



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ASOCIACIÓN ENTRE LA LACTANCIA MIXTA Y MANIFESTACIONES CLÍNICA POR PROTEÍNA DE LECHE DE VACA EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA GOOD HOPE, LIMA 2022

TESIS

Para optar el título profesional de Médica Cirujana

AUTOR

Bacilio Ruiz, Sthefanie July (0000-0002-1675-5235)

ASESOR

Morales Acurio, Adolfo (0009-0008-7682-6390)

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de autor

AUTORA: Bacilio Ruiz, Sthefanie July

Tipo de documento de identidad del AUTORA: DNI

Número de documento de identidad del AUTORA: 76827736

Datos de asesor

ASESOR: Morales Acurio, Adolfo

Tipo de documento de identidad del ASESOR DNI

Número de documento de identidad del ASESOR 23999632

Datos del jurado

PRESIDENTE: Luna Muñoz, Consuelo del Rocío

DNI 29480561

ORCID 0000-0001-9205-2745

MIEMBRO: Espinoza Rojas, Rubén

DNI:10882248

ORCID: 0000-0002-1459-3711

MIEMBRO: Vargas Vilca, Mariela

DNI: 70434818

ORCID: 0000-0002-9155-9904

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.00.00

Código del Programa: 912016

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Sthefanie July Bacilio Ruiz con código de estudiante N°201612515, con DNI N° 76827736, con domicilio en Manuel de Guirior 1035 distrito Pueblo Libre, provincia y departamento de Lima, en mi condición de bachiller en Medicina Humana, de la Facultad de Medicina Humana, declaro bajo juramento que:

La presente tesis titulada; "ASOCIACIÓN ENTRE LA LACTANCIA MIXTA Y MANIFESTACIONES CLÍNICA POR PROTEÍNA DE LECHE DE VACA EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA GOOD HOPE, LIMA 2022", es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Adolfo Morales Acurio, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; la cual ha sido sometida al antiplagio Turnitin y tiene el 6% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en la tesis, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet. Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro de la tesis es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en la tesis y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 13 de marzo de 2014



Sthefanie July Bacilio Ruiz

DNI: 76827736

INFORME DE SIMILITUD DEL PROGRAMA ANTIPLAGIO TURNITIN

ASOCIACIÓN ENTRE LA LACTANCIA MIXTA Y MANIFESTACIONES CLÍNICA POR PROTEÍNA DE LECHE DE VACA EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA GOOD HOPE, LIMA 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%

INDICE DE SIMILITUD

7%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

16%

★ hdl.handle.net

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

DEDICATORIA

A Dios por estar presente en cada paso que doy.

A mis padres, Flor y Félix por creer en mí y acompañarme en este camino y motivarme a superarme día a día.

A mis hermanitos, que son un gran ejemplo a seguir. En especial a Anthony por ser mi apoyo académico, guiarme en el camino de la investigación.

A mi motita, que ha sido mi compañero de amanecidas estos años de carrera.

AGRADECIMIENTOS

A Dios y la virgen auxiliadora, por guiarme, acompañarme y ser mi fortaleza a lo largo de toda mi vida.

A la Universidad Ricardo Palma por hacer posible mi realización profesional

Al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen por todo lo aprendido tanto en pregrado como en el internado.

A la Mg Mariela Vargas, por guiarme en este proceso, al igual que el profesor Wilmer Chanduvi por el apoyo estadístico.

Al Dr. Jhony de la Cruz- Vargas, director de la tesis y a los docentes del curso de Titulación de tesis, en especial a mi asesor el Dr. Morales Acurio por la orientación brindada para la realización de este trabajo.

A mis amigos por todo el apoyo brindado estos 7 años.

RESUMEN

Introducción: La incidencia de enfermedades alérgicas se encuentra en aumento, lo cual constituye un problema de salud pública. Dentro de las enfermedades alérgicas se encuentra las alergias alimentarias de las cuales 71% aproximadamente corresponden a alergia a la proteína de leche de vaca (APLV), la cual se da mayormente en lactantes debido que hasta los 6 meses solo consumen leche ya sea por materna exclusiva, lactancia artificial, o mixta. En nuestro medio, todavía no es muy conocida APLV. Se considera importante encontrar si existe alguna relación entre esta práctica y síntomas que presenten los lactantes, para de esta manera poder corregir estilos alimenticios tanto en la madre como en el lactante.

Objetivo: Evaluar la existencia de asociación entre la lactancia mixta y la presencia de manifestaciones clínica por proteína de leche de vaca en lactantes menores de 6 meses en la clínica Good Hope, Lima 2022.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico. Los participantes fueron 450 madres de lactantes menores de 6 meses atendidos en la clínica Good Hope durante el 2022. Se utilizó una encuesta que tiene un nivel de fiabilidad 0.719. Se realizó el análisis estadístico mediante el programa SPSS v29 y Excel.

Resultados: Existe una asociación significativa entre la lactancia mixta y la presencia de manifestaciones digestivas relacionadas a alergia a proteína de leche de vaca (RPa 4.255, p:0.001). Los lactantes que tienen algún familiar alérgico tienen mayor probabilidad de presentar manifestaciones relacionadas a la alergia de proteína de leche de vaca: digestivas (RPa 2.869, p: 0.001), al igual que respiratorias (RPa 14.194, p: 0.001) y manifestaciones cutáneas (RPa 10.24, p:0.001). Los lactantes que nacieron por cesárea presentaban 2.383 veces más de tener manifestaciones cutáneas por proteína de leche de vaca (RPa 2.383, p0.05). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad de la madre y la presencia de manifestaciones digestivas relacionadas a la proteína de leche de vaca (RPa 1.320, p= 0.022). La edad del lactante menor a 3 meses se asoció a mayor prevalencia de tener manifestaciones cutáneas relacionadas a alergia a la proteína de leche de vaca (RPa 0.414, p=0.003).

Conclusiones: Existe una asociación significativa entre la lactancia mixta y la presencia de manifestaciones digestivas relacionadas a alergia a proteína de leche de vaca: digestivas (RPa 4.26, p:0.001), sin embargo, no se encontró asociación significativa con las manifestaciones respiratorias (RPa 1.04, p=0.878), ni manifestaciones cutáneas (RPa 0.74, p=0.344) en lactantes menores de 6 meses atendidos en la clínica Good Hope, en Lima 2022.

Palabras claves: Lactancia materna predominante, hipersensibilidad, lactante (DeCS)

ABSTRACT

Introduction: The incidence of allergic diseases is increasing; this addresses a public health problem. Among the allergic diseases are food allergies and approximately 71% correspond to allergies to cow's milk protein (CMPA), which occurs mostly in infants who, up to 6 months, only consume milk, whether exclusively breastfed, artificial breastfeeding, or mixed. In our environment, CMPA is still not very well known. It is considered important to find whether there is any relationship between this practice and symptoms presented by infants, in order to correct eating styles in both the mother and the infant.

Objective: To evaluate the existence of an association between mixed breastfeeding and the appearance of clinical manifestations due to cow's milk protein in infants under 6 months of age at the Good Hope clinic, Lima 2022.

Methods: An observational, cross-sectional, analytical study was carried out. The participants were 450 mothers of infants under 6 months old treated at the Good Hope clinic during 2022. A survey was used that has a reliability level of 0.719. Statistical analysis was performed using SPSS v29 and Excel.

Results: There is a significant association between mixed breastfeeding and the presence of digestive manifestations related to cow's milk protein allergy (RPa 4.255, p:0.001). Infants who have an allergic family member are more likely to present manifestations related to cow's milk protein allergy: Digestive (RPa 2.869, p: 0.001), as well as respiratory (RPa 14.194, p: 0.001) and skin manifestations (RPa 10.24, p:0.001). Infants born by cesarean section were 2.383 times more likely to have skin manifestations due to cow's milk protein (PRa 2.383, p0.05). A statistically significant association was found between the mother's age and the presence of digestive manifestations related to cow's milk protein (RPa 1.320, p= 0.022). Infant age less than 3 months was associated with a higher risk of having skin manifestations related to cow's milk protein allergy (PRa 0.414, p=0.003).

Conclusions:

There is a significant association between mixed breastfeeding and the presence of digestive manifestations related to cow's milk protein allergy: Digestive (RPa 4.255, p:0.001), however, no significant association was found with respiratory manifestations (RPa 1.039, p=0.878), nor skin manifestations (RPa 0.738, p=0.344) in infants under 6 months old treated at the Good Hope clinic, in Lima 2022.

Keywords: Predominant breastfeeding, hypersensitivity, infant (MESH)

ÍNDICE

INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	2
1.2 Formulación del problema.....	3
1.3 Línea de investigación	4
1.4 Justificación de la investigación	4
1.5 Delimitación del problema.....	5
1.6 Viabilidad.....	5
1.7 Objetivo: general y específico	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes de la investigación	7
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	7
2.1.2 Nacionales:.....	10
2.2 Bases teóricas	12
2.3 Definiciones conceptuales.....	18
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	19
3.1 Hipótesis: General, específica.....	19
3.2 Variables	20
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	21
4.1 Diseño:.....	21
4.2 Población y muestra.....	21
4.3 Operacionalización de variables.....	22
4.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos	22
4.5 Recolección de datos.....	23
4.6 Técnicas para el procesamiento de la información:	23

4.7 Aspectos éticos	23
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	24
5.1 Resultados	24
5.2 Discusión:	32
6.1 Conclusiones.....	34
6.2 Recomendaciones.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA

ANEXO 4: CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD RICARDO PLAMA

ANEXO 5: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

ANEXO 6: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER

ANEXO 8: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ANEXO 9: CUESTIONARIO

ANEXO 10: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 11: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO 12: BASES DE DATOS (EXCEL, STATA), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP

INTRODUCCION

La incidencia de enfermedades alérgicas se encuentra en aumento, lo cual constituye un problema de salud pública, debido a afectan a un gran número de personas generando en una carga económica por el aumento en atenciones médicas.

Dentro de las enfermedades alérgicas se encuentra un grupo poco estudiado: las alergias alimentarias. De estas corresponden aproximadamente 71% a la alergia a la proteína de leche de vaca (APLV), la cual se da mayormente en lactantes debido que hasta los 6 meses solo consumen leche ya sea por lactancia materna exclusiva, lactancia artificial, o mixta.

En nuestro medio, todavía no es muy conocida APLV. La lactancia materna exclusiva no se encuentra exenta a la presencia de alergias, ya que se han registrado casos, pero en menor proporción comparados con lactancia mixta o artificial. Actualmente se desconoce en nuestro país datos certeros de prevalencia que relacionen la lactancia mixta y el desarrollo de alergias en temprana edad. Debido a lo mencionado, se considera importante investigar si existe alguna relación entre este tipo de lactancia y síntomas que presenten los lactantes, para de esta manera poder corregir estilos alimenticios tanto en la madre como en el lactante.

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La incidencia de enfermedades alérgicas se encuentra en aumento, afectando al 20% de la población mundial (1). En países desarrollados se considera que una de cada diez personas vive con alergia, siendo la población más afectada los lactantes y niños (2).

Esto constituye un problema de salud pública, debido a que se estima que 50 millones de estadounidenses tienen enfermedades alérgicas derivando en una carga tanto económica debido al aumento en atenciones, en Inglaterra se estimó que las atenciones médicas recibidas por un bebe atópico es de aproximadamente 1,381 libras, lo cual afecta la economía familiar (3).

Es de preocupación además ya que no solo se trata de manifestaciones clínicas sino que se encuentran estrechamente relacionadas a otro tipo de alergias como dermatitis atópica, rinitis alérgica y asma⁽¹⁾. En las últimas décadas, se dio un mayor reporte de alergias, informando que el 22% de 13.90 millones de personas en más de 30 países tienen un tipo de enfermedad alérgica (4). Las alergias alimentarias han doblado su número en el último siglo y se estima que en la última década aumentaron 20% (5). Aproximadamente 71% de las consultas de alergias corresponden a alergia a la proteína de leche de vaca (APLV), la cual se da mayormente en lactantes ya hasta los 6 meses solo consumen leche ya sea por lactancia materna exclusiva, lactancia artificial, o mixta (5,6).

En Latinoamérica la información sobre este tema es reducida. En nuestro medio, si bien se ha encontrado estudios realizados a rinitis alérgica y asma, los cuales muestran una prevalencia de 30% en la edad pediátrica (7), todavía no es muy conocida la alergia alimentaria, en especial la alergia a la proteína de la leche de vaca (8).

Se conoce que las enfermedades atópicas tienen una base genética, pero también se encuentran determinadas por diversos factores ambientales, incluida la nutrición infantil temprana (9). La lactancia se ha visto afectada en los últimos

años debido al actual estilo de vida, la rápida incorporación laboral y la baja remuneración (10).

