



**BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index**  
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

**Cómo citar este documento**

Barrio González, Lorena; Aladro Castañeda, Miguel. Lactancia natural y resultados de salud a los nueve años. Estudio de cohortes. Biblioteca Lascasas, 2015; 11(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0816.php>

TRABAJO FIN DE ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA

# **Lactancia natural y resultados de salud a los nueve años. Estudio de cohortes**

**Lorena Barrio González**

**Miguel Aladro Castañeda**

19/4/2014

## INDICE

Resumen .....	3
1. Introducción .....	5
2. Método .....	7
2.1 Tipo de estudio .....	7
2.2 Variables .....	7
2.3 Análisis estadístico .....	9
3. Resultados .....	10
4. Discusión .....	13
5. Conclusiones .....	17
6. Referencias bibliográficas .....	18

## GLOSARIO DE TÉRMINOS:

RR: Riesgo relativo

LM: Lactancia materna

VPP: Valor predictivo positivo

VPN: Valor predictivo negativo

ICred: Intervalo de credibilidad

ISAAC: The International Study of Asthma and Allergies in Childhood

AP: Atención Primaria

## RESUMEN

Para la gran mayoría de los lactantes y niños pequeños en todo el mundo, la lactancia materna salva vidas, evita la morbilidad, promueve el desarrollo físico y cognitivo óptimo y reduce el riesgo de algunas enfermedades crónicas.

En este trabajo se evalúa el efecto de la lactancia materna natural y su duración sobre determinados resultados de salud (asma, atopía, enfermedad celíaca e ingresos hospitalarios).

Para ello se realizó un estudio de cohortes históricas. La cohorte estaba formada por madres seguidas durante doce meses desde el momento del parto en 2004 en el marco de un estudio sobre lactancia materna en el Principado de Asturias. Mediante cuestionario telefónico se recogieron los datos de la persona que respondía y los recuerdos de: el peso al nacer, la talla al nacer, tipo de lactancia recibida por el niño, duración total de la lactancia materna, tiempo de lactancia materna exclusiva, la existencia o no de diagnóstico de asma, diagnóstico de atopía, diagnóstico de enfermedad celíaca y por último se preguntaba por el número de ingresos hospitalarios, generales e infecciosos. De los datos de la cohorte basal se recogen: peso, talla, tipo de lactancia y duración de lactancia materna.

Tras realizar un análisis estadístico con Inferencia Bayesiana (modelos de regresión logística y de Poisson) mediante R y WinBUGS 1.4., se obtuvieron los siguientes resultados, tras estudiar un total de 416 sujetos, con 78 pérdidas (participación: 81,2%). De los niños estudiados, 15,5% presentan asma, 31,7% atopía, 1,8% enfermedad celíaca y el 41,5% ingresó alguna vez. Por cada 10 días de lactancia materna se multiplica por 0,98 el riesgo de padecer asma, por 0,98 el de padecer atopía, y por 0,5 el de padecer enfermedad celíaca. El Riesgo

Relativo de que un niño tenga un ingreso más en el período de seguimiento de la cohorte se multiplica por 0,99. Todos los efectos tienen probabilidades posteriores de ser menores de uno entre 79% y 100%. La información actual sobre recuerdo de lactancia materna tiene un Valor Predictivo Positivo de 99,6% y Negativo de 68,9%. Un 26,4% recordaba el peso exacto al nacimiento y el 44,2% la talla. Los sesgos fueron: -10 g. para el peso y +62 mm para la talla.

Por todo lo anterior, se concluye que: A mayor duración de lactancia materna, mayor es su efecto protector frente al asma, la atopía, la enfermedad celíaca y los ingresos hospitalarios. Los sesgos de recuerdo suponen una amenaza a la validez de estudios retrospectivos en este campo.

**Palabras clave:**

Lactancia materna, asma, atopía, Teorema de Bayes, enfermedad celíaca.

## 1. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es la única fuente que suministra todos los nutrientes necesarios para el correcto desarrollo del niño en los primeros meses de vida. Así lo han reconocido tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> como los informes de sociedades científicas<sup>2</sup>. Para la gran mayoría de los lactantes y niños pequeños en todo el mundo, la lactancia materna evita la morbimortalidad, promueve el desarrollo físico y cognitivo óptimo y reduce el riesgo de algunas enfermedades crónicas<sup>3</sup>; por lo que sus beneficios van desde los aspectos nutricionales<sup>2</sup> e inmunitarios hasta los psicológicos e intelectuales<sup>4</sup>. La OMS recomienda la lactancia natural exclusiva hasta los 6 meses y, si es posible, mantenerla los 2 primeros años de vida del niño y alargarlo hasta que la madre y el niño quieran<sup>5</sup>.

