediatría de atención primaria, (AEPap) las conclusiones del presente trabajo a las autoridades sanitarias: al Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad y a los Servicios de Salud y Consejerías de las diferentes CC.AA; se utilizará también la web Familia y Salud <http://www.familiaysalud.es/> para informar y educar a los niños y sus familias con el objetivo general de que el conjunto de la población infantil pueda verse beneficiado.

V: FASES DEL ESTUDIO

RESUMEN DE LA PLANIFICACIÓN DEL TRABAJO	
Fase 1: Último trimestre de 2016 y primero de 2017	
Grupo coordinador:	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiar y aprobar el protocolo de trabajo • Fijación de objetivos generales y específicos • Diseño de recogida de la información para alcanzar los objetivos • Descripción del estudio de investigación • Previsión de los recursos <ul style="list-style-type: none"> ○ Materiales ○ Humanos • Formación de los colaboradores
Fase 2: Recogida de datos: abril 2017- marzo 2018	
	<ul style="list-style-type: none"> • Realización del trabajo de campo • Revisión de cuestionarios • Envío de datos Supervisión y control del trabajo. • Comprobar que la recogida de datos se hace de la forma debida (se intenta descubrir aquellos errores que puedan invalidar parcial o totalmente la información recibida). Vigilancia datos parciales • Resultados parciales a los 6 meses
Fase 3: a partir de marzo de 2019	
	<ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento y depuración de datos Presentación de recomendaciones • Redacción del informe definitivo Publicación y comunicación de resultados • Diseñar las estrategias para aumentar el inicio y mantenimiento de la LM

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

VI.- AUTORES:

Investigadores principales:

Begoña Domínguez Aurrecoechea (pediatra de atención primaria. Equipo coordinador de PAPenRed)

César García Vera (pediatra de atención primaria. Zaragoza. Coordinador de PAPenRed)

Investigadores

Alfredo Cano Garcinuño (pediatra de atención primaria. Palencia. Equipo coordinador de PAPenRed.)

Guadalupe del Castillo Aguas (pediatra de atención primaria. Málaga. Equipo coordinador de PAPenRed)

Rubén García Pérez (pediatra de atención primaria. Bilbao. Responsable de la web de PAPenRed)

Ana Martínez Rubio (pediatra de atención primaria. Sevilla. Equipo coordinador de PAPenRed)

José María Mengual Gil (pediatra de atención primaria. Zaragoza. Equipo coordinador de PAPenRed)

Asesores:

Adenina Tardón, Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Acreditada como Catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública. Profesora Titular de Universidad del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública del Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo. Investigadora principal del grupo 53 del CIBER EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PUBLICA (CIBERESP).

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

VII.- BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra Suiza OMS 2002.
2. European Commission Directorate of Public Health and Risk Assessment infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union 2006
- 3.- Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J, La lactancia materna, como promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica, recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr(Barc) 2005; 63:340-56.
4. Horta BL, Victora, CG Long-term effects of breastfeeding: a systematic review En Organización Mundial de la Salud (2013) Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf
5. Aizpurua Galdeano P. Efectos de la lactancia materna sobre la salud de las madres y de los lactantes en países desarrollados. EvidPediatr. 2008;4:45. Traducción autorizada de: Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries University of York. Centre of Reviews and Dissemination (CRD). Database of Abstracts of Review of Effects (DARE).
6. Koletzko B, Kries R, Closa R et al. Can infant feeding choices modulate later obesity risk? Am J Clin Nutr 2009; 89: 1502S-8S.
7. Mortensen EL, Michaelsen Kf, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. JAMA 2002; 287:2365-71.
8. Perdikidi Olivieri L, Martín Muñoz P. La lactancia materna se asocia con un menor número de trastornos de la conducta en la infancia. Evid Pediatr. 2012;8:5.
9. Boucher O, Julvez J, Guxens M, Arranz E, Ibarluzea J, Sánchez de Miguel M, et al. Asociación entre la duración de la lactancia y el desarrollo cognitivo, rasgos autistas y los síntomas de TDAH: un estudio multicéntrico en España. Pediatr Res. 2017 Ene 4. doi: 10.1038 / pr.2016.238.
10. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GV, Susan Horton, Julia Krasevec, Simon Murch, Mari Jeeva Sankar, Neff Walker, Nigel C Rollins, for The Lancet Breastfeeding Series Group Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet 2016; 387: 475–90
11. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2009; 38: 259-268.
12. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. J Hum Lact 2004; 20: 30-38
13. Iniciativa IHAN: Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia [en línea] [fecha de consulta: 27-X-2011]. Disponible en: <http://www.ihan.es/>
14. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. J Clin Nurs 2008; 17:1132-1143.
15. Benito Herreros A. Revisión sistemática de las intervenciones para la promoción y práctica de la lactancia materna. EvidPediatr. 2016;12;35. Traducción autorizada de: Centre of Reviews and Dissemination (CRD). Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. University de York. Database of Abstracts of Review of Effects web site (DARE). Documento número: 12013069858 [en línea] [Disponible en: <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=12013069858>

