



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Lactancia Artificial como Factor de Riesgo para Asma Bronquial en niños del Hospital de Emergencias Grau ESSALUD en el periodo enero - junio 2021

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Pediatría

AUTOR

Palomino Peña, Jose Luis

(ORCID: 0000-0001-8269-7486)

ASESOR

Pantoja Rosales, Javier Lyndon

(ORCID: 0000-0003-0594-5268)

Lima, Perú

2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

AUTOR: Palomino Peña, Jose Luis

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 45211163

Datos de asesor

ASESOR: Pantoja Rosales, Javier Lyndon

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 06764585

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Estupiñan Vigil, Matilde Emperatriz

DNI: 07835407

ORCID: 0000-0002-4226-7729

SECRETARIO: Alvarado Gamarra, Giancarlo

DNI: 43794610

ORCID: 0000-0002-7266-5808

VOCAL: Onofre Chavez, Rita Estela

DNI: 06648303

ORCID: 0000-0002-1180-0340

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.03

Código del Programa: 912859

Carátula

Índice

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

1.2 Formulación del problema

1.3 Objetivos

1.4 Justificación

1.5 Delimitaciones

1.6 Viabilidad

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.2 Bases teóricas

2.3 Definiciones conceptuales

2.4 Hipótesis

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Diseño

3.2 Población y muestra

3.3 Operacionalización de variables

3.4 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos

3.5 Técnicas para el procesamiento de la información

3.6 Aspectos éticos

CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

4.2 Cronograma

4.3 Presupuesto

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

2. Instrumentos de recolección de datos

3. Solicitud de permiso institucional

4. Consentimiento informado (En caso de aplicar)

5. Reporte de Turnitin (Mínimo <25%, Ideal: <10%)

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

I.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA:

A nivel mundial, el asma ocupa el puesto 16 entre las principales causas de años vividos con discapacidad y el 28 entre las principales causas de carga de enfermedad, según lo medido por los años de vida ajustados por discapacidad. Alrededor de 300 millones de personas tienen asma en todo el mundo, y es probable que para 2025 otros 100 millones puedan estar afectados. Existe una gran variación geográfica en la prevalencia, gravedad y mortalidad del asma¹.

Es la enfermedad no transmisible más común en niños y una de las enfermedades crónicas más comunes en la edad adulta. Para darnos una idea, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA – Perú, reportó en la S7 se había reportado 2971 episodios de SOB/Asma en el país, y en el 2019 el pico máximo de episodios de Asma en niños menores de 5 años reportado en la SE 25 fue 4329. Se menciona además que entre un 15 por ciento de nuestra población tiene asma, tales así que Lima, sería la ciudad que reporta más casos de esta enfermedad².

La lactancia artificial se define como la provisión de alimentos o líquidos además de la leche materna que no sean medicamentos, vitaminas y minerales a los niños antes de los seis meses de edad, se está convirtiendo en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en los países en desarrollo. En Reino Unido se cree que es responsable del 10 % de la carga de morbilidad y de 1,4 millones de muertes infantiles. En los países en desarrollo es una práctica común que hace que los niños sean más vulnerables a la infección con diferentes patógenos³.

Actualmente tenemos estudios que buscan relaciones la lactancia artificial con el aumento de casos de asma bronquial, como el estudio realizado con 2.184 niños por el Hospital for Sick Children de Toronto determinando que el riesgo de asma y sibilancias era de aproximadamente un 50 por ciento más elevado cuando los lactantes eran alimentados con leche artificial, en comparación con los lactantes amamantados durante nueve meses o más⁴.

En Australia, por ejemplo, en donde la prevalencia de asma es una de las más altas en el mundo, se estudió en el año 2018, los efectos de la alimentación diferente a la lactancia materna durante los 6 primeros meses posteriores al nacimiento y el desarrollo posterior de Asma, en el cual se concluye que efectivamente, aumenta en la lactancia artificial aumenta el doble de casos la posibilidad de desarrollar asma bronquial a

diferencia de la lactancia materna quedando una vez más comprobado que sería un factor protector⁵.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Es la lactancia artificial factor de riesgo para asma bronquial en niños de 4 a 12 años del Hospital de Emergencias Grau Essalud en el periodo Enero – junio 2021?

1.3 OBJETIVOS:

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar si la lactancia artificial es factor de riesgo para asma bronquial en niños de 4 a 12 años del Hospital de Emergencias Grau EsSalud en el periodo Enero – junio 2021.