Sin embargo estudios de prevalencia en España, reflejan tasas muy bajas de lactancia materna exclusiva que se alejan mucho del patrón ideal. Para diseñar estos estudios, se desestiman los estudios retrospectivos por posible sesgo de memoria.

Diversos estudios relacionan la lactancia materna y la duración de ésta con un menor riesgo de desarrollar determinadas patologías, como el asma, la atopía y la enfermedad celíaca; al igual que disminuye el número de ingresos hospitalarios por enfermedades infecciosas. El enorme impacto de muchas de estas enfermedades en la salud y los costos de la atención médica, sugieren que se necesita urgentemente más investigación en esta línea. La reducción del riesgo de enfermedad crónica puede ser promovida como un adicional potencial beneficio de la lactancia materna.

Según datos del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, la prevalencia de enfermedad celíaca en población infantil es elevada respecto a la prevalencia mundial. En el caso del asma y la atopía, hay evidencia de que la lactancia materna actúa como un factor protector. En la enfermedad celíaca pocos estudios científicos hemos encontrado que se hayan realizado en España. La mayoría de ellos proceden de Suecia donde la prevalencia de niños celíacos es muy elevada.

En esos estudios se demostró que tras un cambio en las recomendaciones de alimentación infantil, combinando el gluten con la lactancia materna en la dieta del lactante, la incidencia de la enfermedad celíaca en niños disminuyó<sup>6</sup>.

Partiendo de una cohorte de hace 9 años en las que las mujeres fueron entrevistadas en relación a la alimentación del niño en ese momento, realizamos una nueva entrevista y evaluamos si existió sesgo de memoria y si fue o no relevante.

Con este estudio, pretendemos determinar la prevalencia en estos niños de asma, atopía y enfermedad celíaca y evaluar el efecto de la duración de la LM sobre estos resultados de salud.

## **2. METODO**

### **2.1 Tipo de estudio:**

Estudio de cohortes históricas o retrospectivas de hace 9 años. La población a estudio es la cohorte de niños que habían sido seguidos durante su primer año de vida en 2004 en el marco de un estudio sobre alimentación infantil (N = 416) El ámbito de estudio son las 8 áreas de salud que forman el sistema sanitario público de salud del Principado de Asturias.

### **2.2 Variables:**

Existen 3 tipos de variables, las registradas en la base original de la cohorte que corresponde a la información recogida durante el estudio del 2004. Éstas serían tiempo o duración de lactancia natural exclusiva y total, peso del niño al nacer y talla del niño al nacer. El segundo grupo de variables recogidas serían las que obtuvimos en la entrevista actual y serían el tiempo o la duración recordada de lactancia natural exclusiva y total, peso recordado del niño al nacer, talla recordada del niño al nacer, edad actual del niño ( edad del niño en el momento de la entrevista), asma en el niño (diagnóstico explícito dado por el pediatra), enfermedad celíaca en el niño (diagnóstico explícito dado por el pediatra), dermatitis atópica en el niño (diagnóstico explícito dado por el pediatra), ingresos hospitalarios (número de ingresos hospitalarios especificando el motivo de ingreso). El tercer grupo de variables sería determinar la coincidencia entre lo declarado y lo registrado (diferencia entre ambos valores).