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

16. Yen-Ju Ho and Jacqueline M. McGrath. A review of the Psychometric Properties of Breastfeeding Assessment tools. JOGNN.2010;39;4:386-400.
17. Dennis, C. L.& Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. Res Nurs Health. 22(5):399-409.
18. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN / NAACOG [2003 Nov-dec;32(6):734-44]
19. Llopis-Rabout-Coudray M, López-Osuna C, Durá-Rayó M, Richart-Martínez M, Oliver-Roig A. Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. Matronas Prof 2011;12:3-8.
20. Adaptación de Herramientas en el proceso de alimentación del lactante. Tesis Doctoral de R M Piñero Avelo dirigida por Richart Martínez M, y Velandrino-Nicolás A Alicante 2015. Universidad de Alicante Departamento de Enfermería 2015.
21. Bandura, A. Guía para la construcción de Escalas de Autoeficacia (versión revisada). EEUU: Universidad de Stanford. 2001
22. Lázaro Melero, N. Conocimientos y actitudes hacia la lactancia materna: identificación de necesidades educativas Trabajo de Fin de Grado de Nutrición humana y dietética Curso 2014 – 2015. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Disponible en <https://uvadoc.uva.es/TFG-M-N343>
23. Marco Alegría TD, Martínez Martínez D, Muñoz Gómez MJ, Sayas Ortiz I, Oliver- Roig A, Richart-Martínez M. Valores de referencia españoles para la versión reducida de la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna BSES-SF An Sist Sanit Navar. 2014;37(2),
24. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros Países. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría 2016 Disponible en <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
25. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría Informe Técnico sobre la lactancia materna en España An Esp Pediatr. 1999;50:333-40
26. Encuestas Nacional de Salud 1995, 2001, 2006, 2012. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/stadEstudios/estadisticas/encuestaNacional>
27. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en www.msssi.gob.es
28. Cuadrón Andrés L, Samper Villagrasa MP, Álvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, Rodríguez Martínez G, Grupo colaborativo CALINA. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA An Pediatr(Barc).2013;79:312-8.
29. Martínez Rubio A, del Castillo Aguas G, Pérez González O, Menéndez González N, Miranda Berrioategortua I, Bercedo Sanz A. Edad de la primera visita del recién nacido en atención primaria y lactancia materna. Comunicación oral presentada por PAPenRed en el 64 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. Valencia 2-4 de junio 2016.
30. Díaz-Gómez M, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Isabel Espiga I, Concepción De Alba C Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. Rev Esp Salud Pública. 2016; Vol. 90; 15 de septiembre e1-e18.

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

VIII.- PRESUPUESTO

	Euros
Gastos de personal	
Especialistas en Epidemiología.	1.505
Especialistas estadísticos: horas de trabajo para los distintos cortes	8.000
Subtotal	9.500
Gastos de Ejecución	
Material fungible	200
web	4.500
Secretaría técnica	5.800
Otros gastos	300
Subtotal	10.800
Colaboradores	
Autores	
Difusión	
Para la presentación de resultados	5.000
Publicación de resultados	7.000
Subtotal	12.000
Total	32.300

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

ANEXO I: Hoja informativa para las familias

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) está realizando un proyecto de investigación titulado

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL”

Influencia de factores socioeconómicos, culturales e individuales en el inicio y en la duración de la Lactancia Materna

El objetivo de este estudio es contribuir al conocimiento del tipo de lactancia que recibe nuestra población.