1.3. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la edad de inicio, la frecuencia de uso de lactancia artificial, y determinar si hubo suspensión de la misma.
- Establecer el porcentaje de niños con asma bronquial que recibieron lactancia materna exclusiva en el primer semestre de vida.
- Determinar el inicio de episodio de sibilancias en aquellos niños que recibieron lactancia artificial en el primer año de vida.
- Determinar si se presentó otras patologías diferentes al asma bronquial en niños que recibieron lactancia artificial (Sobrepeso, Obesidad, Rinitis Alérgica, Dermatitis atópica)

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

El asma bronquial es una de las principales enfermedades no transmisibles que afecta tanto a niños como adultos en general. La OMS reporta que en el 2019 esta enfermedad afectó a 262 millones de personas y causó 461000 muertes. Importante saber que esta enfermedad se puede controlar, con tratamiento, así como evitando los desencadenantes, lo que conllevaría a la reducción de sus síntomas, por es por ello que se necesitan nuevas estrategias tanto de prevención primaria y secundaria orientadas a reducir la necesidad de hospitalización, así como la frecuencia de exacerbaciones, para lo cual se han realizado diferentes estudios con dicho objetivo. Entre ellos el impacto de la lactancia artificial, siendo esta una práctica frecuente en la actualidad, aun sabiendo los riesgos a posibles infecciones o enfermedades metabólicas y actualmente una asociación importante a la aparición de rasgos atópicos es por ello que pretendo desarrollar este estudio, de tal modo que se puede verificar su influencia con el riesgo de desarrollar esta enfermedad inflamatoria pulmonar.²⁶.

1.5 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO:

La presente investigación será realizada en el Hospital de Emergencias Grau Essalud; localizado en la Provincia de Lima; Región Lima; en el periodo enero – junio 2021, en relación con las variables a investigar: lactancia artificial y asma bronquial; cabe precisar que en la sede hospitalaria durante el periodo Enero – Diciembre del 2019 se registraron un total de 458 pacientes pediátricos con el diagnostico de asma bronquial quienes recibieron atención por el servicio de emergencia, por otra parte se observó durante el periodo Enero – Diciembre del 2019 se registraron un total de 371 pacientes pediátricos expuestos a lactancia artificial. Cabe destacar que por motivo de la pandemia SARS COV2, la atención por consultorio externo se ha visto afectada, siendo el total de pacientes del estudio 223.

1.6 VIABILIDAD:

Considerando que se utilizara un diseño de casos y controles retrospectivos, ello implica que se requería identificar las variables por medio de la revisión de los expedientes clínicos, en este sentido si es factible operacionalizar y caracterizar las variables por medio de la revisión de los datos desde la historia clínica, por otro lado el tamaño muestral propuesto es accesible con la casuística registrada en el hospital durante el periodo de estudio correspondiente en el que se propone desarrollar el estudio.

II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

Azad M, et al (Reino Unido, 2017); evaluaron el impacto de la lactancia materna en el riesgo de sibilancias en el primer año de vida; en 2773 pacientes. Los cuidadores informaron sobre episodios de sibilancias y alimentación infantil a los 3, 6 y 12 meses. En general, el 21 % de las madres tenían asma, el 46 % amamantaron durante al menos 12 meses y el 21 % de los niños experimentaron sibilancias. Entre las madres con asma, la lactancia materna se asoció inversamente con sibilancias infantiles, (aRR) 0,52; IC del 95 % 0,35–0,77 para ≥ 12 frente a < 6 meses de lactancia materna). En comparación con no amamantar a los 6 meses, sibilancias se redujeron en un 62 % con lactancia materna exclusiva (aRR 0,38; IC 95 % 0,20–0,71) y en un 37 % con lactancia parcial. lactancia materna complementada con alimentos complementarios (aRR 0,63; IC 95% 0,43–0,93)⁵.