<b><u>VARIABLE</u></b>	<b><u>DEFINICIÓN OPERATIVA</u></b>	<b><u>TIPO DE VARIABLE.</u></b> <b><u>ESCALA DE MEDIDA</u></b>	<b><u>CATEGORÍAS</u></b> <b><u>CODIFICACIÓN</u></b>
Duración de la lactancia natural exclusiva registrada.	Aquella que consta en la base de datos de la cohorte.	Cuantitativa discreta	
Duración de la lactancia natural exclusiva declarada.	La que refieran las madres en el momento de la entrevista.	Cuantitativa discreta	
Coincidencia entre lo declarado y lo registrado.	Diferencia entre ambos valores	Cuantitativa discreta	
Peso del niño al nacer.	El peso que consta en la base de datos de la cohorte.	Cuantitativa discreta	
Peso del niño al nacer declarado.	Aquel que refieran las madres en el momento de la entrevista.	Cuantitativa discreta	
Talla del niño al nacer.	La talla que consta en la base de datos de la cohorte.	Cuantitativa discreta	
Talla del niño al nacer declarada.	Aquella que refieren las madres en el momento de la entrevista.	Cuantitativa discreta	
Edad actual del niño.	Edad del niño en el momento de la entrevista.	Cuantitativa discreta	
Asma en el niño	Trastorno por el cual las vías respiratorias se hinchan y se estrechan y se presentan sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho y tos.	Cualitativa nominal dicotómica	Asma  No asma
Enfermedad celíaca en el niño	Enfermedad que daña el revestimiento del intestino delgado e impide la absorción de partes de los alimentos que son importantes para permanecer saludables. El daño se debe a una reacción por ingerir gluten, el cual se encuentra en el trigo, la cebada, el centeno y posiblemente la avena.	Cualitativa nominal dicotómica	Enf. Celíaca  No enfermedad celíaca
Dermatitis atópica en el niño	Es un trastorno cutáneo prolongado (crónico) que consiste en erupciones pruriginosas y descamativas.	Cualitativa nominal dicotómica	Dermatitis atópica  No dermatitis atópica
Ingresos hospitalarios	Ingreso en alguna planta hospitalaria, especificando el motivo de ingreso.	Cualitativa nominal politómica	

La recogida de datos se realizó mediante encuesta telefónica breve (anexo 1). Se llamó un máximo de 6 veces si no se podía contactar con la madre a la primera llamada y se realizaba en fechas y tramos horarios diferentes. Realizamos un pilotaje de 20 encuestas que están incluidas en la base final del estudio.

### **2.3 Análisis estadístico:**

El análisis se realizó mediante Inferencia Bayesiana. Se estimaron las distribuciones posteriores de las prevalencias de los resultados de salud de interés (asma, atopía, enfermedad celiaca) a partir de distribuciones previas no informativas (betas uniformes). Se estimaron los efectos de la duración de la lactancia (considerando la duración como 0 cuando no se había dado el pecho) sobre los resultados de salud mediante modelos de regresión logística multivariante a partir de distribuciones previas uniformes impropias. Del mismo modo, en el caso del número de ingresos hospitalarios, se utilizó un modelo de Poisson. Todo el análisis fue realizado con los programas estadísticos R y WinBUGS 1.4.

### 3. RESULTADOS

Se estudian un total de 416 sujetos, con 78 pérdidas. La tasa de participación es del 81,2%. El estudio se realizó mediante una entrevista telefónica a la que contestaron 338 madres. Se consideraron como pérdidas a 78 madres porque resultó imposible contactar con ellas por diferentes motivos (cambio de número de teléfono, número de teléfono erróneo, llamadas entrantes restringidas, no contestaron al teléfono en ninguna de las 6 llamadas realizadas, cambio de país o de residencia, etc), por lo que tenemos un total de 18% de pérdidas.

En cuanto al número de encuestas por hospital fueron: Hospital Universitario de Asturias (HUCA): 159, Hospital de Cabueñes: 140, Hospital Valle de Nalón: 3, Hospital Álvarez Buylla: 16, Hospital del Oriente: 3, Hospital de Jarrío: 7, Hospital Carmen y Severo Ochoa 1.

Las pérdidas respectivas fueron: HUCA: 48, Hospital de Cabueñes: 24, Hospital Valle del Nalón: 3, Hospital Álvarez Buylla: 2, Hospital Jarrío: 0, Hospital del oriente: Se estudian un total de 416 sujetos, con 78 pérdidas. La tasa de participación es del 81,2%.

Para estimar el posible efecto de la duración de la lactancia materna sobre determinados resultados de salud, se considera el tiempo total de lactancia.