La OMS recomienda la “lactancia materna exclusiva dentro de los primeros 6 meses de vida”; la cual aparte de formar un fuerte lazo en el binomio madre - hijo confiere beneficios inmunológicos (11). En España el porcentaje de niños con lactancia materna exclusiva es de 28.5%, esta cifra es muy similar al resto de países europeos (12). Asimismo en Perú la situación no es muy diferente solo un poco más del 50% de los nacidos tienen lactancia materna exclusiva, siendo más afectada las zonas urbanas donde se registró mayor consumo de fórmulas (13,14).

Si bien la lactancia materna debería primar, existen condiciones que pueden llegar a contraindicar su uso como es la galactosemia o que la madre este cursando con alguna infección como es VIH, HTLV1, si está recibiendo un tratamiento como quimioterapia, consumo de ciertos medicamentos, o incluso otras barreras externas que no le permiten amantar (15). Debido a esta problemática, cada vez se han ido mejorando las fórmulas alimentarias para bebés haciéndolas más seguras, pero todavía se considera como mejor fuente nutricional a la lactancia materna exclusiva (16).

La lactancia materna exclusiva no se encuentra exenta a la aparición de alergias, ya que se han registrado casos pero en menor proporción comparados con lactancia mixta o artificial (17). Actualmente se desconoce en nuestro país datos certeros de prevalencia que relacionen la práctica de lactancia mixta y el desarrollo de alergias en temprana edad. Debido a esto, considero que sería importante investigar si existe alguna relación entre esta práctica y síntomas que presenten los lactantes.

1.2 Formulación del problema

¿Existe asociación entre la lactancia mixta y la presencia de manifestaciones clínicas por proteína de leche de vaca en lactantes menores de 6 meses atendidos en la clínica Good Hope, Lima 2022?

1.3 Línea de investigación

El presente trabajo está considerado dentro de las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud del Minsa 2019-2023 (prioridad N°1: “Salud materna, perinatal y neonatal”). Además, pertenece a las “líneas de investigación de la universidad Ricardo Palma 2021 – 2025” (Prioridad N°9: “Salud materna, perinatal y neonatal”). Por lo que el estudio se delimitara a investigar la ASOCIACIÓN ENTRE LA LACTANCIA MIXTA Y MANIFESTACIONES CLÍNICA POR PROTEÍNA DE LECHE DE VACA EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA GOOD HOPE, LIMA 2022.

1.4 Justificación de la investigación

La OMS recomienda la “lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida”. Pero esta recomendación no se suele cumplir por diversos factores relacionados directamente con la madre, así como factores externos relacionados al trabajo o al estilo de vida actual (13,15). Debido a esta problemática, se tiene la necesidad de cubrir los requerimientos nutricionales del lactante con fórmulas infantiles de inicio, siendo estas seguras para el apoyo nutricional y lograr el correcto desarrollo infantil (16). Pero, la exposición temprana a estas proteínas de leche de vaca genera alteraciones sistémicas que motivan la atención ambulatoria y de emergencia en el servicio de pediatría en los primeros seis meses de vida.

Las reacciones alergias en lactantes pueden llegar a ser potencialmente mortales. La alergia en la edad pediátrica no solo afecta al paciente, sino que involucra a su entorno debido a que los padres se suelen desvelar perjudicando sus labores en el trabajo. Además, afecta drásticamente la economía familiar, ya que se estima elevados costos en atenciones médicas y tratamientos (3,18,19).

El diagnóstico muchas veces es difícil ya que no se cuenta con criterios precisos, pero siempre se debe tener en cuenta a lactantes que tengan antecedentes de alergia en la familia, partos por cesárea y consumo de lactancia artificial (fórmula) (20).

Dentro de las alergias, la alergia a la proteína de leche de vaca es una de las más frecuentes relacionadas durante el primer año de vida. La sintomatología puede darse tanto a nivel gastrointestinal, respiratorio, manifestándose como rinitis y/o cutánea como la dermatitis atópica (21). Ante esta sospecha se debe actuar, separando al agresor para evitar el malestar en el lactante. La falta de manejo adecuado puede traer retraso en el crecimiento en el lactante, entorpeciendo la evolución general del mismo (19).

En nuestro país no se conoce la prevalencia de esta enfermedad en ningún tipo de población, ni se han encontrado estudios relacionados razón por la cual se pretende aumentar la evidencia sobre este tema, que usualmente es una de los principales motivos de consulta pediátrica.

1.5 Delimitación del problema

La presente investigación se desarrolló en la clínica Good Hope, categoría de nivel de atención II – 2, donde se llevó a cabo en madres de pacientes menores de 6 meses atendidos en el consultorio de pediatría en el periodo comprendido durante noviembre- diciembre del año 2022.

1.6 Viabilidad

La realización del presente estudio es viable, puesto que la institución ha autorizado la investigación y se cuenta con los recursos económicos para desarrollarla.

1.7 Objetivo: general y específico

1.7.1 Objetivo General:

Evaluar la asociación entre la lactancia mixta y la presencia de manifestaciones clínica por proteína de leche de vaca en lactantes menores de 6 meses en la clínica Good Hope, Lima 2022.

1.7.2 Objetivo Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de la madre y del lactante.
- Evaluar la asociación entre la práctica de lactancia mixta, antecedentes alérgicos, tipo de parto y características sociodemográficas de la madre-lactante con la presencia de manifestaciones clínicas digestivas.
- Evaluar la asociación entre la práctica de lactancia mixta, antecedentes alérgicos, tipo de parto y características sociodemográficas de la madre-lactante con la presencia de manifestaciones clínicas respiratorias.
- Evaluar la asociación entre la práctica de lactancia mixta, antecedentes alérgicos, tipo de parto y características sociodemográficas de la madre-lactante con la presencia de manifestaciones clínicas cutáneas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Vera J. et al. (22) Ejecutaron un estudio con el objetivo ver síntomas digestivos relacionados a la proteína de leche en Colombia, 2013 . El estudio fue de tipo retrospectivo descriptivo con uso de historias clínicas de pacientes menores de 12 meses que acudieron a consulta por síntomas sugerentes de APLV. Fueron 40 los lactantes que cumplieron con los criterios para el estudio. Dentro de los resultados se obtuvo que la mayoría eran del sexo masculino 57,5%, la edad promedio fue de 3 a 4 meses. Respecto a los antecedentes se encontró edad de madre mayor de 30 años en 77,5%, familiares de primer grado con alergia fue de 70%, ingesta de formula maternizada en la primera semana de vida en el 87,5%. El 67,5% nació por cesárea. Los síntomas manifestados fueron vómitos o regurgitación en el 50% de los lactantes, diarrea sanguinolenta en 20%, alteración en el crecimiento 10%, cólico o irritabilidad en el 10%.

Ibáñez M, et al. (23) Realizo un estudio relacionado al efecto de la lactancia y el desarrollo de atopia en España, 2015. El tipo de estudio empleado fue casos y controles contando con una población de 240 participantes. Dentro de las características de la muestra el 70% consumía lactancia materna, el 5% lactancia mixta, 25% lactancia artificial. La lactancia materna fue prioritaria en el grupo de controles, además se asoció a aparición más tardía($p<0,001$). Dentro de los síntomas encontrado en los casos después del pico, se identificó que la piel seca se halló en 92,1%, rinitis en 17,1 %, en la reacción alimentaria 16,4%, el carácter irritable fue hallado en el 27,9%. El antecedente de familiar atópico fue de 72,9%. Como conclusión, la leche materna protege a la aparición de dermatitis atópica y algunas entidades dermatológicas.

Vásconez A, et al. (24) Realizo un estudio para evaluar los niveles de calprotectina en pacientes con alergia a la proteína de leche de vaca y

manifestaciones clínicas asociadas en Ecuador, 2018. El estudio fue de tipo descriptivo transversal, con ayuda de historias clínicas de 229 lactantes entre 1 a 12 meses de edad con diagnóstico de APLV.

Dentro de los resultados, la edad media de los participantes fue de 2,69 meses, la mayoría fue de sexo masculino 51,1%. La sintomatología más detectada fue irritabilidad con 54,6%, cólico 38%, diarrea 30.6%, vómito 25,3%, reflujo 24%, mala ganancia ponderal 5,7% y el 31,9% de la población presentó colitis alérgica como manifestación clínica. La calprotectina fecal no se elevó particularmente en la colitis alérgica, por lo tanto, no se podría considerar como prueba discriminatoria entre otro tipo de colitis.

Yang Q, et al. (25) Analizó 280 casos de APLV infantil en China, 2019. Su estudio recopiló historias clínicas de pacientes de edades de 1 mes al año de vida que fueron diagnosticados con APLV. Fueron 280 niños que cumplieron con los criterios para el estudio, predominantemente fueron menores de 6 meses, además hombres en su mayoría. La media de edad fue de 4,5 meses, un mayor número de participantes nació por parto natural. De acuerdo al tipo de alimentación: 48,6% recibieron lactancia materna exclusiva, 21,8% consumen fórmula y el 29,6% recibe lactancia mixta. Dentro de las manifestaciones clínicas encontradas: diarrea fue hallada en el 61,1%, heces con sangre en el 53,2%, vómitos en 25,4%, 20,4% de los participantes desarrolló eccema, estreñimiento en 3,6%. Respecto al estado nutricional se encontró desnutrición en 15% de los participantes, además se encontró menor incidencia de desnutrición en el grupo de lactancia materna que en el grupo de fórmula ($p < 0,0167$).

Vincent R, et al. (26) Analizó síntomas de niños con Alergia a la proteína de leche de vaca en Inglaterra, 2021. Los 1303 lactantes de 13 -17 semanas con lactancia materna exclusiva fueron divididos en dos grupos: el primero fue de inducción estándar (SIG), en el cual se alentaba la lactancia materna y el segundo de inducción temprana (EIG), en el cual se introdujo alérgenos como la proteína de la leche de vaca. Se pidió a los padres que mensualmente reporten si los niños presentaban síntomas de APLV. Respecto a los resultados, hubo mayor atopia por parte de los padres, en las madres 66% y 53% en padres. El patrón de sintomatología encontrado fue que se presentó antes de los 3 meses, síntomas

frecuentes fueron vómitos y cólicos que disminuyeron conforme crecían, el que si aumentó fue el rechazo a la comida. Dentro de los síntomas leves- moderados, el 45,8% presento reflujo, vómito, enfermedad por reflujo gastroesofágico y el 0,2% heces con sangre. Síntomas dermatológicos como prurito, eccema fueron estables en el tiempo.

Errázuriz G, et al. (27) Realizó un estudio con el objetivo de documentar las Características clínicas y el manejo de lactantes con sospecha de APLV, en Chile,2016. El tipo de estudio realizado fue de tipo retrospectivo, se recolecto información a través de historias clínica. Los participantes que cumplieron los criterios fueron 106 lactantes menores de un año. La mayoría fueron varones (51%) y la mediana de inicio de síntomas fue 1,5 meses de edad. Respecto a los antecedentes 74% tuvo al menos un progenitor atópico. Sobre el uso de fórmulas, se halló que el 15% de los lactantes recibió fórmula en el durante el periodo neonatal y 50% de ellos, antes del tercer mes. El inicio de las manifestaciones fue 1,5 a 2 meses de edad. Dentro de las manifestaciones se hallaron: 63% de vómitos, 50% presentaron cólicos y el 40% de ellos presentó rectorragia.

Laliena C, et al. (28) Realizó un estudio retrospectivo en una población de niños aragoneses en España, 2022. El tipo de estudio fue observacional retrospectivo. Participantes 177 niños. El 52% fueron mujeres, la edad promedio de inicio de la enfermedad fueron los 2,55 meses. Respecto al tipo de lactancia: 41,2% recibió lactancia materna exclusiva, fórmula maternizada 31,8% y los que consumieron lactancia mixta fueron 27,3%; los que consumieron LME tuvieron un retraso en los síntomas de alergia a comparación de los otros grupos. La presentación clínica más frecuente fue la proctocolitis alérgica, seguida de enteropatía.

Gnecco, D, et al. (5) Realizó una revisión de literatura con el objetivo notificar la alergia a la proteína de la leche de vaca en niños menores de seis meses, los que eran amamantados exclusivamente con leche materna en Colombia, 2021. Se hizo una revisión de 15 artículos de los cuales se llegó a una conclusión de que los síntomas más resaltantes para APLV en los lactantes de 6 meses, son la diarrea con presencia o ausencia de sangre, vómitos y la palidez en lactantes.

Además, se constató que la manifestación de tipo gastrointestinales son las de mayor frecuencia en este grupo etario a diferencia de la población pediátrica que prima las manifestaciones cutáneas. Respecto al tiempo de aparición fue en la mayoría a los 3.6 meses. Se encontró que la mayoría de afectados por APLV son del sexo femenino. Se consideró un factor de riesgo marcado en los niños con familiares atópicos, incrementándose el riesgo en cuando son hermanos de los mismos padres.