Huo X, et al (China, 2018); evaluaron la asociación entre el uso de antibióticos prenatales y el riesgo de asma infantil, y explorar si la lactancia materna modifica el riesgo por medio de un estudio de casos y controles. Se incluyeron un total de 634 casos de asma y 864 controles de 3 a 12 años de edad. Se observó una asociación significativa entre el uso de antibióticos prenatales y el asma infantil (ORa: 1,7, IC 95 %: 1,0–2,9), particularmente en niños (ORa: 2,2, IC 95 %: 1,1–4,4) y niños con antecedentes familiares de trastornos alérgicos (ORa: 3,1, IC 95%: 1,2-8,4). Sin embargo, esta asociación existió solo en niños que no fueron amamantados exclusivamente en los primeros seis meses de vida (ORa 2,6, IC 95% 1,3-5,1) pero no en niños que fueron amamantados exclusivamente (ORa 0,9, IC 95% 0,4-2,1)⁶.

Heneidy A, et al (Norteamérica, 2018); investigaron la asociación entre la introducción de lactancia artificial y el desarrollo de asma persistente informada en niños de 3 años. Se tomó una muestra de 1121 niños extraído del estudio longitudinal de cohortes de nacimiento. La introducción de lactancia artificial durante los primeros seis meses después del nacimiento aumentó casi dos veces el riesgo de desarrollo de asma persistente después de ajustar por otras covariables (RRA): 1,71, IC del 95 %: 1,03-2,83, $p = 0,038$)⁷.

Ana Perdomo (Guatemala, 2018) investigó la relación que existe entre lactancia materna y asma bronquial en niños menores de 8 años evaluados a través de consulta externa,

siendo un total de 76 niños los del estudio; de los cuales 54 recibieron LME y 22 Lactancia artificial. Dicho estudio tiene como resultado que, de la población estudiada en 9 de cada 10 niños, las sibilancias y la disnea fue mayor en el grupo que recibió lactancia artificial, y también concluye que la lactancia materna no tenía asociación con el grado de severidad (Chi2 1.162; valor p: 0.4548; OR 1.071; IC: 95% 0.371 - 3.095), por el contrario, se evidenció que si era un factor protector (OR 1.071)⁸.

Xue M, ety al (Reino Unido, 2021); investigaron la relación entre la lactancia materna y el desarrollo de asma en una revisión sistemática y metanálisis con revisión de estudios de cohortes retrospectivas/prospectivas en niños <18 años. El resultado primario fue un diagnóstico de asma por parte de un médico o usando un criterio basado en una guía. Cuarenta y dos estudios cumplieron los criterios de inclusión. Treinta y siete estudios informaron el principal resultado del asma diagnosticada por un médico/directrices, y cinco estudios informaron efectos sobre severidad del asma. Niños con mayor duración/más lactancia en comparación con menos tienen menor riesgo de asma (OR=0,84; IC 95%: 0,75-0,93, I2=62,4%). Del mismo modo, un menor riesgo de asma se encontró en los niños que tenían más lactancia materna exclusiva versus menos lactancia materna exclusiva (0,81; 0,72-0,91, I2=44%)⁹.

Mariza Montañez, (Trujillo; 2014); realizó un estudio que propone a la lactancia mixta y artificial como factores de riesgo para la presencia de Asma bronquial en niños de 2 a 5 años, en el cual se evaluó 225 niños (75 casos asmáticos y 150 controles sin asma). Dicho estudio concluye que aquellos niños con lactancia mixta tuvieron mayor riesgo de desarrollar asma que los que tuvieron Lactancia materna exclusiva P=0.0058; OR: 2.47 IC 95% (1.33 - 4.57), así como enfatiza la lactancia materna como factor protector ante el desarrollo del asma bronquial¹⁰.

2.2 BASES TEÓRICAS:

El asma es una enfermedad pulmonar crónica común que afecta aproximadamente al 12% de los niños. de 6 a 7 años en todo el mundo y se caracteriza por vías respiratorias bronquiales estrechas que causan obstrucción de las vías respiratorias. La definición y clasificación del asma se han revisado y actualizado continuamente con nueva información debido a la variabilidad de los signos. y síntomas. Aun así, un diagnóstico preciso de asma sigue siendo un desafío, particularmente para los niños, ya que presenta diferentes fenotipos según el niño. edad, sexo y etnia¹¹.

No existe una definición estándar del tipo, la gravedad o la frecuencia de los síntomas que definen el asma infantil, lo que dificulta determinar los diagnósticos de asma utilizando una definición basada en la evidencia. Las mediciones objetivas, como la limitación del flujo de aire o la inflamación de las vías respiratorias, los dos parámetros biológicos principales del asma, son difíciles de evaluar en niños pequeños¹³.