La estimación de la prevalencia del asma en los niños estudiados es del 15,5% (ICred95%: 11,9 a 19,3). El efecto observado de la LM sobre el asma es el siguiente: por cada 10 días de LM se multiplica por 0,98 (ICred95%: 0,95 a 1,01) el riesgo de padecer asma, y la probabilidad a posteriori de que la LM sea factor protector frente al asma es del 91%. La estimación de prevalencia de

atopía en los niños estudiados es del 31,7% (ICred95%: 27 a 36,5). Por cada 10 días de LM se multiplica por 0,98 (ICred95%: 0,96 a 1,01) el riesgo de padecer atopía y la probabilidad a posteriori de que la LM sea factor protector frente a ella es del 90%.

La prevalencia estimada de la enfermedad celíaca en el grupo de los niños estudiados es del 1,8% (ICred95%: 0,7 a 3,5). Por cada 10 días de LM se multiplica por 0,5 (ICred95%: 0,25 a 0,85) el riesgo de padecer la enfermedad celíaca y la probabilidad a posteriori de que sea factor protector es del 100%.

El riesgo de ingreso hospitalario en el periodo de nueve años fue del 41,5% (ICred95%: 36 a 46,8). La probabilidad de que un niño tenga al menos un ingreso hospitalario en el periodo de seguimiento de la cohorte se multiplica por 0,99 (ICred95%: 0,96 a 1,01) por cada 10 días de duración de la LM. El riesgo relativo de que un niño tenga un ingreso más en el período de seguimiento de la cohorte se multiplica por 0,99 (ICred95%: 0,96 a 1,01) por cada 10 días de duración de LM, La probabilidad a posteriori de que la LM sea factor protector es del 79%. La probabilidad de que un niño tenga un ingresos hospitalario infeccioso en el periodo de seguimiento de la cohorte, se multiplica por 1,0 (ICred95%: 0,97 a 1,05) y la probabilidad posterior de que la LM sea factor protector es del 27%.

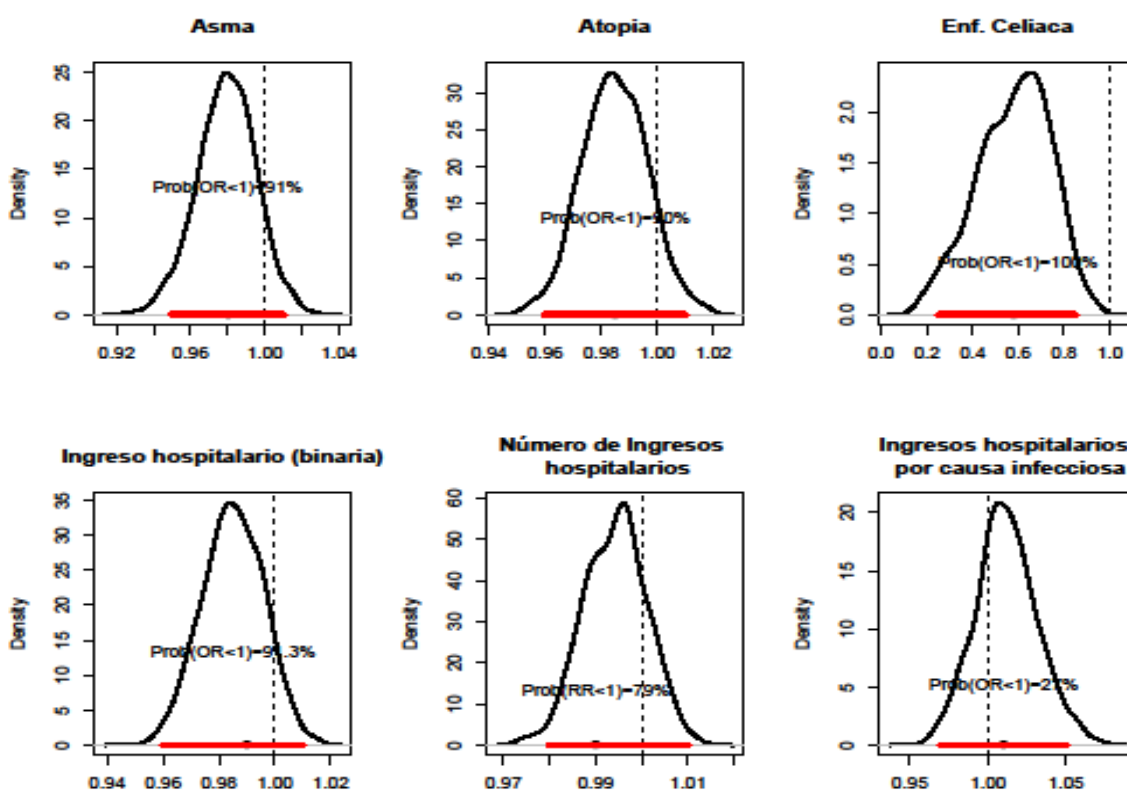
En la encuesta realizada en la cohorte original, un 21% no había dado LM nunca y un 78,6% dio el pecho alguna vez. En el sesgo de memoria del tipo de lactancia y duración total de la lactancia materna encontramos un valor predictivo positivo del 99,6% y un valor predictivo negativo: 68,9%, lo que quiere decir que si una mujer en la encuesta actual respondió que sí dio el pecho el tiempo que dice haberlo dado hay una probabilidad del 99,6% que eso