Ngamphaiboon J, et al. (29) realizó un trabajo en niños tailandeses con alergia a la proteína de leche de vaca, 2008. Se analizó una data de 382 niños con diagnóstico de APLV. En los resultados encontrados se obtuvo que la mayoría eran del sexo masculino. Referente a la gestación, la mayoría de madres refirió mayor consumo de lácteos. Solo 13,2% de los lactantes recibieron lactancia materna exclusiva La edad de diagnóstico se realizó a los 14.8 meses. Se encontró el que el 64,2% tenía antecedentes de atopia en la familia. Las manifestaciones más frecuentes fueron los síntomas respiratorios 43.2%, seguida de los síntomas gastrointestinales como diarrea, estreñimiento en 22.5%, las manifestaciones cutáneas como dermatitis atópica y urticaria representa el 20.1%, además se encontró el 10.9% retraso en el desarrollo y en 2.8 se relación a anemia.

2.1.2 Nacionales:

Saji K, et al. (30) Realizó un estudio relacionado a los malestares gastrointestinales en lactantes asociados a madres consumidoras de leche de vaca en Cusco ,2016. El estudio fue de tipo correlacional con casos y controles cuya población consto de 200 lactantes, pero solo 165 cumplieron con los criterios del estudio. Dentro de los resultados encontrados la mayoría de madres son de zonas urbanas. Respecto a la asociación del consumo de lácteos hechos por la madre y la sintomatología gastrointestinal, presentó un OR con probabilidad de 6.741 veces más que el lactante tenga síntomas. La edad de los lactantes del estudio fue en más del 50% entre 1 a 2 meses, la mayoría fueron del sexo masculino. Respecto al tipo de parto no se encontró relación estadísticamente significativa ($p>0,005$), antecedente de familiar con atopia tiene probabilidad de 2,092; $p<0,005$. En relación a los pujos, estos fueron los más frecuentes con 97.8%

de prevalencia, seguidos por postura antiálgica 97.8%; luego, los llantos en el 35.6% y heces con sangre en 6.7%. La edad promedio de aparición de la sintomatología fue en menores de un mes 73.3%.

Salazar C, et al. (31) Realizó un trabajo de investigación relacionando el tipo de lactancia materna y el desarrollo de atopia, síntomas respiratorios o gastrointestinales en Lima, 2014. El tipo de estudio fue descriptivo, prospectivo ya que se entrevistó en 3 momentos a las 327 madres. Dentro de los resultados, al inicio del estudio la mayoría practicaba la lactancia materna exclusiva pero luego, a los 6 meses la lactancia mixta fue la que predominó. Para relacionar el tipo de lactancia y las diversas patologías, se evaluó en tres momentos. El primer momento fue a los dos meses donde en el grupo de lactancia materna se registraron más casos de atopias, frente a los otros tipos. Al segundo momento dado en la revisión de los cuatro meses, hubo mayores casos de enfermedades respiratorias asociadas a la lactancia mixta, además se registró mayor atopia en el grupo leche materna. En el tercer momento, dado a los 6 meses, fue cuando se observó la mayor presencia de atopia en el grupo de lactancia artificial($p>0.05$).

Muñoz A, et al. (19) Realizaron un reporte de caso en el año 2011, con el objetivo de mostrar una asociación entre el uso de fórmulas con la aparición de alergia a la proteína de leche de vaca. En el estudio se aborda dos casos de alergia alimentaria considerada grave la cual se vio favorecida por la exclusión dietaria de la proteína de leche de vaca. Dentro de sus antecedentes destaca padres con rinitis. En el primer día de vida consumió fórmula láctea y luego lactancia materna exclusiva. A los 7 días presenta diarreas con moco algunas con rastro de sangre. Al mes y medio de vida volvió al hospital por cuadro diarreico al cual se trató con antibióticos y sustitución de lactancia materna por fórmula sin lactosa, pero no hubo mejoría. Cuando tuvo 3 meses fue referido al Hospital Rebagliati con anemia. Dentro de los exámenes realizados se encontró IgE elevado, se le da el cambio por fórmula de aminoácidos viéndose una respuesta favorecedora llegando a superar la anemia y la hipoalbuminemia registrada. El segundo caso, se trata de un niño de 10 meses con un cuadro de 6 días de evolución caracterizado por fiebre, vómitos, diarreas líquidas, edema generalizado. No presentaba antecedentes de importancia, solo el consumo de leche evaporada conjunta con

las papillas e ingesta de papilla de trigo un día antes de los síntomas, razón por la que le realizan una biopsia, descartando enteropía por gluten. En el tratamiento se le dio un hidrolizado extenso de caseína, la cual tuvo buena respuesta.

Maldonado-Gómez W, et al. (32) En su investigación busco una asociación entre la lactancia materna exclusiva y dermatitis atópica en Chiclayo, 2019.

El tipo de estudio que realizo fue casos y controles no pareado, donde analizó 260 casos y 260 controles. Dentro de los resultados se encontró que la mediana de edad fue 29,1 meses, el sexo predominante fue femenino 50,4%, el 43,3% realizó LME y el grueso del grupo fue no exclusivo, antecedentes de familiar con atopía fue el 53,3%, los padres que recibieron educación superior fue el 63,1% y la mayoría (89,2%) fue de procedencia urbana. El estudio sugirió que la lactancia materna exclusiva tendría un efecto protector frente la dermatitis atópica en niños menores de 7 años.

2.2 Bases teóricas

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y MIXTA

Con el paso del tiempo se han ido mejorando las fórmulas alimentarias para bebés haciéndolas más seguras, pero todavía se debe considerar como mejor fuente nutricional a la lactancia materna exclusiva (16).

Existen diversos tipos de lactancia: (33)

- Lactancia materna exclusiva: Se define a la alimentación en la que el bebé únicamente consume de leche materna, directamente del pecho de su madre. Puede recibir sueros de rehidratación oral, gotas o jarabes, medicinas; pero no ingiere ningún otro alimento o bebida.
- Lactancia materna mixta: Se da cuando el lactante recibe leche materna y leche artificial (fórmula).
- Lactancia artificial: Él bebe recibe exclusivamente leche artificial.

La lactancia materna tiene incontables beneficios para la salud tanto de la madre como la disminución de riesgo de cáncer de mama y cáncer de ovario, así como en el niño que se ha relacionado con menor incidencia de diarreas, infecciones respiratorias y sobrepeso (34). Debido a esto La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, ya que confiere factores inmunes como anticuerpos IgA, protegiendo al niño de enfermedades como sobrepeso, otitis media, infecciones (35). Sin embargo existe condiciones que contraindican la lactancia materna como la galactosemia, madres con infección de VIH, infección por HTLV 1 o 2, quimioterapia, radioterapia, consumo de drogas entre otras (15).

Actualmente se ha visto una disminución de la lactancia materna a nivel global. Según la asociación de pediatría (SPA), el porcentaje de niños en España que se alimenta exclusivamente de leche materna hasta los 6 meses es de 28.5%. Esta cifra es similar a la observada en el resto de Europa (12). En Perú la situación no es muy diferente (13). Esta disminución se ve relacionada a la edad materna, la inexperiencia, la falta de información, el regreso temprano al trabajo. Otras razones asociadas a para abandonar la lactancia materna es que cierto número de madres experimentaron dificultades para amantar, pezones agrietados, dolor, percepción de insuficiente leche, el retraso en el crecimiento del lactante (36).

Ante este conflicto se puede considerar ideal la incorporación de un complemento alimenticio que logre satisfacer las demandas del lactante, como son las fórmulas infantiles (37). En estudios que han seguido a sus participantes por un determinado tiempo, se ha asociado el uso de fórmulas con 20-30% más de volumen por alimento, comparado con los bebés alimentados exclusivamente con leche materna, representado un riesgo de sobrepeso infantil (38).

La lactancia materna exclusiva se sigue considerando como la mejor fuente nutricional en el lactante (16). Respecto al desarrollo de alergias, se ha evidenciado que los niños que tienen lactancia materna exclusiva (LME) tienen un menor riesgo de desarrollar APLV en comparación con los que consumen fórmulas o alimentación mixta, lo cual podría ser debido a que la leche materna contiene menor cantidad proteínas de leche de vaca causantes de generar reacción exagerada en el sistema inmune del lactante (17,39).

Dentro de sus beneficios se analizó que la leche materna es fuente de micronutrientes esenciales, factores inmunoactivos (IgA), ácido graso de cadena corta, oligosacáridos que benefician el óptimo desarrollo del infante, además de contribuir al desarrollo de un microbioma intestinal saludable (39,40).

ALERGIA A LA PROTEINA DE LECHE DE VACA

Las enfermedades inflamatorias crónicas dentro de ellas las alergias, son resultado de interacciones complejas entre la predisposición genética y diversos factores (ambientales, nutricionales, estilo de vida). Muchos de estos contribuyen a la aparición o protección de la enfermedad (41). Esta se da en forma de respuestas inadecuadas frente a un componente no originario del cuerpo humano, generalmente inofensivo, como son el polen, la caspa de animales y ácaros de polvo (42).

De este modo afectan no solo a personas adultas sino también en los primeros años de vida como se ha demostrado en estudios sobre la sensibilización del tabaco, la exposición de hidrocarburos aromáticos y el asma infantil (43,44). De este mismo modo puede suceder con la alergia relacionadas a la alimentación.

Durante la etapa infantil, el niño recibe la alimentación requerida mediante su madre. Sin embargo, actualmente se ha disminuido la práctica de lactancia materna exclusiva (13). Por otro lado, uno de los desencadenadores de alergia alimentarias en varias regiones del mundo es la alergia a la proteína de la leche de la vaca (45). La leche contiene proteínas potencialmente alergénicas y las más frecuentes investigadas son la caseína y las que contiene el suero (beta-lactoglobulina(BLG))(46). La leche es una de las fuentes principales incluidas en la dieta, la madre que la consume puede transferir fragmentos de proteínas bovinas y generar respuesta en el lactante; de igual manera las fórmulas infantiles transfieren sus derivados a los lactantes (37,47).

MANIFESTACIONES CLINICAS POR PROTEINA DE LECHE DE VACA

Las manifestaciones clínicas relacionadas a la práctica de lactancia mixta se suele dar en los primeros meses de vida, la cual se manifiesta horas, días o semanas después del consumo de la fórmula artificial que contiene leche de vaca pero

también se ha visto que se puede dar en niños que consumen lactancia materna exclusiva si es que la madre ingiere leche de vaca (48).

Las reacciones adversas a alimentos se pueden dividir en alérgicas y no alérgicas. Las no alérgicas incluye a la intolerancia, deficiencias enzimáticas, alteraciones metabólicas, entre otras (49). Las de origen alérgico se puede clasificaren mediada por IgE y no mediada por IgE (48) (ver tabla 1)

Tabla N°1: CLASIFICACION DE ALERGIAS ALIMENTARIAS

	Mediado por IgE	No mediado por IgE
Forma de inicio:	De inicio rápido(minutos)	De inicio lento(horas/días)
Mecanismo	Unión del antígeno con IgE específica, mediado por mastocitos que liberan histamina generando una inflamación.	Mediadas por células
Resolución	Mas persistente	Mas rápida
Órganos más afectados	Piel: Eccema. Cardíaco: síncope, shock Respiratorio: rinitis alérgica, asma Digestivo: vómitos, dolor abdominal, diarrea	Mas gastrointestinales: Vómitos, diarreas, rectorragia, constipación
Manifestación	<ul style="list-style-type: none"> • Urticaria • Síndrome de alergia oral • Broncoespasmo • Shock anafiláctico 	<ul style="list-style-type: none"> • Enterocolitis inducida por proteína alimentaria • Proctocolitis alérgica • Enteropatía alérgica • Enfermedad celiaca

Fuente: Guía clínica Alergia a proteína de leche de vaca, 2021.

En los lactantes, la sintomatología es difusa, lo cual dificulta un diagnóstico temprano en este grupo etario (50). El diagnóstico en la mayoría es clínico, por lo que se recomienda una exhaustiva historia clínica en cual se incluye, frecuencia de los síntomas, tiempo entre la ingestión y aparición de los síntomas, así como antecedentes familiares de atopia (el riesgo aumenta si los padres o hermano

gemelar tiene atopia y también hay mayor riesgo si ambos padres son atópicos) (20). La sintomatología de APLV se puede clasificar en leves o severos. (ver tabla 2)

TABLA N°2: CLASIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DE APLV

<p>Síntomas leves</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gastrointestinal: vómitos que no clasifican dentro del reflujo fisiológico, diarrea, heces con sangre, constipación, cólico abdominal persistente, disfagia, llanto irritabilidad. ✓ Cutáneo: dermatitis atópica. ✓ Respiratorio: prurito nasal, estornudos, sibilancias no asociado a infecciones.
<p>Síntomas severos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ GI: bajo peso (diarreas, vómitos), rechazo al biberón, anemia secundaria a rectorragia, hipoalbuminemia secundaria a enteropatía perdedora de proteína. Cólico al menos 3 días a la semana. ⁽⁵¹⁾ ✓ Piel: dermatitis atópica asociada a conjuntivitis o angioedema no relacionada con infecciones o reacción a medicamentos. ✓ Respiratorio: Rinorrea, tos persistente, sibilancias no asociadas a infección, edema laríngeo u obstrucción bronquial. La anafilaxia, que es la más grave, comprometiéndola vida, en un lactante se asocia a palidez e hipotonía.