Mediante encuestas a las madres, trataremos de conocer los posibles problemas, así como su satisfacción respecto al amamantamiento y al desarrollo de sus hijos/as.

Anotaremos también las diferencias que puedan existir entre los niños/as que reciben lactancia materna y los que no lo hacen respecto a su desarrollo y a padecer enfermedades infecciosas agudas y enfermedades crónicas. Preguntaremos también acerca de la toma de otros alimentos.

Para todo ello haremos un seguimiento de su hijo/a haciéndolo coincidir con las visitas habituales del Programa de Salud Infantil. No se realizará ninguna exploración diferente de las que hacemos a todos los niños/as.

Es interés de este trabajo, contribuir a conocer los problemas actuales en relación con la lactancia materna para poder ofrecer a las madres y a los niños/as el apoyo adecuado dentro del sistema sanitario.

En todo momento los datos personales de su hijo/a se tratarán de forma confidencial siguiendo la normativa legal vigente en España (Ley 15/99 de Protección de Datos de carácter personal). Esperamos que esta iniciativa sea de su interés y podamos contar así con su apoyo y colaboración. Si precisa más información por favor, pregunte a su médico.

Dra. o Dr. _____

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

ANEXO II: Consentimiento Informado

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) está realizando un proyecto de investigación titulado

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL”

Influencia de factores socioeconómicos, culturales e individuales en el inicio y en la duración de la Lactancia Materna

Yo,(nombres y apellidos)

En calidad de madre/padre/tutor legal

He leído la hoja de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el estudio. He recibido suficiente información y se me ha asegurado que el proyecto trata los datos personales míos y de mi hijo/a de forma confidencial siguiendo la normativa legal vigente en España (Ley 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal).

He hablado con:(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación y la de mi hijo/a en el estudio, es voluntaria.

Comprendo que me puedo retirar del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en sus cuidados médicos

Y presto libremente mi conformidad y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

Madre/padre o Tutor legal	Pediatra Investigador
He leído la hoja informativa. He recibido toda la información que necesito acerca del estudio de investigación.	He explicado la naturaleza y el propósito del estudio a la madre /padre o tutor del niño/a:
Doy mi conformidad para que tanto mi hijo/a como yo, participemos en este proyecto de investigación y he recibido una copia firmada del consentimiento	Fecha:
Firmado:	Firmado:

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

ANEXO III

Escala de Autoeficacia para la lactancia materna BSES-SF

Escala de Autoeficacia para la lactancia materna BSES-SF

Para cada una de las siguientes frases, escoge la que mejor describe la seguridad con la que te encuentras amamantando a tu bebé

		Nada en absoluto 1	En absoluto 2	No estoy segura 3	Casi siempre 4	Siempre 5
1	Siempre sé que mi bebé está tomando suficiente leche					
2	Siempre me apaño bien con la lactancia igual que con otros retos de mi vida					
3	Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial como complemento					
4	Siempre estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma					
5	Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mi					
6	Siempre puedo dar de mamar incluso cuando el bebé está llorando					
7	En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebe					
8	Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia					
9	Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mi					
10	Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consume parte de mi tiempo					
11	Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebe con un pecho antes de cambiar al otro					
12	En cada toma, siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebe					
13	Soy capaz de amamantar a mi bebe cada vez que me lo pide					
14	Siempre que alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar soy capaz de responder si lo ha hecho o no					
	Puntuación total					