sea cierto, y si actualmente en la encuesta respondió que no dio el pecho nunca, hay una probabilidad del 68,9% de que eso sea cierto.

Sesgo de memoria peso: de las madres que respondieron a esta pregunta (total de las encuestadas) un 26,4% recordaban el peso exacto de su hijo al nacer. Como promedio hay un sesgo de -10 g. respecto al peso original del niño al nacimiento con una desviación estándar de 111 y un recorrido intercuartílico de 60 gr (-30 gr / +30 gr).

De las madres que respondieron a la pregunta de la talla del niño al nacimiento un 44,2% recordaban la talla exacta. Si consideramos el total de las encuestas un 37% recordaba la talla exacta. Como media hay un sesgo de +62 mm respecto a la talla original.

### Efecto de la duración de la lactancia sobre determinados resultados a 9 años



#### 4. DISCUSIÓN

Los datos de prevalencia obtenidos de los resultados de salud considerados en nuestro estudio han sido acordes con los de otros estudios del país a excepción de la atopía. En España según datos del estudio ISAAC <sup>(8,11)</sup>, la prevalencia de asma es de un 9% en los niños de 13-14 años y del 10% en los niños de 6-7 años. Nuestro estudio arroja unos datos de prevalencia de asma del 15,5%, más elevada que en el estudio ISAAC, si bien es cierto que existe mayor prevalencia en las zonas costeras de la península que en el interior y que en los últimos años ésta ha aumentado en la población española <sup>(12)</sup>. En Europa la prevalencia se sitúa sobre el 15%.

Resultó llamativa la alta prevalencia de dermatitis atópica que obtenemos en nuestro estudio. Si en el mencionado estudio ISAAC <sup>(8,11)</sup>, la prevalencia de atopía en España en niños de 6-7 años se sitúa en el 15,3% en España y en Asturias, nosotros obtuvimos algo más del doble. En los países europeos, se ha observado una prevalencia mayor de atopía, (20% en el Reino Unido) pero no unos valores tan altos. Esto puede deberse a un sobrediagnóstico de dermatitis atópica en Asturias, o a que las madres asocien erróneamente una dermatitis simple o erupción cutánea, con la atopía.

En cuanto a la enfermedad celíaca, obtenemos una prevalencia en los niños a estudio de un 1,8%, cuando la prevalencia nacional de celiaquía infantil se sitúa en torno al 0,8% y la prevalencia mundial en torno al 0,4%. No obstante, hay estudios que demuestran una elevada prevalencia de enfermedad celíaca silente en población escolar <sup>(9)</sup>.

Comparando los datos obtenidos con datos de otros estudios relacionados con los efectos protectores de la lactancia a largo plazo <sup>(1-7)</sup>, observamos que también existe evidencia de que la lactancia materna actúe como factor protector frente a estas enfermedades, aunque hay que enmarcarlos dentro de las poblaciones estudiadas, ya que la prevalencia tanto de asma, dermatitis atópica y enfermedad celíaca es mayor en los países en los que se llevaron a cabo dichos estudios.

La cohorte original de hace diez años estaba conformada por 420 madres, y nuestra base de datos actual está compuesta por 419 madres. Hay que remarcar que se selecciona la cohorte original en el doce mes de seguimiento.

Una limitación importante que afrontamos al realizar el cuestionario fue el cambio de datos de los participantes en el estudio tras 9 años. Cambios de número telefónico, de domicilio, de comunidad autónoma. La mayoría de las pérdidas que sufrimos vinieron derivadas de no llegar a realizar ningún contacto telefónico con los sujetos.