Fuente: Guía clínica Alergia a proteína de leche de vaca, 2021.

Para el diagnóstico, se suele aplicar con mayor frecuencia, en consulta, la sustitución dietaria, ante un caso sospechoso de APLV (19). El Gold estándar para el diagnóstico, es la provocación alimentaria controlada con placebo supervisada por un médico, pero generalmente solo basta con la provocación abierta, es decir la sustitución alimentaria y reintroducción del alimento alérgico (21).

El diagnóstico varía dependiendo del tipo de lactancia del menor: Para la sospecha de APLV en niños con lactancia materna exclusiva, se confirma el diagnóstico o se descarta a través de prueba y contraprueba. En la etapa de prueba se le indica a la madre la exclusión de derivados lácteos por lo menos 2 semanas. Si el/la lactante mejora retirado el lácteo, se realiza la contraprueba que consiste en reintroducir los lácteos a la dieta materna. Si los síntomas no reaparecen, se excluye la APLV, por lo cual la lactante continua con la lactancia materna. Pero si los síntomas vuelven al reintroducir la los lácteos se confirma APLV. El

tratamiento consiste en eliminar de la dieta de la madre todos los lácteos lo que dure la lactancia exclusiva, sin olvidar la suplementación de calcio para la madre y el apoyo nutricional adecuado. Si el niño no mejora, se puede considerar el uso de fórmulas hipoalergénicas (21,52).

Por otro lado, ante la sospecha de síntomas leves de APLV en lactantes con fórmula, se debe iniciar la etapa de prueba, cambiando de fórmula por una extensamente hidrolizada. Si en la contraprueba no hay síntomas de alergia, se debe reincorporar las proteínas lácteas en la dieta y seguimiento. Si en la contraprueba se presenta síntomas, tenemos el diagnóstico (21).

Otros métodos diagnósticos, son las pruebas de alergia que falta estandarizar y la prueba de provocación oral está sujeta a sesgos además requiere tiempo y tiene un precio elevado (21,53). Debido a que la gran mayoría de las manifestaciones alérgicas gastrointestinales son no mediadas por IgE, con lo cual los estudios de laboratorio no son sustanciales para el diagnóstico (28).

También es importante ver que el uso de leche de otros mamíferos se relaciona con riesgo de reacciones alérgicas cruzadas, por lo cual es preferible evitar y favorecer la lactancia materna exclusiva (54).

Todavía el tema de alergias se encuentra en constante investigación, uno de los factores relacionados es el papel de la microbiota. La microbiota intestinal del lactante se encuentra influenciado por el tipo de leche así como del tipo de parto, el parto vaginal se relaciona a bacterias saprofiticas que apoyarían el correcto funcionamiento inmune, muy diferente a lo encontrado en los bebés que nacen por cesáreas hay una alteración de la microbiota, la cual se ha encontrado ligada a *Clostridium difficile* relacionado a sibilancias y dermatitis atópica (40,55).

Las respuestas IgE en infantes a la proteína de los alimentos se puede considerar como marcadores de reactividad atópica debido a que predicen la sensibilización posterior a otra proteína de alimentos como son las nueces, maní o alérgenos del ambiente (56). En niños con alergia a la leche se les suministro leche hidrolizada con probióticos los cuales se han visto que pueden retrasar la marcha alérgica comparado con otras fórmulas (57).

La marcha sugiere una progresión concadenada de manifestaciones atópicas como el asma, dermatitis atópica, rinitis alérgica y asma, mediados por IgE los cuales pueden muchas veces persistir o remitir en forma espontánea. Se ha visto que la alergia a la proteína de la leche de vaca se da mayormente antes de los 12 meses y tiene un pronóstico favorable ya que la mayoría de niños superan su alergia durante la infancia (58,59).

Debido a esto, es importante investigar la relación entre la práctica de lactancia maternos no exclusivas y el desarrollo de alergias.

2.3 Definiciones conceptuales

- **Lactancia Mixta:** Se da cuando el lactante recibe leche materna complementada con leche artificial (fórmula).
- **Lactancia No mixta (LME):** Se define a la alimentación en la que él bebe únicamente consume de leche materna, directamente del pecho de su madre.
- **Antecedentes alérgicos:** Entendido como presencia de algún familiar de 1°o 2° grado con alergia.
- **Tipo de parto:** Dividido en eutócico, también llamado parto vaginal o distócico, referida a la cesárea.
- **Inicio de manifestaciones clínicas:** periodo en meses en el que se da el desarrollo de síntomas.
- **Manifestaciones clínicas:** comprendida por manifestaciones gastrointestinales (cólico, presencia de heces con sangre, reflujo e irritabilidad en ausencia de infección), manifestaciones respiratorias (rinorrea, congestión nasal o sibilantes, pero sin encontrarse relacionado a un proceso infeccioso) y manifestaciones cutáneas (eccema, angioedema, urticaria, o incluso dermatitis atópica).
- **Características sociodemográficas:** Referido a la edad del lactante, sexo del lactante, edad de la madre en años.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Hipótesis: General, específica.

HIPOTESIS GENERAL:

H1: Existe asociación entre la lactancia mixta y las manifestaciones clínica por proteína de leche de vaca en lactantes menores de 6 meses en la clínica Good Hope, Lima 2022.

H0: No existe asociación entre la lactancia mixta y las manifestaciones clínica por proteína de leche de vaca en lactantes menores de 6 meses en la clínica Good Hope, Lima 2022.

HIPÓTESIS ESPECIFICAS:

- Existe asociación significativa entre la práctica de lactancia mixta, antecedentes alérgicos, tipo de parto y características sociodemográficas de la madre-lactante con la presencia de manifestaciones clínicas digestivas.
- Existe asociación significativa entre la práctica de lactancia mixta, antecedentes alérgicos, tipo de parto y características sociodemográficas de la madre-lactante con la presencia de manifestaciones clínicas respiratorias.
- Existe asociación significativa entre la práctica de lactancia mixta, antecedentes alérgicos, tipo de parto y características sociodemográficas de la madre-lactante con la presencia de manifestaciones clínicas cutáneas.

3.2 Variables

Variable dependiente:

- Manifestaciones clínicas (digestivas, respiratorias, cutáneas)

Variables independientes

- Lactancia mixta
- Antecedentes alérgicos
- Tipo de parto
- Características sociodemográficas (edad del lactante, sexo del lactante, edad de la madre)
- Inicio de manifestaciones clínicas

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño:

El estudio observacional, transversal, analítico.

- **Observacional:** Debido a que recaba información, no hay intervención del investigador.
- **Transversal:** Debido a que las variables serán observadas, recogidas y analizadas en un momento determinado.
- **Analítico:** Debido a que el trabajo busca encontrar si existe una asociación entre las variables.

4.2 Población y muestra

Madres de lactantes menores de 6 meses que son atendidos en el consultorio de pediatría en la clínica Good Hope en el periodo de noviembre- diciembre 2022

MUESTRA

Tamaño muestral: El cálculo de la muestra fue a través de la calculadora del instituto de Investigación de ciencias biomédicas (INICIB- URP) para estudios del diseño transversal analítico, se realizó un muestreo probabilístico aleatorio estratificado. Se uso al estudio de Salazar, C. “Tipo de lactancia materna en el niño y su asociación con la atopia, eventos patológicos respiratorios y gastroenterológicos en el Hospital San José”⁽³¹⁾. Donde los lactantes que consumen leche materna exclusiva, 5.83% desarrollaron atopia; del grupo de lactancia mixta 13.1% desarrollaron atopia. Por este motivo, se tomó la proporción más cercana a la lactancia mixta exclusiva para calcular el tamaño de muestra, por lo cual se ve necesario una muestra de 450 personas.

Diseño Transversal Analítico	
P_1 : FRECUENCIA CON EL FACTOR	0.13
P_2 : FRECUENCIA SIN EL FACTOR	0.05
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.80
n' : TAMAÑO DE MUESTRA SIN CORRECCIÓN	200
n : TAMAÑO DE MUESTRA CON CORRECCIÓN DE YATES	225
TAMAÑO MUESTRA EXPUESTOS	225
TAMAÑO DE MUESTRA NO EXPUESTOS	225
TAMAÑO MUESTRA TOTAL	450

Fuente: Camacho-Sandoval J., "Tamaño de Muestra en Estudios Clínicos", Acta Médica Costarricense (AMC), Vol. 50 (1), 2008

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Niños menores de 6 meses que acudieron a la revisión programada.
- ✓ Niños con lactancia materna exclusiva menores de 6 meses.
- ✓ Niños con lactancia mixta menores de 6 meses.
- ✓ Niños con lactancia artificial menores de 6 meses.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Niños mayores de 6 meses.
- ✓ Niños menores de 6 meses con cuadro de infección gastrointestinal.
- ✓ Niños menores de 6 meses que consuman únicamente lactancia artificial.

4.3 Operacionalización de variables

Se presentan las variables utilizadas en el estudio de manera detallada, (anexo 8)

4.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos

El presente trabajo utilizo un cuestionario validado de la tesis "Disturbios gastrointestinales en lactantes por consumo de proteína de leche de vaca en la madre en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Essalud. Cusco - 2016",

el alfa de Cronbach de la encuesta tiene un nivel de fiabilidad 0.719, también fue validado por expertos. (Anexo 9)

4.5 Recolección de datos

El primer paso fue solicitar los permisos respectivos a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma y al comité de ética de esta misma.

Luego se procedió a pedir autorización a la clínica Good Hope (Anexo 5). Una vez otorgada, se procedió a encuestar a las madres que acudían al consultorio de pediatría con los lactantes menores de 6 meses y que a través del consentimiento informado aceptaban ser parte del estudio.

4.6 Técnicas para el procesamiento de la información:

Los datos obtenidos mediante Google forms, fueron trasladados a Excel donde se procedió a hacer limpieza de la base de datos, posteriormente importó la base de datos a IBM SPSS Statistics v2.9. En SPSS se procedió a hacer el análisis estadístico, la cual la dividimos en dos fases: la primera fase, se realizó el análisis descriptivo de las variables cualitativas viendo frecuencias y porcentajes. En la segunda fase fue el análisis inferencial en el que se usó la prueba de chi cuadrado siendo significativo $p < 0,05$. Posterior se realizó un análisis bivariado, multivariado y el cálculo de la razón de prevalencia (crudo y ajustado), con su intervalo de confianza de 95%.

4.7 Aspectos éticos

Debido a que esta investigación recolectó datos y respuestas de seres humanos, se contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Ricardo Palma y de la clínica Good Hope.

Todas las personas que participan en la encuesta previamente deberán firmar un consentimiento informado (anexo 10). En todo momento se preservará la confidencialidad de los participantes, además se explicará la finalidad del estudio.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados

La muestra del estudio estuvo conformada por 450 madres de menores de 6 meses que acudieron a consultorio externo de la clínica Good Hope en el año 2022, donde el tipo de lactancia fue mixta en 225 y no mixta en 225, el antecedente alérgico fue de 15.3%, el tipo de parto predominante fue cesárea 56.7%. Dentro de las características sociodemográficas se encuentra: edad del lactante predominantemente menores de 3 meses, 342 (76%); en su mayoría del sexo masculino 255 (43.3%); la edad de la madre en su mayoría fue menores de 35 años 74.2%. Como se observa en la tabla 1.

Tabla 1. Características generales de la encuesta de asociación entre la lactancia mixta y manifestaciones clínica por proteína de leche de vaca en lactantes menores de 6 meses atendidos en la clínica Good Hope, Lima 2022

Características generales	Frecuencia	Porcentajes
Lactancia mixta		
<i>Lactancia mixta</i>	225	50%
<i>No lactancia mixta</i>	225	50%
Antecedentes alérgicos		
<i>Si</i>	69	15.3%
<i>No</i>	381	84.7%
Tipo de parto		
<i>Vaginal</i>	197	43.8%
<i>cesárea</i>	253	56.2%
Características sociodemográficas		
<i>Edad del lactante</i>		
<i>≤3 meses</i>	342	76%
<i>>3 meses</i>	108	24%
<i>Sexo del lactante</i>		
<i>Masculino</i>	255	56.7%
<i>Femenino</i>	195	43.3%
<i>Edad de la madre</i>		
<i>≤ 35 años</i>	334	74.2%
<i>>35 años</i>	116	25.8%

Con respecto a las manifestaciones clínica por proteína de leche de vaca en lactantes menores se observó que los lactantes que presentaron manifestaciones digestivas fueron 139(30.9%), manifestaciones respiratorias solo 58 participantes correspondiente al 12.9%, manifestaciones cutáneas 44 lactantes representando el 9.8%. Referente al inicio de manifestaciones clínicas, se evidencio que mayormente fue al segundo mes de vida en el 18.4%, así como se observa en la tabla 2.