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y la causa más frecuente de ingreso y visitas hospitalarias al departamento de emergencias. La determinación de sibilancias recurrentes en los primeros años de vida representa la expresión clínica del futuro asma es un reto que podría facilitar la toma de decisiones en clínica y permitir la aplicación de medidas de prevención específicas. Dentro de los factores de riesgo asociados al diagnóstico de asma a los seis años de edad, se ha encontrado a la dermatitis atópica, antecedentes familiares de asma, sensibilización a alérgenos y la eosinofilia¹⁴.

Varias terminologías y criterios se aplican de manera inconsistente para describir la lactancia materna exclusiva, completa, predominante o parcial. Se define la lactancia materna exclusiva como la alimentación únicamente con leche humana, sin alimentos, agua u otros líquidos, aunque se permiten suplementos de vitaminas y minerales o jarabes de medicamentos. La mayoría de los estudios no capturan información suficiente para aplicar esta definición, y muchos no documentan la duración total de la lactancia materna (edad del lactante al destete)¹⁵.

Además de la exclusividad y la duración de la lactancia materna, en los estudios epidemiológicos a menudo se ignoran otros detalles potencialmente importantes de la exposición de los lactantes. Pocos consideran el método de alimentación con leche materna (directamente al pecho versus sacaleche y biberón), el tipo de alimentación complementaria en lactantes parcialmente amamantados (fórmula versus alimentos sólidos o semisólidos), la proporción relativa de leche materna en comparación con otras fuentes de nutrición, o el uso de leche de donante¹⁶.

Las exposiciones nutricionales y ambientales pueden "programar" el desarrollo metabólico e inmunológico durante períodos críticos de la vida temprana, induciendo cambios permanentes a largo plazo en la fisiología y afectando la susceptibilidad a enfermedades crónicas incluido el asma. Por ejemplo, la exposición prenatal y posnatal temprana a antibióticos, moho, humo de tabaco y contaminación del aire se han asociado con el desarrollo de asma. Además, las infecciones frecuentes de las vías respiratorias inferiores se asocian con sibilancias durante el primer año de vida y asma más adelante en la infancia¹⁷.

La alimentación infantil es otra exposición importante en la vida temprana que puede influir en las infecciones respiratorias y en la programación del desarrollo del asma; se recomienda el inicio temprano de la lactancia materna dentro de la hora siguiente al nacimiento, la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y la continuación de la lactancia materna hasta los dos años de edad o más. Además de proporcionar una nutrición óptima para apoyar el crecimiento del lactante, la leche humana es un líquido inmunológicamente complejo que contiene múltiples componentes que promueven el desarrollo de la inmunidad innata y adaptativa¹⁸.

En términos del modo de alimentación, se ha descrito que la alimentación al pecho parece ser más protectora que la leche materna ingerida a través de un biberón. Queda por determinar el motivo de esta diferencia, pero es posible que los componentes bioactivos de la leche se alteren durante la extracción y el almacenamiento de la leche materna o que la leche materna extraída contenga sustancias químicas astmógenas o contaminantes de los extractores de leche, o contenedores de almacenamiento¹⁶. La succión del pecho también puede funcionar como un "ejercicio físico" para estimular el crecimiento pulmonar y proporcionar exposición a los microbios protectores de la piel materna. Independientemente del mecanismo, estos hallazgos indican que es importante considerar el modo de alimentación en la investigación de la lactancia materna, aunque rara vez se informa. De manera similar, el uso de leche humana pasteurizada de donantes está aumentando, esto es relevante porque muchos componentes bioactivos de la leche humana se ven comprometidos o destruidos durante la pasteurización¹⁹.

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES:

Asma bronquial: Trastorno respiratorio crónico que afecta a las vías respiratorias y se caracteriza por síntomas variables y recurrentes. Por lo general, se asocia con obstrucción del flujo de aire, inflamación e hiperrespuesta bronquial⁷.

Lactancia artificial: provisión de alimentos o líquidos además de la leche materna que no sean medicamentos, vitaminas y minerales a los niños antes de los seis meses de edad⁶.