Un dato muy llamativo, es que casi la mitad de los niños encuestados ha tenido que ingresar por algún motivo en el hospital en nueve años. Para evitar que los datos salieran sesgados al alza, al preguntar por el número de ingresos, explicamos al cuidador que no tuviera en cuenta las atenciones en urgencias hospitalarias, incluido el tiempo que pudiera pasar en observación del mismo servicio. Muchos de estos ingresos fueron programados y de corta estancia, aún así sorprende el elevado número de niños que entra en el sistema sanitario a una edad tan temprana.

No parece haber diferencias entre el grupo que lacta y el que no en referencia a los ingresos hospitalarios, por lo que la lactancia materna no actuaría como factor protector frente a los ingresos en el hospital. Existe una disonancia con los datos de otros estudios en los que si existe este factor protector <sup>(4,5,6)</sup> , que puede deberse a la elevada prevalencia de ingresos en la cohorte en general, tanto lactantes como no lactantes.

Aunque tenemos datos referentes a si el ingreso deriva de un proceso infeccioso, preferimos no analizarlos porque ponemos en duda la capacidad de las madres para discernir si el ingreso es de origen infeccioso o no, puesto que muchos procesos de tipo quirúrgico pueden derivar de episodios infecciosos de repetición en el niño que la madre podría no tener en cuenta.

Es peculiar el dato que obtuvimos en cuanto al sesgo de memoria de lactancia. Aunque esperábamos que éste existiese, nos llamó la atención el hecho de que madres que en la cohorte original constaban como que daban el pecho a sus hijos, en la encuesta actual respondieron que no. En todo caso, se esperaba esa tendencia en el caso contrario, que no dieran pecho y ahora contestasen que si lo dieron, por la influencia que pudiera ejercer sobre las madres la cantidad de información existente sobre los beneficios de la lactancia.

Los sesgos de memoria referentes al peso y a la talla mantuvieron la tendencia natural de restar peso y sumar altura; sólo aproximadamente un cuarto de las madres encuestadas recordaba el peso exacto al nacer. Al analizar todo ello, podemos afirmar que hay que tener en cuenta estos sesgos en estudios retrospectivos en el ámbito de la lactancia materna.



Por todo lo visto anteriormente, remarcaríamos la importancia de invertir esfuerzos en aumentar la prevalencia de la lactancia materna desde AP para que los futuros niños puedan tener un desarrollo sano y libre de enfermedades prevenibles. Por lo que como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos y a partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inoctrinos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde.

## **5. CONCLUSIONES:**

A mayor duración de lactancia materna mayor es el efecto protector observado principalmente frente a la enfermedad celíaca, seguido del efecto protector frente al asma y a la atopía reduciendo así el riesgo de padecer dichas enfermedades.

Respecto a los ingresos hospitalarios no parece haber diferencias significativas del grupo de niños amamantados al grupo de los niños que recibieron lactancia artificial. En lo referente a los sesgos de memoria tras realizar el estudio vemos que realmente sí que existen sesgos en cuanto a la lactancia recibida y su duración y también en cuanto al peso y la talla, por lo que deberíamos de tener en cuenta dicho resultado a la hora de realizar estudios retrospectivos en este campo.

## **AGRADECIMIENTOS:**

Tras la realización de nuestro trabajo de investigación Fin de especialidad deseamos agradecer la labor de apoyo metodológico del Técnico de salud de Gijón Don Patricio Suárez Gil, así como el tiempo vivido durante los dos años de residencia a nuestros tutores Doña Laura Midón Martínez y Doña Mercedes García García, así como a los profesionales de los Centros de Salud de Las Vegas ( Avilés ) , Contrueces y al personal de Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria del Principado de Asturias .