Tabla 2. Características generales de la encuesta de asociación entre la lactancia mixta y manifestaciones clínica por proteína de leche de vaca en lactantes menores de 6 meses atendidos en la clínica Good Hope, Lima 2022

Características generales	Frecuencia	Porcentajes
Manifestaciones Digestivas		
<i>Si</i>	139	30.9%
<i>No</i>	311	69.9%
Manifestaciones Respiratorias		
<i>Si</i>	58	12.9%
<i>No</i>	392	87.1%
Manifestaciones Cutáneas		
<i>Si</i>	44	9.8%
<i>No</i>	406	90.2%
Inicio de manifestaciones clínicas		
<i>Primer mes de vida</i>	27	6%
<i>Segundo mes de vida</i>	83	18.4%
<i>Tercer mes de vida</i>	21	4.7%
<i>Cuarto mes de vida</i>	13	2.9%
<i>Quinto mes de vida</i>	7	1.6%
<i>Sexto mes de vida</i>	3	0.7%
<i>No presento</i>	296	65.8%

En la tabla 3 se procedió al análisis detallado de cada variable en relación con las manifestaciones digestivas. Los hallazgos revelaron que 51.6% de los niños con lactancia mixta presentaron manifestaciones digestivas, mientras que 84.1% de lactantes que tienen antecedentes alérgicos presentaron manifestaciones digestivas. Referente al tipo de parto, fueron 37.2% los nacidos por cesárea que presentaron manifestaciones. Respecto a las características sociodemográficas: fueron 26.9% los lactantes menores de 3 meses que presentaron manifestaciones digestivas; fueron en su mayoría (32.9%) lactantes varones que presentaron manifestación digestiva; se observó que la edad de la madre mayor a 35 años se relaciona mayores manifestaciones digestivas en lactantes (43.1%).

Tabla 3. Tabla cruzada de manifestaciones digestivas sobre la asociación entre la lactancia mixta y manifestaciones clínica por proteína de leche de vaca en lactantes menores de 6 meses atendidos en la clínica Good Hope, Lima 2022

	MANIFESTACIONES DIGESTIVAS		TOTAL	p valor (*)
	NO	SI		
LACTANCIA MIXTA				
NO LACTANCIA MIXTA	202 (89.8%)	23 (10.2%)	225 (100%)	0.001
LACTANCIA MIXTA	109 (48.4%)	116 (51.6%)	225 (100%)	
ANTECEDENTES ALÉRGICOS				
NO ALERGIA	00(78.7%)	81(21.3%)	381(100%)	0.001
SI ALERGIA	11(15.9%)	58(84.1%)	69(100%)	
TIPO DE PARTO				
VAGINAL	152(77.2%)	45(22.8%)	197(100%)	0.001
CESÁREA	159(62.8%)	94(37.2%)	253(100%)	
EDAD DEL LACTANTE				
>3MESES	61(56.5%)	47(43.5%)	108(100%)	0.001
≤ 3 MESES	250(73.1%)	92(26.9%)	342(100%)	
SEXO DEL LACTANTE				
FEMENINO	140(71.8%)	55(28.2%)	195(100%)	0.281
MASCULINO	171(67.1%)	84(32.9%)	255(100%)	
EDAD DE LA MADRE				
≤ 35 AÑOS	254(56.9%)	89(26.6%)	334(100%)	0.001
>35 AÑOS	66(56.9%)	50(43.1%)	116(100%)	

P valor *chi cuadrado

En la tabla 4 se procedió al análisis detallado de cada variable en relación con las manifestaciones respiratorias. Se observó que 18.7% de los lactantes que presentaron manifestaciones respiratorias consumieron lactancia mixta, además antecedentes alérgicos se asoció a mayores manifestaciones respiratorias (63.8%). El tipo de parto en su mayoría cesárea, 17.4% si presentó manifestación respiratoria. Se halló que, en mayores de 3 meses, hay mayor sintomatología respiratoria (26.9%). El sexo del lactante no se relacionó con mayores manifestaciones clínicas. Fueron 19.8% las madres jóvenes que sus niños presentaron manifestaciones clínicas, además de ser predominantemente urbana la muestra, la mayoría no presentó síntomas respiratorios (87.7%).

Tabla 4. Tabla cruzada de manifestaciones respiratorias sobre la asociación entre la lactancia mixta y manifestaciones clínica por proteína de leche de vaca en lactantes menores de 6 meses atendidos en la clínica Good Hope, Lima 2022

	MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS		TOTAL	p valor (*)
	NO	SI		
LACTANCIA MIXTA				
NO LACTANCIA MIXTA	209 (92.9%)	16 (7.1%)	225 (100%)	0.000
LACTANCIA MIXTA	183 (81.1%)	42(18.7)	225 (100%)	
ANTECEDENTES ALÉRGICOS				
NO ALERGIAS	367 (96.3)	14 (3.7)	381 (100%)	0.000
SI ALERGIAS	25 (36.2)	44 (63.8)	69 (100%)	
TIPO DE PARTO				
VAGINAL	183 (92.9)	14 (7.1%)	197 (100%)	0.001
CESAREA	209 (82.6%)	44 (17.4%)	253 (100%)	
EDAD DEL LACTANTE				
>3 MESES	79 (73.1%)	29 (26.9%)	108 (100%)	0.000
≤3 MESES	313 (91.5%)	29 (8.5%)	342 (100%)	
SEXO DEL LACTANTE				
FEMENINO	174 (89.2%)	21 (10.8%)	195 (100%)	0.241
MASCULINO	218 (85.5%)	37 (14.5%)	255 (100%)	
EDAD DE LA MADRE				
≤35	299 (89.5%)	35 (10.5%)	334 (100%)	<u>0.010</u>
>35	93 (80.2%)	23 (19.8%)	116 (100%)	

P valor *chi cuadrado

En la tabla 5 se procedió al análisis detallado de cada variable en relación con las manifestaciones cutáneas. Los hallazgos revelaron que 13.8% de los niños con lactancia mixta presentaron manifestaciones cutáneas, mientras que 46.4%% de lactantes que tienen antecedentes alérgicos presentaron manifestaciones. Referente al tipo de parto, fueron 14.6% los nacidos por cesárea que presentaron manifestaciones. Respecto a las características sociodemográficas: fueron 24.1% los lactantes mayores de 3 meses que presentaron manifestaciones cutáneas; además fueron en su mayoría (11%) lactantes varones que presentaron síntomas. Se observó que la edad de la madre mayor a 35 años se relaciona mayores manifestaciones cutáneas en lactantes (15.5%). Referente al lugar de procedencia en su mayoría urbano no presentó manifestaciones (90.9%).

Tabla 5. Tabla cruzada de manifestaciones cutáneas sobre la asociación entre la lactancia mixta y manifestaciones clínica por proteína de leche de vaca en lactantes menores de 6 meses atendidos en la clínica Good Hope, Lima 2022

	MANIFESTACIONES CUTÁNEAS		TOTAL	p valor (*)
	NO	SI		
LACTANCIA MIXTA				
NO LACTANCIA MIXTA	212 (94.2%)	13 (5.8%)	225 (100%)	0.004
LACTANCIA MIXTA	194 (86.2%)	31 (13.8%)	225 (100%)	
ANTECEDENTES ALÉRGICOS				
NO ALERGIAS	369(96.9%)	12(3.1%)	381(100%)	0.001
SI ALERGIAS	37(53.6%)	32(46.4%)	69(100%)	
TIPO DE PARTO				
VAGINAL	190(96.4%)	7(3.6%)	197(100%)	0.001
CESÁREA	216(85.4%)	37(14.6%)	253(100%)	
EDAD DEL LACTANTE				
>3MESES	82(75.9%)	26(24.1%)	108(100%)	0.001
≤ 3 MESES	324(94.7%)	18(5.3%)	342(100%)	
SEXO DEL LACTANTE				
FEMENINO	179(91.8%)	16(8.2%)	195(100%)	0.326
MASCULINO	227(89.0%)	28(11%)	255(100%)	
EDAD DE LA MADRE				
≤ 35 AÑOS	308(92.2%)	26(7.8%)	334(100%)	0.016
>35 AÑOS	98(84.5%)	18(15.5%)	116(100%)	

P valor *chi cuadrado

En el análisis bivariado y multivariado de manifestaciones digestivas representado en la tabla 6. Se puede observar que los lactantes que recibieron lactancia mixta tienen 4.26 veces mayor prevalencia de presentar manifestaciones digestivas, esto obedece a una significancia estadística por presentar un valor de p 0.001, IC 95% (2.708-6.686). Así mismo, se puede observar que las variables “antecedentes alérgicos” (RPa: 2.87, IC 95%: 2.196-3.749. p :0.001.) y “edad de la madre” (RPa:1.32, IC 95%:1.041- 1.674, p :0.022), también presentaron una asociación estadísticamente significativa para la presencia de manifestaciones digestivas.

Tabla 6. Análisis bivariado y multivariado de **manifestaciones digestivas** sobre la asociación entre la lactancia mixta y manifestaciones clínica por proteína de leche de vaca en lactantes menores de 6 meses atendidos en la Clínica Good Hope, Lima 2022

		RPc	IC (95%)	<i>P</i> <i>valor</i>	RPa	IC (95%)	<i>p</i> <i>valor</i>
LACTANCIA MIXTA	RECIBIÓ LACTANCIA MIXTA	5.04	3.356-7.580	0.001	4.26	2.708-6.686	0.001
	NO RECIBIÓ LACTANCIA MIXTA	Ref					
ANTECEDENTES ALÉRGICOS	FAMILIAR ALERGICO	3.95	3.177-4.921	0.001	2.87	2.169-3.749	0.001
	FAMILIAR ALERGICO	Ref					
TIPO DE PARTO	CESÁREA	1.63	1.202-2.201	0.002	1.24	0.911-1.677	0.174
	PARTO VAGINAL	Ref					
EDAD DEL LACTANTE	≤ 3 MESES	0.62	0.469-0.815	0.001	0.94	0.757-1.228	0.647
	>3MESES	Ref					
SEXO DEL LACTANTE	MASCULINO	1.17	0.879-1.552	0.285	0.96	0.757-1.223	0.754
	FEMENINO	Ref					
EDAD DE LA MADRE	>35 AÑOS	1.62	1.229-2.129	0.001	1.32	1.041-1.674	0.022
	≤ 35 AÑOS	Ref					

*Modelo ajustado por variables tipo de lactancia, antecedentes alérgicos, tipo de parto, edad del lactante, sexo del lactante, edad de la madre, lugar de procedencia

En el análisis bivariado y multivariado de manifestaciones respiratorias representado en la tabla 7. Se observó que la variable “antecedentes alérgicos”, los lactantes que presentaron algún familiar alérgico tienen 14.19 veces mayor prevalencia de presentar manifestaciones respiratorias, esto obedece a una significancia estadística por presentar un *p* de 0.001, IC 95% (7.603-26.498). Sin embargo, en las demás variables analizadas se observó un *p* de valor >0.05 por lo que no refiere una asociación estadísticamente significativa.

Tabla 7. Análisis bivariado y multivariado de **manifestaciones respiratorias** sobre la asociación entre la lactancia mixta y manifestaciones clínica por proteína de leche de vaca en lactantes menores de 6 meses atendidos en la Clínica Good Hope, Lima 2022

		RPc	IC (95%)	<i>P</i> <i>valor</i>	RPa	IC (95%)	<i>p</i> valor
LACTANCIA MIXTA	RECIBIÓ LACTANCIA MIXTA	2.63	1.522 - 4.529	0.001	1.04	0.634-1.703	0.878
	NO RECIBIÓ LACTANCIA MIXTA	Ref					
ANTECEDENTES ALÉRGICOS	FAMILIAR ALERGICO	17.38	10.073-29.899	0.001	14.19	7.603-26.498	0.001
	NO FAMILIAR ALERGICO	Ref					
TIPO DE PARTO	CESÁREA	2.45	1.381-4.335	0.002	1.22	0.705-2.115	0.475
	PARTO VAGINAL	Ref					
EDAD DEL LACTANTE	≤ 3 MESES	0.32	0.198-0.504	0.001	0.66	0.428-1.008	0.055
	>3MESES	Ref					
SEXO DEL LACTANTE	MASCULINO	1.35	0.816-2.226	0.244	1.18	0.781-1.779	0.434
	FEMENINO	Ref					
EDAD DE LA MADRE	>35 AÑOS	1.89	1.169-3.063	0.009	1.22	0.828	1.785
	≤ 35 AÑOS	Ref					

*Modelo ajustado por variables tipo de lactancia, antecedentes alérgicos, tipo de parto, edad del lactante, sexo del lactante, edad de la madre, lugar de procedencia

En el análisis bivariado y multivariado de manifestaciones cutáneas representado en la tabla 8. Se puede observar que la variable “Antecedentes alérgicos”, los lactantes que tienen algún familiar alérgico tienen 10.24 veces mayor prevalencia de presentar manifestaciones cutáneas, esto obedece a una significancia estadística por presentar un valor de *p* de 0.001, IC 95% (5.108-20.529). Así mismo, se puede observar que las variables “Tipo de parto” (RPa:2.38, IC 95%: 0.999-5.681 *p*:0.05.) y “Edad del lactante”

(RPa:0.41, IC 95%: 0.231-0.743, p:0.003), también presentaron una asociación estadísticamente significativa para la presencia de manifestaciones cutáneas.

