

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON LAS INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE SEIS MESES
ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN VICENTE
DURANTE EL AÑO 2021**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

SERVA QUISUROCO JOSUE ELISEO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

ICA – PERÚ

2022

ASESOR:

MG. CÓRDOVA TELLO JOSÉ LUIS

AGRADECIMIENTO

Por el presente trabajo estoy agradecido con Dios y mi docente asesor Mg. Córdova Tello José Luis, por su consejo y conducción en esta investigación.

DEDICATORIA

A mi esposa, hija y mis padres, que siempre fueron mi soporte e inspiración para cada día seguir adelante.

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna es un pilar para la prevención de enfermedades infecciosas en niños menores de seis meses.

Objetivo: Establecer la relación entre la lactancia materna y la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.

Materiales y métodos: Se desarrolló un estudio observacional retrospectivo que incluyó 166 lactantes menores de seis meses divididos uniformemente en dos grupos para quienes presentaron IRAS o no. Los datos se registraron en una ficha de recopilación como herramienta previamente validada por juicio de expertos siguiendo una técnica de análisis documental. El análisis estadístico se siguió en el software SPSS versión 25.0 donde se determinaron frecuencias, porcentajes y asociación estadística. Valores p menores de 0,05 se establecieron como estadísticamente significativo.

Resultados: El 54,82% ($n=91$) de los lactantes era del sexo femenino, 94,58% ($n=157$) tuvo una edad gestacional a término y el 74,70% ($n=124$) tuvo un peso adecuado al nacer. La lactancia materna exclusiva predominó en el 53,01% ($n=88$) de los niños menores de seis años, seguidos de la lactancia materna mixta presente en el 40,96% ($n=68$). La lactancia materna exclusiva y la artificial se asociaron significativamente con la gravedad de las IRAS ($p<0,05$). El antecedente de hospitalización por IRAS anteriores se asoció significativamente con los tres tipos de lactancia materna ($p<0,05$).

Conclusiones: La lactancia materna se asocia significativamente con la presencia de IRAS entre los niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.

Palabras clave: Lactancia materna, infección respiratoria aguda, lactante, niño.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding is a pillar for the prevention of infectious diseases in children under six months.

Objective: To establish the relationship between breastfeeding and the presence of acute respiratory infections in children under six months of age treated at the Centro Materno Infantil San Vicente during the year 2021.

Materials and methods: A retrospective observational study was carried out that included 166 infants under six months of age divided uniformly into two groups for those who presented acute respiratory infections or not. The data was recorded in a compilation form as a tool previously validated by expert judgment following a documentary analysis technique. Statistical analysis was followed in SPSS version 25.0 software where frequencies, percentages and statistical association were determined p values less than 0.05 were established as statistically significant.

Results: 54.82% (n=91) of the infants were female, 94.58% (n=157) had a full-term gestational age and 74.70% (n=124) had an adequate weight. at birth. Exclusive breastfeeding prevailed in 53.01% (n=88) of children under six years of age, followed by mixed breastfeeding in 40.96% (n=68). Exclusive and artificial breastfeeding were significantly associated with acute respiratory infections severity ($p<0.05$). The history of hospitalization for previous acute respiratory infections was significantly associated with the three types of breastfeeding ($p<0.05$).

Conclusions: Breastfeeding is significantly associated with the presence of acute respiratory infections among children under six months of age attended at the San Vicente Maternal and Child Center during the year 2021.

Keywords: Breastfeeding, acute respiratory infection, infant, child.

INTRODUCCIÓN

La elección de la lactancia materna se ha apoyado como el mejor tipo de alimentación posible para los bebés en los primeros meses de vida. Sin embargo, entre los niños menores de seis meses se ha informado mayor prevalencia de infecciones virales del tracto respiratorio que representan un motivo importante de hospitalización. Dado ello, este estudio pretendió establecer la relación entre la lactancia materna y la presencia de infecciones respiratorias agudas (IRAS) en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.

Se desarrolló el presente estudio que estuvo dividido en cinco capítulos descritos posteriormente.

El *Capítulo I* presenta el problema a estudiar, el planteamiento de los objetivos, la justificación y el propósito de estudio.

En tanto, el *Capítulo II* desarrolla los antecedentes bibliográficos encontrados sobre la relación entre la lactancia materna y la presencia de IRAS a nivel internacional y nacional. Asimismo, se describen las bases teóricas, las hipótesis, variables y definiciones operacionales.

El *Capítulo III* muestra la metodología de investigación, cálculo del tamaño muestral, técnicas e instrumento de recopilación de datos, procesamiento y análisis de datos, así como los aspectos éticos.