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

ANEXO IV. TABLAS Y ESCALAS

Tabla 1.- Pediatras participantes en PAPenRed

CC. AA.	TOTAL DE PEDIATRAS ESTABLECIDO	Pediatras Coordinadores de la Red en las diferentes CC. AA.
Andalucía	59	Ana Gallego Iborra, Guadalupe del Castillo
Aragón	10	José Mengual Gil
Canarias	18	Elena Sánchez Almeida
Cantabria	3	Alberto Bercedo Sanz
Castilla La Mancha	13	Alicia Bonet Garrosa
Castilla y León	17	M. ^a Dolores Sánchez Díaz
Cataluña	38	Cristina Cayuela Guerrero
Comunidad Valenciana	36	Ramona Mínguez Verdejo
Euskadi	18	Tatiana Menéndez Bada
Extremadura	8	Nuria Menéndez González
Galicia	20	Marta Carballal Mariño
Islas Baleares	5	Icíar Miranda Berrioategortua
La Rioja	1	José Vicente Bernad Usoz
Madrid	62	Ana Lorente García-Mauriño
Murcia	11	Manuel Alcaraz Quiñonero
Navarra	11	Manuela Sánchez Echenique
Principado de Asturias	10	María Ángeles Ordóñez Alonso
TOTAL	340	

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

Tabla 2.- Desarrollo psicomotor Adaptado de Tabla de desarrollo “Haizea-Llevant
Visita 4 meses

Hitos del desarrollo	Si	No	Edad de adquisición	Edad en la que el 50% de los niños han adquirido el hito	Edad en la que el 75% de los niños han adquirido el hito	Edad en la que el 95% de los niños han adquirido el hito
Reacciona a la voz				1m	1m y medio	3m y medio
Distingue a su madre				1m y medio	2m	3m
Reconoce el biberón				1m y medio	3m	4m y medio
Mira sus manos				2m y medio	3 y medio	4m y medio
Persecución óptica vertical				2m y medio	3 y medio	4m y medio
Atiende conversación				1m y medio	2m	4m y medio
Ríe a carcajadas				2m y medio	3m y medio	5m y medio
Junta las manos				2m	3m	4m
Enderezamiento cefálico				1m	1m y medio	3m y medio
Paso a sentado				2m	3m	4m
Apoyo antebrazos				2m	3m	4m y medio

Visita 12 meses

Hitos del desarrollo	Si	No	Edad de adquisición	Edad en la que el 50% de los niños han adquirido el hito	Edad en la que el 75% de los niños han adquirido el hito	Edad en la que el 95% de los niños han adquirido el hito
Persecución óptica horizontal				3m y medio	4m	5 m y medio
Busca objeto caído				5m y medio	7 m	8 m
Come galleta				5m y medio	7m	8m
Juega a esconderse				6m y medio	7 y medio	12m
Busca objeto desaparecido				7m y medio	8 y medio	10m y medio
Ríe a carcajadas				2m y medio	3 y medio	5 m y medio
Balbucea				5m y medio	6 y medio	7m y medio
Dice inespecíficamente mama papa				7m y medio	8m y medio	9m y medio
Reconoce su nombre				8m y medio	10m y medio	12m
Dirige la mano al objeto				4m y medio	5m	6m
Cambia objetos de mano				5m y medio	6m y medio	8m
Se quita el pañuelo de la cara				5m y medio	6m y medio	7m y medio
Realiza pinza inferior				7m	8m	10m
Reacciones paracaídas laterales				6m y medio	7m y medio	9m

Área de Socialización 

Área del lenguaje y lógica matemática 

Área de manipulación 

Área postural 

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

Visita 18 meses

Hitos del desarrollo	Si	No	Edad de adquisición	Edad en la que el 50% de los niños han adquirido el hito	Edad en la que el 75% de los niños han adquirido el hito	Edad en la que el 95% de los niños han adquirido el hito
Imita gestos				9m y medio	11m	13m
Colabora cuando le visten				8m y medio	13m	16m
Lleva un vaso a la boca				12m	14m	17m y medio
Mamá y Papa con sentido				11m y medio	13m	16m
Comprende una prohibición				8m y medio	10m y medio	15m
Realiza pinza superior				8m y medio	11m y medio	14m
Señala con el índice				10 y medio	12m y medio	16m
Se sienta solo				9m	10m y medio	13m
Da 5 pasos				12m	13m	16m
Marcha libre				13m	14m	16m