Tabla 8. Análisis bivariado y multivariado de **manifestaciones cutáneas** sobre la asociación entre la lactancia mixta y manifestaciones clínica por proteína de leche de vaca en lactantes menores de 6 meses atendidos en la Clínica Good Hope, Lima 2022

		RPc	IC (95%)	<i>p valor</i>	RPa	IC (95%)	<i>p valor</i>
LACTANCIA MIXTA	RECIBIÓ LACTANCIA MIXTA	0.06	0.034-0.098	0.001	0.74	0.394-1.384	0.344
	NO RECIBIÓ LACTANCIA MIXTA	Ref					
ANTECEDENTES ALÉRGICOS	FAMILIAR ALÉRGICO	14.73	7.986-27.1515	0.001	10.24	5.108-20.529	0.001
	NO FAMILIAR ALÉRGICO	Ref					
TIPO DE PARTO	CESÁREA	4.12	1.875-9.033	0.001	2.38	0.999-5.681	0.05
	PARTO VAGINAL	Ref					
EDAD DEL LACTANTE	≤ 3 MESES	0.22	0.125-0.383	0.001	0.41	0.231-0.743	0.003
	>3MESES	Ref					
SEXO DEL LACTANTE	MASCULINO	1.34	0.745-2.403	0.329	1.09	0.653-1.829	0.736
	FEMENINO	Ref					
EDAD DE LA MADRE	>35 AÑOS	1.99	1.136-3.499	0.016	1.16	0.724-1.862	0.537
	≤ 35 AÑOS	Ref					

*Modelo ajustado por variables tipo de lactancia, antecedentes alérgicos, tipo de parto, edad del lactante, sexo del lactante, edad de la madre, lugar de procedencia

5.2 Discusión:

En este estudio fueron analizados 450 madres de lactantes menores de 6 meses que acudieron a consultorio de pediatría en el año 2022, en quienes se buscó determinar de la asociación entre la lactancia mixta y manifestaciones clínicas por proteína de leche de vaca. A nivel mundial, aun no existe un consenso sobre la afectación de proteína de leche de vaca sobre los lactantes. El presente trabajo pretende aclarar dichas dudas.

En este sentido se encontró una asociación significativa entre la práctica de lactancia mixta y la presencia de manifestaciones digestivas relacionadas a alergia a proteína de leche de vaca (RPa 4.26, $p=0.001$), sin embargo, no se encontró asociación significativa con las manifestaciones respiratorias (RPa 1.04, $p=0.878$), ni con las cutáneas (RPa 0.74, $p=0.344$) en lactantes menores de 6 meses atendidos en la clínica Good Hope, en Lima 2022. Los resultados fueron diferente a lo encontrado en el trabajo de Salazar C (31), donde se encontró mayor atopia en lactantes que consumían únicamente lactancia materna exclusiva. ($p>0.05$). De la misma manera, en el trabajo de Maldonado-Gómez W et al (32), se encontró que los niños que tuvieron lactancia materna exclusiva presentaron 38% menos riesgo de desarrollar dermatitis atópica ($p<0.001$).

En relación a los antecedentes alérgicos, se observó que los lactantes que tienen algún familiar alérgico tienen 2.87 veces mayor probabilidad de presentar manifestaciones digestivas (RPa 2.87, $p: 0.001$), al igual mayor probabilidad de presentar manifestaciones respiratorias (RPa 14.19, $p: 0.001$) y 10.24 veces más de presentar manifestaciones cutáneas (RPa 10.24, $p:0.001$). Datos similares se encontró en el trabajo de Ibáñez M (23) en la que la mayoría de los lactantes con alergia (72.9%), tenían algún familiar atópico. Así también se encontró en el trabajo de Saji K (30). donde tener un familiar atópico incrementaba la probabilidad de 2.09 veces más que los que no tienen ($p>0.005$).

Respecto a la variable tipo de parto, en la mayoría de la muestra fue cesárea (56.2%). Se encontró que los que nacieron por cesárea presentaban 2.38 veces más de tener manifestaciones cutáneas (RPa 2.38, $p = 0.05$), pero no se encontró asociación significativa con manifestaciones digestivas (RPa 0.81, $p=0.179$) ni en manifestaciones respiratorias (RPa 1.22, $p=0.475$). Lo cual es muy diferente a lo hallado en el trabajo de Saji K (30), donde no se encontró relación entre la sintomatología de los lactantes y el tipo de parto ($p>0.0005$). Contrastado con lo que se encontró en el trabajo de Vera J et al

(22), en la que la mayoría de lactantes (67.5%) que nacieron por cesárea fue más proclive a tener sintomatología por proteína de leche de vaca.

Sobre la edad de presencia de manifestaciones clínicas en el lactante, La edad de mayor sintomatología fue en el segundo mes de edad. De mismo modo en el trabajo de Errazuriz G et al (27), se encontró cierta similitud, ya que el inicio de las manifestaciones fue 1.5 – 2 meses de edad. En cambio, en el trabajo de Vera J. et al, el promedio de inicio de síntomas fue de 3 – 4 meses, de manera parecida el trabajo de Vicent R et al (26), obtuvo un patrón de sintomatología antes de los 3 meses.

En relación a las características sociodemográficas, La edad del lactante menor a 3 meses se asoció a mayor prevalencia de tener manifestaciones cutáneas relacionadas a alergia a la proteína de leche de vaca (RPa 0.41, $p=0.003$). Se encontró resultado similar en el trabajo de Saji K (30), ya que el 97.7% de los lactantes menores de tres meses presentaron síntomas, frente a 2.3% mayores de tres meses ($p < 0.005$), al igual que en la investigación de Vicent R, et al(26), encontró mayor sintomatología antes de los tres meses.

Referente al sexo del lactante, en el trabajo de Vera J et al. (22) se encontró mayor prevalencia en los lactantes masculinos, de igual manera se encontró en el trabajo de Ngamphaiboon J et al. (29), en nuestro trabajo no se encontró asociación significativa ($p=0.251$).

Respecto a la variable de Edad de la madre, se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad de la madre y la presencia de manifestaciones digestivas relacionadas a la proteína de leche de vaca (RPa 1.32, $p= 0.022$). En el trabajo Vera J. et al. (22), Se observó mayor sintomatología relacionada a proteína de leche de vaca en lactantes cuyas madres eran mayores de 30 años (77.5%), a diferencia del trabajo de Saji K (30), no se encontró asociación estadísticamente significativa respecto a la edad y desarrollo de manifestaciones relacionadas a proteína de leche de vaca ($p:0.356$).

6.1 Conclusiones

1. Existe asociación entre las manifestaciones digestivas y la práctica de “lactancia mixta”.
2. Existe asociación entre las manifestaciones digestivas y tener “antecedente alérgico”, de igual manera la “edad de la madre”.
3. Existe asociación entre las manifestaciones respiratorias y tener “antecedente alérgico”. Pero no se encontró asociación con las otras variables de estudio.
4. Se encontró asociación entre las manifestaciones cutáneas y las variables de “antecedente alérgico”, “tipo de parto” y la “edad del lactante”.

6.2 Recomendaciones

1. Se recomienda en lo posible practicar lactancia materna exclusiva, ya que se demostró menor prevalencia de presentar manifestaciones relacionadas a la alergia de proteína de leche de vaca.
2. Se aconseja implementar una dieta libre de lácteos en las madres que practican la lactancia materna exclusiva y tienen de antecedentes de atopía, así como parto por cesárea; con el fin de disminuir alergenos.
3. Se aconseja vigilancia sobre las manifestaciones clínicas nombradas, sobre todo en aquellos lactantes que han nacido por cesárea o que tiene familiares con algún tipo de alergia.
4. Se recomienda en madres mayores de 35 años mayor vigilancia en sus lactantes, se ha asociado a mayor prevalencia de alergia.
5. Se recomienda que ante la presencia de manifestaciones clínicas relacionadas APLV acudir al médico pediatra para una mejor evaluación y de esta manera evitar el uso de medicamentos o remedios sin supervisión especializada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bantz SK, Zhu Z, Zheng T. The Atopic March: Progression from Atopic Dermatitis to Allergic Rhinitis and Asthma. *J Clin Cell Immunol* [Internet]. 2014 [citado el 30 de octubre de 2022];5(2):202. doi:10.4172/2155-9899.1000202
2. Loh W, Tang MLK. The Epidemiology of Food Allergy in the Global Context. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(9):E2043. doi:10.3390/ijerph15092043
3. Sladkevicius E, Nagy E, Lack G, Guest JF. Resource implications and budget impact of managing cow milk allergy in the UK. *J Med Econ*. 2010;13(1):119–28. doi:10.3111/13696990903543242
4. Hu T, Dong Y, Yang C, Zhao M, He Q. Pathogenesis of Children's Allergic Diseases: Refocusing the Role of the Gut Microbiota. *Front Physiol*. 2021;12:749544. doi:10.3389/fphys.2021.749544
5. Gnecco Astaiza D. Expresión de la alergia a la proteína de leche de vaca en niños menores de seis meses exclusivamente amamantados. Revisión de literatura. 2021 [citado el 7 de noviembre de 2022]; Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/54024>
6. Cubides-Munévar ÁM, Linero-Terán AS, Saldarriaga-Vélez MA, Umaña-Bautista EJ, Villamarín Betancourt EA. Alergia a la proteína de la leche de vaca: enfoque diagnóstico y terapéutico. *Revista colombiana de Gastroenterología* [Internet]. 2020 [citado el 12 de noviembre de 2022];35(1):92–103. doi:10.22516/25007440.379
7. García-Gomero D, López-Talledo M del C, Galván-Calle C, Muñoz-León R, Matos-Benavides E, Toribio-Dionicio C, et al. Sensibilización a aeroalérgenos en una población pediátrica peruana con enfermedades alérgicas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Internet]. 2020 [citado el 30 de octubre de 2022];57–62. doi:10.17843/rpmesp.2020.371.4460
8. Edwards CW, Younus MA. Cow Milk Allergy. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado el 8 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542243/>
9. Jackson KD, Howie LD, Akinbami LJ. Trends in allergic conditions among children: United States, 1997-2011. [Internet]. MEDLINE ABS. [citado el 31 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://reference.medscape.com/medline/abstract/23742874>
10. Duro-Gómez J, Franco Jiménez A, González Jiménez C, Duro Gómez L, Castelo-Branco C. Current lifestyle and exclusive breastfeeding: an impossible balance? *J Obstet Gynaecol*. 2022;42(2):198–201. doi:10.1080/01443615.2021.1882972
11. Bellù R, Condò M. Breastfeeding promotion: evidence and problems. *Pediatr Med Chir*. 2017;39(2):156. doi:10.4081/pmc.2017.156
12. EFE. La lactancia materna crece en España pero lejos de la recomendación de la OMS [Internet]. *elperiodico*. 2017 [citado el 6 de noviembre de 2022]. Disponible

en: <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20170804/lactancia-materna-crece-espana-lejos-6208032>

13. “El Perú debe reforzar la lactancia materna frente a la crisis alimentaria global” [Internet]. [citado el 5 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/peru-debe-reforzar-lactancia-materna-frente-crisis-alimentaria-global>
14. GESTIÓN N. Limeños gastan más en productos para bebés que en útiles escolares | ECONOMIA [Internet]. Gestión. NOTICIAS GESTIÓN; 2017 [citado el 8 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://gestion.pe/economia/limenos-gastan-productos-bebes-utiles-escolares-136210-noticia/>
15. Sachs HC, COMMITTEE ON DRUGS, Frattarelli DAC, Galinkin JL, Green TP, Johnson T, et al. The Transfer of Drugs and Therapeutics Into Human Breast Milk: An Update on Selected Topics. *Pediatrics* [Internet]. 2013 [citado el 5 de noviembre de 2022];132(3):e796–809. doi:10.1542/peds.2013-1985
16. Stevens EE, Patrick TE, Pickler R. A history of infant feeding. *J Perinat Educ*. 2009;18(2):32–9. doi:10.1624/105812409X426314
17. Koletzko S, Niggemann B, Arato A, Dias JA, Heuschkel R, Husby S, et al. Diagnostic approach and management of cow’s-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee practical guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2012;55(2):221–9. doi:10.1097/MPG.0b013e31825c9482
18. Confidencial E. Las alergias causan un absentismo laboral de casi quince días al año [Internet]. *elconfidencial.com*. 2007 [citado el 12 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2007-05-19/las-alergias-causan-un-absentismo-laboral-de-casi-quince-dias-al-ano_393495/
19. Muñoz Urribarri A, Delgado Godos A, Castillo Durán R, Yábar Berrocal A. Reporte de caso: alergia a la proteína de leche de vaca. *Revista de Gastroenterología del Perú* [Internet]. 2011 [citado el 10 de noviembre de 2022];31(2):183–7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1022-51292011000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Björkstén B. Genetic and environmental risk factors for the development of food allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2005;5(3):249–53. doi:10.1097/01.all.0000168790.82206.17
21. Actualización – 2da Edición de la Guía Clínica de Alergia a la Proteína de Leche de Vaca (APLV) [Internet]. *Salud Responde*. [citado el 5 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://saludresponde.minsal.cl/actualizacion-2da-edicion-de-la-guia-clinica-de-alergia-a-la-proteina-de-leche-de-vaca-aplv/>
22. VERA CH, José Fernando, Ramírez Andrea. Síntomas digestivos y respuesta clínica en lactantes con alergia a la proteína de leche de vaca. *Rev chil pediatr* vol84 no [Internet]. 2013; Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062013000600007