2.4 HIPÓTESIS:

Alternativa:

La lactancia artificial es factor de riesgo para asma bronquial en niños de 4 a 12 años del Hospital de Emergencias Grau Essalud en el periodo Enero – junio 2021

Nula:

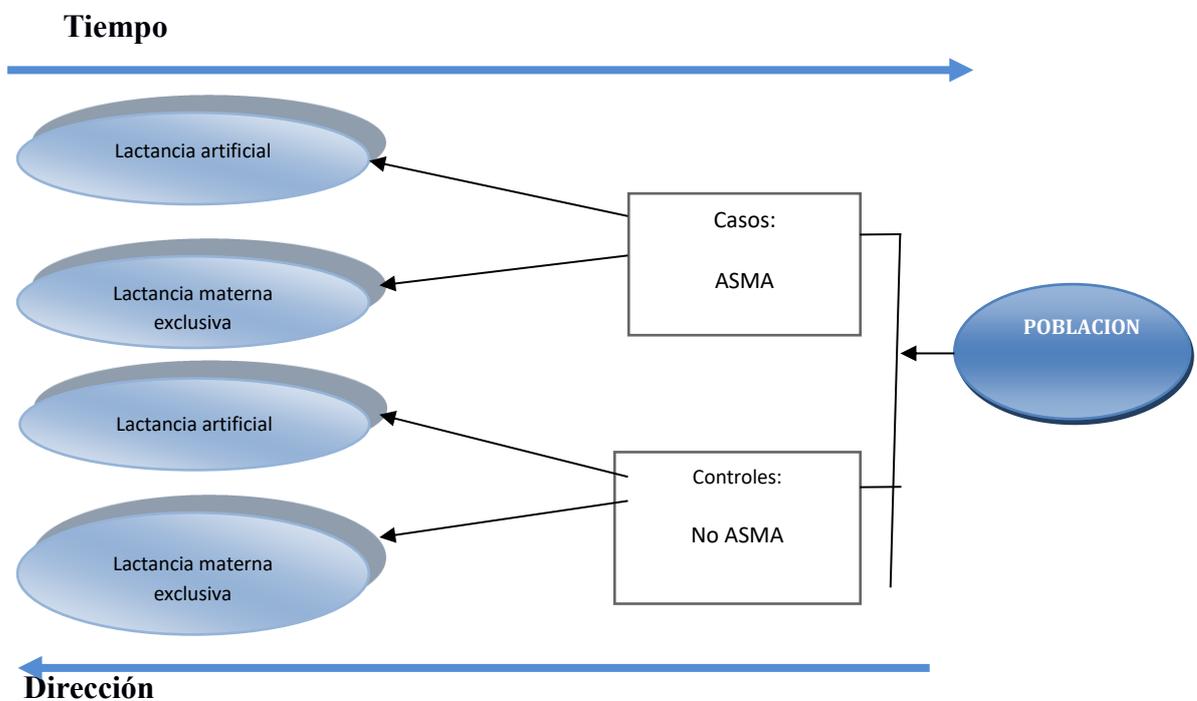
La lactancia artificial no es factor de riesgo para asma bronquial en niños de 4 a 12 años del Hospital de Emergencias Grau Essalud en el periodo Enero – junio 2021

III. METODOLOGÍA:

3.1 DISEÑO:

Analítico, observacional de tipo casos y controles retrospectivo.

Diseño Específico:



3.2. POBLACION Y MUESTRA:

Pacientes pediátricos de 4 a 12 años atendidos en el Hospital de Emergencias Grau Essalud en el periodo Enero – junio 2021.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

Casos:

- Niños con asma
- Niños entre 4 a 12 años
- Niños de ambos sexos
- Niños con historias clínicas completas

Controles:

- Niños sin asma
- Niños entre 4 a 12 años
- Niños de ambos sexos
- Niños con historias clínicas completas

Criterios de exclusión:

- Niños con desnutrición
- Niños con síndrome nefrótico
- Niños con fibrosis quística
- Niños con malformaciones cardiacas
- Niños con neumonía bacteriana

Muestra:

Unidad de Análisis: Cada niño de 4 a 12 años atendido en el Hospital de Emergencias Grau Essalud en el periodo Enero – junio 2021

Unidad de Muestreo:

Estará constituido por la historia clínica de cada paciente.