Visita 24 meses

Hitos del desarrollo	Si	No	Edad de adquisición	Edad en la que el 50% de los niños han adquirido el hito	Edad en la que el 75% de los niños han adquirido el hito	Edad en la que el 95% de los niños han adquirido el hito
Imita tareas del hogar				14m	16m	18 y medio
Come con cuchara				14m	16m	21m
Ayuda a recoger los juguetes				16m	21m	26m
Utiliza la palabra “no”				17m	20m	24m
Señala partes de su cuerpo				17m	20m	24m
Nombra un objeto dibujado				19m	22m	25m
Ejecuta 2 ordenes				19m	22m	25m
Obedece orden por gestos				10m y medio	14m	18m y medio
Combina dos palabras				21m	23m	25m
Tapa un bolígrafo				16m	20m	24m
Hace torre de 2 cubos				15m	17m	21m
Garabatea espontáneamente				13m	15m	22m
Pasa páginas				13m	16m	21m
Carrera libre				15m	16m	20m
Camina hacia atrás				15m	17m	22m
Baja escaleras				18m	21m	24m

Área de Socialización 

Área del lenguaje y lógica matemática 

Área de manipulación 

Área postural 

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

Tabla 3.- Tabla adaptada de Prevalencia de problemas de salud en la población asignada a atención primaria. Principales resultados 2012 (BDCAP)

Patologías	Número de episodios
Infección respiratoria aguda del tracto superior	
Otitis media aguda	
Faringoamigdalitis aguda	
Amigdalitis aguda	
Enfermedades de los dientes/encías	
Bronquitis aguda	
Bronquiolitis aguda	
Conjuntivitis	
Dermatitis/eccema atópico	
Infección intestinal inespecífica/posible	
Dermatitis de contacto/alérgica	
Episodios de sibilancias	
Enfermedades víricas exantemáticas	
Sinusitis (sobreinfección de IRA)	
Neumonía	
Otras	

Tabla 4.- Programación de las visitas y actividades para cada una de ellas.

Visitas	1	2	3	4	5	6	7	8
Edad	RN	1m +-7 días	2m+-7 días	4m	6m	12m	18m	24m
Código	1	2	3	4	5	6	7	8
Datos de Identificación	x	x	x	x	x	x	x	x
Datos biológicos, socioeconómicos y antecedentes familiares		x						
Periodo prenatal	x							
Información parto	x							
Cuestionario alimentación LM	x	x	x	x	x	x	x	x
Si recibe LM, Escala BSES-SF	x		x		x			
Alimentación complementaria				x	x	x	x	x
Datos niño/a: somatometría, hábitos, satisfacción con desarrollo. Vacunas	x	x	x	x	x	x	x	x
Datos niño/a: desarrollo psicomotor				x		x	x	x
Datos niño/a: morbilidad	x	x	x	x	x	x	x	x
Tabla de Patologías			x		x	x	x	x

“LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL” ESTUDIO LAYDI

Escala de Frecuencia de consumo de alimentos y bebidas. Adaptada del estudio ENALIA

	>1vez / día	1vez /día	4-6v /semana	2-3v /semana	1v /semana	1-3v /mes	Nunca
Pan							
Cereales para papilla							
Cereales de desayuno							
Bollería industrial							
Verduras y Ensaladas							
Legumbres							
Patatas							
Fruta fresca							
Zumo natural							
Carne fresca (ternera, cerdo, cordero)							
Carne fresca (pollo o pavo)							
Fiambres (jamón york, pavo)							
Embutidos (chorizo, salchichón)							
Pescado blanco (merluza, bacalao, lenguado, gallo)							
Pescado azul (sardina, boquerón anchoa)							
Leche vaca							
Leche de fórmula (continuación, crecimiento)							
Otros tipos de leche (sin lactosa, soja...)							
Queso							
Yogur							
Huevos							
Azúcar							
Dulces, chuches							
Batidos envasados							
Zumos industriales							
Chocolate							