23. Marta Ibáñez Tortajada, J. V. Sorlí Guerola. Efecto de la lactancia materna en la calidad de vida y en el desarrollo de la dermatitis atópica [Internet]. [citado el 14 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://pap.es/articulo.php?lang=es&id=12172>
24. Vásconez Montalvo AC. Niveles de calprotectina fecal en pacientes con alergia a la proteína de la leche de vaca que presentan colitis y aquellos con otras manifestaciones clínicas. (Consulta de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Metropolitano de Quito durante Octubre 2015 a Junio 2017) [DoctoralThesis]. PUCE-Quito; 2018 [citado el 6 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/22000/15751>
25. Yang Q-H, Zheng B-S, Zhou S-M, Dai D-L. [Clinical features of cow's milk protein allergy in infants presenting mainly with gastrointestinal symptoms: an analysis of 280 cases]. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*. 2019;21(3):271–6.
26. Rosie Vincent, Stephanie J MacNeill, Tom Marrs, Joanna Craven, Kirsty Logan, Carsten Flohr, et al. Frequency of guideline-defined cow's milk allergy symptoms in infants: Secondary analysis of EAT trial data. *Clinical and experimental allergy : journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology* [Internet]. 2022 [citado el 7 de noviembre de 2022];52(1). doi:10.1111/cea.14060
27. Errázuriz G, Lucero Y, Ceresa S, Gonzalez M, Rossel M, Vives A. Características clínicas y manejo de lactantes menores de 1 año con sospecha de alergia a proteína de leche de vaca. *Revista chilena de pediatría* [Internet]. 2016 [citado el 7 de noviembre de 2022];87(6):449–54. doi:10.1016/j.rchipe.2016.06.007
28. Oliva CL, Madurga LE, Martínez GR, Cabello AR, García AE. Alergia a la proteína de leche de vaca no IgE mediada: estudio retrospectivo en una muestra de niños aragoneses. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria* [Internet]. 2022 [citado el 7 de noviembre de 2022];52(2 (Mayo-agosto)):125–30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8620489>
29. Ngamphaiboon J, Chatchatee P, Thongkaew T. Cow's milk allergy in Thai children. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2008;26(4):199–204. doi:PMID: 19317338.
30. SAJI RONDAN KA. DISTURBIOS GASTROINTESTINALES EN EL LACTANTE POR CONSUMO DE PROTEÍNA DE LECHE DE VACA EN LA MADRE. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES. HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO, ESSALUD. CUSCO – 2016 [Internet]. Concytec. 2016. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_2c8272664aa9d345e926d1c0544ed614
31. Salazar Huamán CH. Tipos de lactancia materna en el niño y su asociación con la atopia, eventos patológicos respiratorios y gastroenterológicos en el Hospital San José. Repositorio de Tesis - UNMSM [Internet]. 2014 [citado el 7 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/13241>

32. Maldonado-Gómez W, Chuan-Ibáñez J, Guevara-Vásquez G, Gutiérrez C, Sosa-Flores J. Asociación entre lactancia materna exclusiva y dermatitis atópica en un hospital de tercer nivel de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Internet]. 2019 [citado el 14 de noviembre de 2022];36(2):239–46. doi:10.17843/rpmesp.2019.362.4180
33. del Mazo-Tomé PL, Suárez-Rodríguez M. Prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna en recién nacidos sanos. *BMHIM* [Internet]. 2019 [citado el 31 de octubre de 2022];75(1):574. doi:10.24875/BMHIM.M18000010
34. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L, Salud OP de la. Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia. 2002 [citado el 31 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18539>
35. Global strategy for infant and young child feeding [Internet]. [citado el 31 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9241562218>
36. Gianni ML, Bettinelli ME, Manfra P, Sorrentino G, Bezze E, Plevani L, et al. Breastfeeding Difficulties and Risk for Early Breastfeeding Cessation. *Nutrients*. 2019;11(10):E2266. doi:10.3390/nu11102266
37. Martin CR, Ling P-R, Blackburn GL. Review of Infant Feeding: Key Features of Breast Milk and Infant Formula. *Nutrients*. 2016;8(5):E279. doi:10.3390/nu8050279
38. Weng SF, Redsell SA, Swift JA, Yang M, Glazebrook CP. Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. *Arch Dis Child*. 2012;97(12):1019–26. doi:10.1136/archdischild-2012-302263
39. Renz H, Skevaki C. Early life microbial exposures and allergy risks: opportunities for prevention. *Nat Rev Immunol*. 2021;21(3):177–91. doi:10.1038/s41577-020-00420-y
40. Peroni DG, Nuzzi G, Trambusti I, Di Cicco ME, Comberinati P. Microbiome Composition and Its Impact on the Development of Allergic Diseases. *Front Immunol*. 2020;11:700. doi:10.3389/fimmu.2020.00700
41. Harb H, Renz H. Update on epigenetics in allergic disease. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* [Internet]. 2015 [citado el 2 de noviembre de 2022];135(1):15–24. doi:10.1016/j.jaci.2014.11.009
42. Son JH, Park SY, Cho YS, Chung BY, Kim HO, Park CW. Immediate Hypersensitivity Reactions Induced by Triamcinolone in a Patient with Atopic Dermatitis. *J Korean Med Sci* [Internet]. 2018 [citado el 5 de noviembre de 2022];33(12):e87. doi:10.3346/jkms.2018.33.e87
43. Singh SP, Chand HS, Langley RJ, Mishra N, Barrett T, Rudolph K, et al. Gestational exposure to sidestream (secondhand) cigarette smoke promotes transgenerational epigenetic transmission of exacerbated allergic asthma and bronchopulmonary dysplasia. *J Immunol* [Internet]. 2017 [citado el 2 de noviembre de 2022];198(10):3815–22. doi:10.4049/jimmunol.1700014

44. Perera F, Tang W, Herbstman J, Tang D, Levin L, Miller R, et al. Relation of DNA methylation of 5'-CpG island of ACSL3 to transplacental exposure to airborne polycyclic aromatic hydrocarbons and childhood asthma. *PLoS One*. 2009;4(2):e4488. doi:10.1371/journal.pone.0004488
45. Smaldini PL, Orsini Delgado ML, Fossati CA, Docena GH. Avances en las inmunoterapias para alergias alimentarias. *Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana* [Internet]. 2016 [citado el 5 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/57400>
46. Bosman GP, Oliveira S, Simons PJ, Sastre Torano J, Somsen GW, Knippels LMJ, et al. Limited Lactosylation of Beta-Lactoglobulin from Cow's Milk Exerts Strong Influence on Antigenicity and Degranulation of Mast Cells. *Nutrients* [Internet]. 2021 [citado el 12 de noviembre de 2022];13(6):2041. doi:10.3390/nu13062041
47. Franco C, Fente C, Sánchez C, Lamas A, Cepeda A, Leis R, et al. Cow's Milk Antigens Content in Human Milk: A Scoping Review. *Foods*. 2022;11(12):1783. doi:10.3390/foods11121783
48. Høst A. Cow's milk protein allergy and intolerance in infancy. Some clinical, epidemiological and immunological aspects. *Pediatr Allergy Immunol*. 1994;5(5 Suppl):1–36.
49. Johansson SG, Hourihane JO, Bousquet J, Brujnzeel-Koomen C, Dreborg S, Haahnela T, et al. A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. *Allergy*. 2001;56(9):813–24. doi:10.1034/j.1398-9995.2001.t01-1-00001.x
50. Heine RG, Elsayed S, Hosking CS, Hill DJ. Cow's milk allergy in infancy. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology* [Internet]. 2002 [citado el 5 de noviembre de 2022];2(3):217–25. Disponible en: https://journals.lww.com/co-allergy/Abstract/2002/06000/Cow_s_milk_allergy_in_infancy.11.aspx
51. Kansu A, Yüce A, Dalgıç B, Şekerel BE, Çullu-Çokuğraş F, Çokuğraş H. Consensus statement on diagnosis, treatment and follow-up of cow's milk protein allergy among infants and children in turkey. *TurkJPediatr* [Internet]. 2016 [citado el 5 de noviembre de 2022];58(1):1. doi:10.24953/turkjped.2016.01.001
52. Fiocchi A, Brozek J, Schünemann H, Bahna SL, von Berg A, Beyer K, et al. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guidelines. *Pediatr Allergy Immunol*. 2010;21 Suppl 21:1–125. doi:10.1111/j.1399-3038.2010.01068.x
53. NIAID-Sponsored Expert Panel, Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW, Jones SM, Sampson HA, et al. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: report of the NIAID-sponsored expert panel. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;126(6 Suppl):S1-58. doi:10.1016/j.jaci.2010.10.007
54. Høst A, Husby S, Osterballe O. A prospective study of cow's milk allergy in exclusively breast-fed infants. Incidence, pathogenetic role of early inadvertent exposure to cow's milk formula, and characterization of bovine milk protein in

human milk. *Acta Paediatr Scand.* 1988;77(5):663–70. doi:10.1111/j.1651-2227.1988.tb10727.x

55. Diego G. Peroni, et al. Microbiome Composition and Its Impact on the Development of Allergic Diseases. *Frontiers in immunology* [Internet]. 2020 [citado el 3 de noviembre de 2022];11. doi:10.3389/fimmu.2020.00700
56. Continua CM. Marcha Atópica - Med Comunicación Médica Continua [Internet]. Plataforma Galenus MED. 2019 [citado el 10 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://med-cmc.com/marcha-atopica/>
57. Gil F, Mendizabal M, Amezqueta A, Aznal E, Durá T, Sánchez-Valverde F. A new score to predict allergic march in patients with IgE-mediated cow milk allergy. *Allergy Asthma Proc.* 2019;40(3):187–92. doi:10.2500/aap.2019.40.4208
58. Skripak JM, Matsui EC, Mudd K, Wood RA. The natural history of IgE-mediated cow's milk allergy. *J Allergy Clin Immunol.* 2007;120(5):1172–7. doi:10.1016/j.jaci.2007.08.023
59. Alduraywish SA, Standl M, Lodge CJ, Abramson MJ, Allen KJ, Erbas B, et al. Is there a march from early food sensitization to later childhood allergic airway disease? Results from two prospective birth cohort studies. *Pediatr Allergy Immunol.* 2017;28(1):30–7. doi:10.1111/pai.12651

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

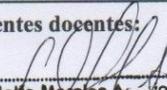


UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "ASOCIACIÓN ENTRE LA LACTANCIA MIXTA Y MANIFESTACIONES CLÍNICA POR PROTEÍNA DE LECHE DE VACA EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA GOOD HOPE, LIMA 2022", que presenta la Srta. STHEFANIE JULY BACILIO RUIZ, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:


Dr. Adolfo Morales Acurio
CMP 45974 RNE 25444
RNE 27897
PEDIATRÍA NEONATOLOGO
HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA I

ADOLFO MORALES ACURIO
ASESOR DE LA TESIS

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
DIRECTOR DE TESIS

Lima, 21 noviembre del 2022

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DE ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

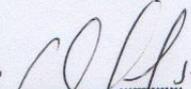
Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Sthefanie July Bacilio Ruiz de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando **asesoramiento y mentoría** para superar los POSIBLES puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y ver que cumplan con la metodología establecida y la calidad de la tesis y el artículo derivado de la tesis.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,


Dr. Adolfo Morales Acurio
CMP 45974 RNE 25444
RNE 27897
PEDIATRIA NEONATOLOGO
HOSPITAL GUILLERMO ALMENDRA I

Adolfo Morales Acurio

Lima, 21 de Noviembre del 2022

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADA POR LA SECRETARIA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDU/CD

53 años
1969 2022

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Oficio electrónico N°2115 -2022-FMH-D

Lima, 01 de diciembre de 2022.