Tamaño muestral:**Datos:**

Proporción de casos expuestos:	75,000%
Proporción de controles expuestos:	50,000%
Odds ratio a detectar:	3,000
Número de controles por caso:	1
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Casos	Controles	Total
75,0	52	52	104
90,0	77	77	154

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

(Ver Anexo)

3.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS. INSTRUMENTOS:

Ingresarán al estudio los pacientes pediátricos atendidos en el Hospital de Emergencias Grau Essalud en el periodo Enero – junio 2021.; se acudirán al archivo de historias clínicas y luego se procederá a:

- Seleccionar por muestreo no probabilístico por conveniencia a los niños que ingresarán al estudio; según del periodo de exposición a lactancia artificial a fin de verificar su pertenencia al grupo de casos o controles
- Realizar la revisión del expediente clínico para caracterizar a la variable asma bronquial; así mismo se recogerán los datos pertinentes para caracterizar las variables intervinientes (Anexo 1).

3.5 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

Serán procesados utilizando el paquete estadístico IBM V SPSS 26

Estadística Descriptiva:

Para las variables cualitativas se calculará las frecuencias relativas y absolutas. Para las variables cuantitativas se calculará la media con desviación estándar o la mediana con rango intercurartilico según corresponda.

Estadística Analítica

En el análisis bivariado, para evaluar asociación se hará uso de la prueba Chi Cuadrado (X^2) o prueba exacta de Fisher según los valores observados; las asociaciones serán consideradas significativas con un valor p menor al 5% ($p < 0.05$). Para calcular la fuerza de la asociación, se calculará el odds ratio (OR) con su intervalo de confianza al 95%. En el análisis multivariado, se realizará regresión logística obteniendo OR ajustados.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS:

La presente investigación contará con la autorización del comité de Ética del Hospital de Emergencias Grau Essalud y de la Universidad Particular Ricardo Palma, se tomará en cuenta la declaración de Helsinki II¹⁹ y la ley general de salud²¹.

CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 RECURSOS:

Investigador y asesores:

Material de Oficina: papel Bond, lapiceros, resaltadores, correctores, archivadores.

Material Informático: computadora, impresora, memoria externa.

4.2 CRONOGRAMA:

N	Actividades	Personas responsables	Tiempo						
			ABR - SET 2022						
			1m	2m	3m	4m	5m	6m	
1	Planificación y elaboración del proyecto.	INVESTIGADOR ASESOR	X						
2	Presentación y aprobación del proyecto	INVESTIGADOR		X					
3	Recolección de Datos	INVESTIGADOR - ASESOR			X	X	X	X	
4	Procesamiento y análisis	INVESTIGADORESTADÍSTICO							
5	Elaboración del Informe Final	INVESTIGADOR							
DURACIÓN DEL PROYECTO			1	2	3	4	5	6	
PERÍODO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR MES									

4.3 PRESUPUESTO:

Naturaleza del Gasto	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Bienes				Nuevos Soles
2.3.1.9.1.2	Papel Bond A4	01 millar	0.02	20.00
2.3.1.9.1.2	Lapiceros	5	2.00	10.00
2.3.1.9.1.2	Resaltadores	03	3.00	9.00
2.3.1.9.1.2	Correctores	03	3.00	9.00
Servicios				
2.3.2.2.2.3	INTERNET	100	2.00	200.00
2.3.2.4.5.1	Movilidad	200	1.00	200.00
2.3.2.2.2.4	Empastados	10	12	120.00
2.3.2.2.2.4	Fotocopias	300	0.10	30.00
2.3.2.7.1.7	Asesoría por Estadístico	2	250	500.00
			TOTAL	1098.00