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sonnenschein-Van der Voort AM, Jaddoe VW, van der Valk RJ, Willemsen SP, Hofman A, et cols. Duration and exclusiveness of breastfeeding and childhood asthma-related symptoms. *Eur Respir J*. 2012 Jan;39(1): 81-9
2. Morales E, García-Esteban R, Guxens M, Guerra S, Mendez M et cols. Effects of prolonged breastfeeding and colostrum fatty acids on allergic manifestations and infections in infancy. 2012; 42(6): 918-28
3. Torres-Borrego J, Moreno-Solís G, Molina-Terán AB. Diet for the prevention of asthma and allergies in early childhood: much ado about something?. *Allergol Inmunopayhol*. 2012; 40(4): 244-52
4. León – Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the beneficts of breastfeeding: A summary of the evidence. 2002, Foreword.
5. Cattaneo A, Davanzo R, Ronfeni L. Are data on the prevalence and duration of breastfeeding realible? The case of Italy. *Acta paediatr*. 2000. 89:88-93.
6. Carlsson A, Agardh D, Borulf S, Grodzinsky E, Axelsson I, Ivarsson S. Prevalence of celiac disease: before and after a national change in feeding recommendations. *Scandinavian Journal of Gatroenterology*. 2006. 41:553-558.
7. Kramer MS. Breastfeeding and allergy: the evidence. *Ann Nutr Metab*. 2011; 59 Suppl 1: 20-6
8. Risch AC. Breastfeeding and atopic dermatitis. *Pediatrics*. 2012; 130(2): 461-2

9. Oddy WH. Breast feeding and childhood asthma. *Thorax*. 2009; 64(7):558-9
10. Oddy WH. The long-term effects of breastfeeding on asthma and atopic disease. *Adv Exp Med Biol*. 2009;639: 237-51

## ANEXO

### CUESTIONARIO SESGO MEMORIA 2013

**Código Cuestionario:**

Área Sanitaria:

Nombre de la madre:

Teléfonos:

Buenos días/tardes. Mi nombre es \_\_\_\_\_ y soy enfermero/a del Servicio de Salud del Principado de Asturias. ¿Podría hablar con \_\_\_\_\_? Estamos realizando un estudio científico para conocer el crecimiento, desarrollo y estado de salud de los niños asturianos, y su relación con la alimentación. En el 2004 tuvo usted un hijo y participó en un estudio similar entre el año 2004 y 2005, ¿lo recuerda? Estamos volviendo a llamar a las mismas madres que participaron en ese estudio para hacerles unas preguntas. Este estudio será beneficioso para todos los niños asturianos. Su participación es totalmente anónima y las respuestas serán tratadas de manera confidencial y por supuesto no tiene ninguna relación con ninguna empresa con fines publicitarios ni económicos. Está dispuesta a colaborar con esta investigación? Sólo tendrá que contestar a X preguntas que no le llevarán mas de X minutos.

Para comprobar la veracidad de este estudio puede llamar al teléfono 985.....  
en horario de 8 a 15h de lunes a viernes.(Sólo a las personas que se muestren  
desconfiadas)

Llamada 1:

(dd/mm/aa) (hh:mm)

Observaciones

Llamada 2:

(dd/mm/aa) (hh:mm)

Observaciones

Llamada 3:

(dd/mm/aa) (hh:mm)

Observaciones

Llamada 4:

(dd/mm/aa) (hh:mm)

Observaciones

Llamada 5

: (dd/mm/aa) (hh:mm)

Observaciones

Llamada 6:

(dd/mm/aa) (hh:mm)

Observaciones

**Anotar persona que responde:**

Madre (1)

Cuidador principal (2)

Si Pérdida, indicar motivo:

Teléfonos erróneos (1)

No responde tras tres llamadas (2)

No quiere colaborar (3)

Si no colabora, indicar motivo:

1. ¿Recuerda cuánto pesó (nombre del hijo/a) al nacer? ¿Cuánto?

2. ¿Recuerda cuánto midió (nombre del hijo/a) al nacer? ¿Cuánto?

3. ¿Recuerda si le dio pecho o biberón?

Si responde pecho: 3.1. ¿Durante cuánto tiempo?

3.2. ¿Le dio también biberón?

3.3. ¿A partir de qué mes?

Si responde biberón: 3.4. ¿ A qué edad le introdujo la primera papilla?

4. ¿ Alguna vez le dijo el pediatra que su hijo tiene asma?

5. ¿ Alguna vez le dijo el pediatra que su hijo tiene o tuvo la piel atópica?

6. ¿Alguna vez le dijo el pediatra que su hijo tiene la enfermedad celíaca?

7. ¿ Estuvo su hijo ingresado alguna vez?

7.1. ¿ Cuántas veces?

7.2. ¿Por qué motivo?

8. Para terminar ¿ podría indicarme su municipio actual de residencia?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!!