Señorita
STHEFANIE JULY BACILIO RUIZ
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "**ASOCIACIÓN ENTRE LA LACTANCIA MIXTA Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS POR PROTEÍNA DE LECHE DE VACA EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA GOOD HOPE, LIMA 2022.**", desarrollado en el contexto del IX Curso Taller de Titulación por Tesis Modalidad Híbrida para Internos y Pre Internos 2022, Grupo N°01, presentado ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médica Cirujana, ha sido aprobado por Acuerdo de Consejo de Facultad N°249-2022-FMH-D, de fecha 01 de diciembre de 2022.

Por lo tanto, queda usted expedito con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular.

Atentamente,




Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaría Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco | Central: 708-0000
Lima 33 - Perú / www.urp.edu.pe/medicina | Anexo: 6010

ANEXO 4: CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

**COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



CONSTANCIA

La presidenta del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación:

Título: ASOCIACION ENTRE LA LACTANCIA MIXTA Y MANIFESTACIONES CLINICA POR PROTEINA DE LECHE DE VACA EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN LA CLINICA GOOD HOPE, LIMA 2022

Investigadora: **STHEFANIE JULY BACILIO RUIZ**

Código del Comité: **PG 128 2022-a**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría de revisión expedita por el periodo de un año.

Exhortamos a la publicación del trabajo de investigación, con el fin de contribuir con el desarrollo científico del país.

Lima, 09 de marzo de 2024

Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz
Presidenta del Comité de Ética en Investigación

ANEXO 5: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN



Malecón Balta 956
Miraflores, Lima, Perú
Teléfono: 610-7300
Informes@goodhope.org.pe
www.goodhope.org.pe

Miraflores, 9 de febrero de 2023

Alumna
Sthefanie July Bacilio Ruiz
Estudiante de Medicina Humana
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

Estimada Alumna:

Por medio de la presente emitimos el acuerdo dado por el Comité de Docencia e Investigación, en relación a su solicitud de permiso para realizar el proyecto de investigación en los consultorios del Servicio de Pediatría de la Clínica Good Hope:

TÍTULO: "ASOCIACIÓN ETRE LA LACTANCIA MIXTA Y MANIFESTACIONES CLÍNICA POR PROTEÍNA DE LECHE DE VACA EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA GOOD HOPE. LIMA 2022"

EL COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN - Acuerda aprobar, conceder permiso para la recolección de datos, para el desarrollo del proyecto de investigación ya mencionado.

Se expide el presente documento, a solicitud de la interesada para los trámites que considere pertinentes.

Atentamente,



Dr. Nelson Díaz Reyes
Servicio de Medicina Interna
CMP: 37888 RNE: 21048
Clínica Good Hope

Dr. Nelson F. Díaz Reyes
Coordinador de Docencia e Investigación
CLÍNICA GOOD HOPE

NDR/mrr

ANEXO 6: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



NIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "ASOCIACIÓN ENTRE LA LACTANCIA MIXTA Y MANIFESTACIONES CLÍNICA POR PROTEÍNA DE LECHE DE VACA EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA GOOD HOPE, LIMA 2022", que presenta la Señorita STHEFANIE JULY BACILIO RUIZ para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

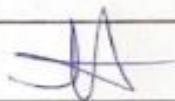
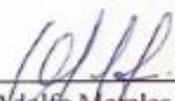
Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:


<hr/>
Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz PRESIDENTE

<hr/>
Dr. Rubén Espinoza Rojas MIEMBRO

<hr/>
Mg. Mariela Vargas Vilca MIEMBRO


<hr/>
Dr. Jhony De La Cruz Vargas Director de Tesis

<hr/>
Dr. Adolfo Morales Acurio Asesor de Tesis

Lima, 28 de febrero de 2024

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO

IX CURSO TALLER DE TITULACIÓN POR TESIS – MODALIDAD HÍBRIDA

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la señorita:

STHEFANIE JULY BACILIO RUIZ

Ha cumplido con los requisitos del Curso Taller de Titulación por Tesis – Modalidad Híbrida, durante los meses de octubre, noviembre, diciembre 2022 - enero y febrero 2023 con la finalidad de desarrollar el proyecto de tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis: **“ASOCIACIÓN ENTRE LA LACTANCIA MIXTA Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS POR PROTEÍNA DE LECHE DE VACA EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA GOOD HOPE, LIMA 2022.”**.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva, según Acuerdo de Consejo Universitario N°0287-2023, que aprueba el IX Curso Taller de Titulación por Tesis – Modalidad Híbrida.

Lima, 01 de marzo de 2023.



Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director

Instituto de Investigaciones en Ciencias Biomédicas
IX Curso Taller de Titulación por Tesis



Dra. María del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. De Bambaren
Decana(e)

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	NATURALEZA	ESCALA	INDICADOR	MEDICION
Lactancia mixta	Es cuando él bebe se alimenta de la leche materna complementando con formula maternizada.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Respuesta obtenida mediante la encuesta	0: Lactancia no mixta 1: Lactancia mixta
Antecedentes alérgicos	Familiar de 1° y 2° grado. Donde se consideran padres, hermanos.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Respuesta obtenida mediante la encuesta	0: No hay familiar con alergia 1: si hay familiar con alergia
Tipo de parto	Puede darse vía vaginal (Eutócico)/ cesárea (Distócico)	Independiente	Cualitativa	Nominal	Respuesta obtenida mediante la encuesta	0: Eutócico 1: distócico
Edad materna	Años cumplidos desde su nacimiento	independiente	Cuantitativa	Nominal	Respuesta dada mediante la encuesta	0: ≤ 35 años 1: >35 años
Edad del lactante	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, edad de meses cumplidos.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Respuesta obtenida mediante la encuesta	0: >3 meses 1: ≤3 meses
Sexo del lactante	Características anatómicas que difieren entre hombres y mujeres	Independiente	Cualitativa	Nominal	Respuesta obtenida mediante la encuesta	0: Femenino 1: Masculino

	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	NATURALEZA	ESCALA	INDICADOR	MEDICION
MANIFESTACIONES CLINICAS POR PROTEINA DE LECHE DE VACA EN EL LACTANTE	Inicio de síntomas	Edad en meses que empezaron los síntomas.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Respuesta obtenida en la encuesta	0: 1° mes 1: 2° mes 2: 3° mes 3: 4° mes 4: 5° mes 5: 6° mes 6: Nunca
	Manifestaciones Digestivas	Presencia de cólico, heces con sangre, vomito/reflujo, irritabilidad	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Respuesta obtenida mediante la encuesta	0: No 1: Si
	Manifestaciones respiratorias	Presencia de rinorrea, sibilantes sin proceso infeccioso acompañado.	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Respuesta dada mediante la encuesta	0: No 1: Si
	Manifestaciones cutáneas	Piel seca y áspera, eccema, angioedema, dermatitis atópica.	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Respuesta obtenida mediante la encuesta	0: No 1: Si

ANEXO 9: CUESTIONARIO

CUESTIONARIO

1. Edad de la madre:..... Años
2. Lugar de procedencia:..... Urbano (), Rural ()
3. Grado de instrucción: Primaria(), Secundaria (), Superior ()
4. Ingreso Familiar: Sueldo mínimo (), 3 sueldos mínimos (),
Más de 3 sueldos mínimos() , No opina()
5. Edad del lactante: Meses
6. Sexo del lactante: Masculino () Femenino ()
7. Tipo de parto: Eutócico(vaginal) (), Distócico(cesárea)()
8. Tipo de lactancia: lactancia materna exclusiva(), Lactancia materna mixta(),
Lactancia artificial()
9. Consume Ud. leche de vaca o derivados por lo menos más de 3 veces a la semana:

PRODUCTOS LACTEOS	SI	NO
Leche de vaca		
Leche evaporada		
Yogurt		
Queso		
Mantequilla y otros		

10. Su bebe presenta alguno de las siguientes manifestaciones por lo menos por más de dos semanas:
(MARCAR CON X)

MANIFESTACIONES	Si	No
Heces con sangre (sin ninguna infección)		
Vomito/ reflujo		
Llanto frecuente, cólico (llanto por más de tres horas al día, más de tres días a la semana y que persiste más de tres semanas)		
Pujos		
Se retuerce, irritabilidad y llanto con flexión de las piernas hacia el abdomen (postura antiálgica)		
Rinorrea o congestión nasal		
Piel reseca y áspera		

11. Si su bebe presento estas manifestaciones, desde que edad lo hizo:.....meses. Nunca presento estas manifestaciones ()
12. Si su bebe presento estas manifestaciones, después de cuánto tiempo de lactar aparecen: Dentro de la 1° hora (), a las 3 horas (), más de 3 horas (), nunca ()
13. ¿En la familia existe antecedente de alergia (dermatitis atópica, alergia alimentaria, asma, rinitis)?
Si (), No (), ¿En qué familiar?.....
14. Si su bebe ha presentado estos cólicos, que tratamiento le dio:
Simeticona, “gaseovet” u otros ()
Remedios caseros(mates) ()
Ninguno ()
15. Llevó Ud. Al bebe al médico por estos problemas SI () NO ()

ANEXO N°10. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE EN LA INVESTIGACIÓN

Estimada madre de familia:

Mi nombre es Sthefanie Bacilio Ruiz, pertenezco a la facultad de medicina humana (FAMURP) y me encuentro realizando un estudio con la finalidad de recolectar información sobre “ASOCIACIÓN ENTRE LA LACTANCIA MIXTA Y MANIFESTACIONES CLÍNICA POR PROTEÍNA DE LECHE DE VACA EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA GOOD HOPE, LIMA 2022”, el cual servirá para la realización de la tesis para obtener el grado de médico cirujano. Por este motivo se solicita su participación voluntaria. Cabe señalar que, de aceptar participar en el estudio, los datos obtenidos serán confidenciales y netamente con fin investigativo. Entonces, paso a hacerle la siguiente pregunta:

¿Desearía participar en el estudio?

SI

NO

A continuación, se procederá a la realización del cuestionario.

Muchas Gracias

ANEXO 11. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
¿Existe asociación entre la lactancia mixta y manifestaciones clínica por proteína de leche de vaca en lactantes menores de 6 meses atendidos en la clínica Good hope, Lima 2022?	OBJETIVO GENERAL: Evaluar la asociación entre la lactancia mixta y la presencia de manifestaciones clínica por proteína de leche de vaca en lactantes menores de 6 meses en la clínica Good Hope, Lima 2022.	HIPOTESIS GENERAL: Existe asociación entre la lactancia mixta y las manifestaciones clínicas por proteína de leche de vaca en lactantes menores de 6 meses en la clínica Good hope, Lima 2022.	VARIABLES INDEPENDIENTES: <ul style="list-style-type: none"> - Edad de la madre - Edad del lactante - Sexo del lactante - Antecedente alérgicos - Tipo de parto - Inicio de síntomas - Lactancia mixta VARIABLES DEPENDIENTES: <ul style="list-style-type: none"> - Manifestaciones clínicas por proteína de leche de vaca 	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION: Observacional, transversal, analítico. POBLACION: Se llevará a cabo en madres de pacientes menores de 6 meses atendidos en el consultorio de pediatría el periodo comprendido, en el año 2022. MUESTRA: Calculada mediante el sample size 2022 obtenido por el instituto de ciencias biomédicas (INICIB), el cual dio 450 encuestados. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS: Encuestas PLAN DE ANALISIS DE DATOS: Se elaborará una base de datos con la información que se ha recolectado mediante el programa de Excel, luego se pasara esa información a un programa estadístico IBM SPSS Statistics v2.9 para que se puedan analizar las variables investigadas.
	OBJETIVO ESPECIFICA: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las características sociodemográficas de la madre y del lactante. 2. Determinar la asociación entre la práctica de lactancia mixta, antecedentes alérgicos, tipo de parto y características sociodemográficas de la madre-lactante con la presencia de manifestaciones clínicas digestivas. 3. Determinar la asociación entre la práctica de lactancia mixta, antecedentes alérgicos, tipo de parto y características sociodemográficas de la madre-lactante con la presencia de manifestaciones clínicas respiratorias. 4. Determinar la asociación entre la práctica de lactancia mixta, antecedentes alérgicos, tipo de parto y características sociodemográficas de la madre-lactante con la presencia de manifestaciones clínicas cutáneas. 	HIPÓTESIS ESPECIFICAS: <ol style="list-style-type: none"> 1. Existe asociación significativa entre la práctica de lactancia mixta, antecedentes alérgicos, tipo de parto y características sociodemográficas de la madre-lactante con la presencia de manifestaciones clínicas digestivas. 2. Existe asociación significativa entre la práctica de lactancia mixta, antecedentes alérgicos, tipo de parto y características sociodemográficas de la madre-lactante con la presencia de manifestaciones clínicas respiratorias. 3. Existe asociación significativa entre la práctica de lactancia mixta, antecedentes alérgicos, tipo de parto y características sociodemográficas de la madre-lactante con la presencia de manifestaciones clínicas cutáneas. 		

Anexo 12: base de datos Excel

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1CFFBU0KZI3gzylI83B4h0K31n4dLFctS/edit#gid=690277987>