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.-Asher I, Bissell K, Chiang C-Y, et al. Calling time on asthma deaths in tropical regions- how much longer must people wait for essential medicines? *Lancet Respir Med* 2019; 7: 13–15.
- 2.- 22. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta la SE 07 - 2022
- 3.-Kordsalarzeh, et al., Qualitative study of factors affecting non-exclusive breastfeeding in the first 6-month life of infants and discontinuation of breastfeeding in women admitted to Iranshahr health centers 2018, *Prensa Med. Argent.* 2018; 104 (6).
- 4.- Dell S, To T. Breastfeeding and Asthma in Young Children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 155: 1261-1265, 2001
- 5.- El-Heneidy A, Abdel-Rahman M, Mihala G, Ross L, Comans T. Milk Other Than Breast Milk and the Development of Asthma in Children 3 Years of Age. A Birth Cohort Study (2006–2011). *Nutrients.* 19 de noviembre de 2018;10(11):1798.
- 6.-Huo X. The effect of breastfeeding on the risk of asthma in high-risk children: a case-control study in Shanghai, China. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018; 18: 341.
- 7.-Heneidy A. Milk Other Than Breast Milk and the Development of Asthma in Children 3 Years of Age. A Birth Cohort Study (2006–2011). *Nutrients* 2018; 10: 1798.
8. Ana p. M. Lactancia materna y asma bronquial en niños menores de ocho años. Estudio descriptivo transversal realizado en la consulta externa del departamento de pediatría de Hospital General San Juan de Dios Guatemala, abril –mayo 2018. Campus central Guatemala de la Asunción, agosto de 2018
- 9.-Xue M, Dehaas E, Chaudhary N, et al. Breastfeeding and risk of childhood asthma: a systematic review and meta-analysis. *ERJ Open Res* 2021; 5(2):10-15.
- 10.- Vásquez MVM. Lactancia mixta y artificial como factores de riesgo para la presencia de Asma Bronquial en niños de 2 a 5 años de edad en el Hospital II EsSalud Chocope, 2014
- 11.- Islam MS, Huq S, Ahmed S, Roy S, Schwarze J, Sheikh A, Saha AK, Cunningham S, Nair H; for the RESPIRE collaboration. Operational definitions of paediatric asthma used in epidemiological studies: A systematic review. *J Glob Health* 2021;11:04032.

- 12.-Desalu OO, Sanya EO, Adeoti AO, Aderibigbe SA, Kolo PM. Impact of Operational Definitions on the Predictors and Prevalence of Asthma Estimates: Experience from a University Students' Survey and Implications for Interpretation of Disease Burden. *Ethiop J Health Sci.* 2018; 28:725-34.
- 13.-Aberle N, Kljaić Bukvić B, Blekić M, Vučković M, Bardak D, Gudelj A, et al. Allergic diseases and atopy among schoolchildren in eastern Croatia. *Acta Clin Croat.* 2018; 57:82-90
- 14.-Ek W.E., Karlsson T., Hernandes C.A., Rask-Andersen M., Johansson A. Breast-feeding and risk of asthma, hay fever, and eczema. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2018; 141:1157–1159.e1159.
- 15.-Flohr C., Henderson A.J., Kramer M.S., Patel R., Thompson J., Rifas-Shiman S.L., Yang S., Vilchuck K., Bogdanovich N., Hameza M., et al. Effect of an intervention to promote breastfeeding on asthma, lung function, and atopic eczema at age 16 years: Follow-up of the probit randomized trial. *JAMA Pediatr.* 2018;172: e174064.
- 16.-Vehling L., Chan D., McGavock J., Becker A.B., Subbarao P., Moraes T.J., Mandhane P.J., Turvey S.E., Lefebvre D.L., Sears M.R., et al. Exclusive breastfeeding in hospital predicts longer breastfeeding duration in Canada: Implications for health equity. *Birth.* 2018; 6(2):14-17.
- 17.-Kumar P, Devgan A. The Association of Breastfeeding with Childhood Asthma: A Case-Control Study from India. *Cureus* 2020; 13(11): e19810.
- 18.-Azad MB, Vehling L, Lu Z, et al.: Breastfeeding, maternal asthma and wheezing in the first year of life: a longitudinal birth cohort study. *Eur Respir J.* 2018; 49:1602019.
- 19.-Miliku K, Azad MB: Breastfeeding and the developmental origins of asthma: current evidence, possible mechanisms, and future research priorities. *Nutrients.* 2018; 10:995
- 20.-Gavidia P. Relación del tipo de lactancia materna con el riesgo de asma bronquial. *Med. fam. (Caracas)* 2002; 9(1):9-12.
- 21.- García J. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación en educación médica* 2013; 2(8), 217-224.
- 22.- Barrios I. Declaración de Helsinki: cambios y exégesis. *Revista Cubana de Salud Pública* 2016; 42(1): 132-142.
- 23.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú: 2012.

- 24 Oddy WH, Peat JK. Breastfeeding, Asthma and Atopic Disease: An Epidemiological Review of Literature. J Hum Lact 19: 250-261, 2003
25. Sterken E, Rybak N. Riesgos de la alimentación con leche artificial. 2006
26. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/asthma>

ANEXOS:

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

LACTANCIA ARTIFICIAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA ASMA BRONQUIAL
EN NIÑOS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU ESSALUD EN EL PERIODO
ENERO – JUNIO 2021.

Fecha..... N°.....

DATOS GENERALES:

1.1 Número de historia clínica: _____

1.2 Edad: 0-1 año () 1 a 4 años () 5 a 9 años () 10 – 12 años ()

1.3 Sexo: Masculino () Femenino ()

1.4 Estado Nutricional: Eutrófico() Sobrepeso () Obesidad ()

1.5 Tipo de alimentación artificial:

Formula Nutricional() Leche de vaca(), Leche entera() otras leches ()

Variable independiente:

Alimentación: Lactancia Materna Exclusiva () Lactancia Artificial ()

1.6 Duración de Lactancia Materna Exclusiva _____

1.7 Inicio de alimentación artificial _____

1.8 Motivo de inicio de alimentación artificial: _____

1.9 Motivo de cese de la alimentación artificial: _____

2.0 Otras patologías asociadas a Lactancia artificial:

Rinitis alérgica() Dermatitis atópica ()

Variable dependiente:

Asma bronquial: Si () No ()

ANEXO 2: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
EDAD	Número de años del paciente en estudio	Número de años registrado en la historia clínica	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Años cumplidos
SEXO	Género Orgánico	Género registrado en la Historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	Si - No
SOBREPESO	Alteración del metabolismo de las grasas y carbohidratos	Índice de masa corporal mayor al percentil 90	Nominal Dicotomica	Independiente Cualitativa	Si - No
OBESIDAD	Alteración del metabolismo de las grasas y carbohidratos	Índice de masa corporal mayor al percentil 95	Nominal Dicotomica	Independiente Cualitativa	Si – No
ASMA BRONQUIAL	Trastorno respiratorio crónico que afecta a las vías respiratorias y se caracteriza por síntomas variables y recurrentes. Por lo general, se asocia con obstrucción del flujo de aire, inflamación e hiperrespuesta bronquial.	Hallazgos de espirómetro compatibles y corroborados por un médico neumólogo	Nominal Dicotómica	Dependiente Cualitativa	Si - No
LACTANCIA ARTIFICIAL	Provisión de alimentos o líquidos además de la leche materna que no sean medicamentos, vitaminas y minerales a los niños antes de los seis meses de edad.	Patrón de consumo de leche materna y alimentos registrado en el expediente clínico.	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	Si – No
RINITIS ALÉRGICA	Es el prurito, los estornudos, la rinorrea, la congestión nasal y a veces las conjuntivitis perennes o estacionales causados por la exposición a pólenes u otros alérgenos.	Episodios constantes de rinorrea, prurito nasal estornudos ante exposición a alergeno.	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	Si – No
DERMATITIS ATÓPICA	Es un trastorno cutáneo prolongado (crónico) que consiste en erupciones pruriginosas y descamativas. Es un tipo de eccema.	Hallazgo de lesiones en piel características (Piel seca, descamativa, eruptiva, pruriginosa)	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	Si – No



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por **Turnitin**. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Jose Luis Palomino Peña
Título del ejercicio: Proyectos de investigación Residentado
Título de la entrega: Lactancia Artificial como Factor de Riesgo para Asma Bronqu...
Nombre del archivo: Proyecto_de_Investigaci_n_-_MR_PALOMINO_PE_A_1.docx
Tamaño del archivo: 160.02K
Total páginas: 22
Total de palabras: 4,497
Total de caracteres: 24,711
Fecha de entrega: 17-oct.-2022 01:33p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre... 1927910985



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Lactancia Artificial como Factor de Riesgo para Asma Bronquial en niños del Hospital de Emergencias Grau ESSALUD en el periodo enero - junio 2021

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Pediatría

AUTOR

Palomino Peña, Jose Luis
(ORCID: 0000-0001-8269-7486)

ASESOR

Pantoja Rosales, Javier Lyndon
(ORCID: 0000-0003-0594-5268)

Lima, Perú

2022

Lactancia Artificial como Factor de Riesgo para Asma Bronquial en niños del Hospital de Emergencias Grau ESSALUD en el periodo enero - junio 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Privada Antenor Orrego Trabajo del estudiante	4%
2	renatiqa.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	3%
3	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	3%
4	Submitted to BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA BIBLIOTECA Trabajo del estudiante	2%
5	www.repositorio.usac.edu.gt Fuente de Internet	1%
6	recursosbiblio.url.edu.gt Fuente de Internet	1%
7	www.paho.org Fuente de Internet	1%
8	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	1%