El *Capítulo IV* desarrolla los resultados y los discute de acuerdo a la literatura revisada. Y, finalmente *Capítulo V* muestra las conclusiones y recomendaciones obtenidas del estudio.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE	VIII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE GRÁFICOS	XII
LISTA DE ANEXOS	XIII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	14
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2.1 PROBLEMA GENERAL	15
1.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICO	15
1.3 JUSTIFICACIÓN	16
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	17
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.6 OBJETIVOS	17
1.6.1 OBJETIVO GENERAL	17
1.6.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	17
1.7 PROPÓSITO	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	19
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	19
2.2 BASES TEÓRICAS	21
2.3 MARCO CONCEPTUAL	24
2.4 HIPÓTESIS	25
2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL	25
3.1.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICA	25
2.5 VARIABLES	26

2.6 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	27
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	30
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	30
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	30
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	30
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	30
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	32
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	33
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	34
4.1 RESULTADOS	34
4.2 DISCUSIÓN	44
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
5.1 CONCLUSIONES	47
5.4 RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	54

LISTA DE TABLAS

TABLA 1.	CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE SEIS MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN VICENTE DURANTE EL AÑO 2021.	34
TABLA 2.	CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS MENORES DE SEIS MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN VICENTE DURANTE EL AÑO 2021.	35
TABLA 3.	SÍNTOMAS DE IRAS INFORMADOS ENTRE LOS NIÑOS MENORES DE SEIS MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN VICENTE, 2021.	37
TABLA 4.	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y PRESENCIA DE IRAS EN NIÑOS MENORES DE SEIS MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN VICENTE DURANTE EL AÑO 2021.	41
TABLA 5.	RELACIÓN ENTRE LA LACTANCIA MATERNA Y LA PRESENCIA DE IRAS EN NIÑOS MENORES DE SEIS MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN VICENTE DURANTE EL AÑO 2021.	42
TABLA 5.	LACTANCIA MATERNA ARTIFICIAL Y PRESENCIA DE IRAS EN NIÑOS MENORES DE SEIS MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN VICENTE DURANTE EL AÑO 2021.	43
TABLA 6.	LACTANCIA MATERNA MIXTA Y PRESENCIA DE IRAS EN NIÑOS MENORES DE SEIS MESES	44

ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL
SAN VICENTE DURANTE EL AÑO 2021.

LISTA DE GRÁFICOS

FIGURA 1.	TIPOS DE LACTANCIA MATERNA ENTRE LOS NIÑOS MENORES DE SEIS MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN VICENTE DURANTE EL AÑO 2021.	36
FIGURA 2.	DIAGNÓSTICOS DE IRAS INFORMADOS ENTRE LOS NIÑOS MENORES DE SEIS MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN VICENTE, 2021.	38
FIGURA 3.	GRAVEDAD DE IRAS INFORMADOS ENTRE LOS NIÑOS MENORES DE SEIS MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN VICENTE, 2021.	39
FIGURA 4.	ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACIONES DEBIDO A IRAS INFORMADOS ENTRE LOS NIÑOS MENORES DE SEIS MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN VICENTE DURANTE EL AÑO 2021.	40

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1.	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	52
ANEXO 2.	VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR EXPERTO	55
ANEXO 3.	MATRIZ DE CONSISTENCIA	58
ANEXO 4.	APROBACIÓN ÉTICA DE CIEI-UPSJB	60

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las infecciones del tracto respiratorio son una de las principales causas de morbilidad infantil, cuya prevalencia oscila entre el 3,4% y 32,1% en el primer año de vida¹. Se ha descrito que las infecciones respiratorias agudas (IRAS) se encuentran entre las principales causas de hospitalizaciones durante la infancia y se asocian con sibilancias y asma posteriores.² Aunque las IRAS son comunes en la infancia, actualmente no existen vacunas efectivas para prevenir las etiologías virales más comunes como el virus respiratorio sincitial (VRS).

Varias investigaciones han evidenciado el rol de las características clínicas, demográficas y sociales para el desarrollo de IRAS donde se han incluido la edad gestacional, peso al nacer, estatus socioeconómico, origen étnico, presencia de otros niños en casa, asistencia a guarderías y hábito de fumar entre los cuidadores^{3,4}. Es importante destacar que la malnutrición también se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar IRAS y diarrea, y, los niños gravemente desnutridos tienen un aumento de 4 veces en las muertes relacionadas con IRAS en comparación con los niños con un estado nutricional normal⁵.

Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan la lactancia materna exclusiva (LME) durante seis meses, continuar con la lactancia materna hasta los dos años de edad y mejorar la gestión de casos en los establecimientos de salud para la protección, prevención y tratamiento de las IRAS, principalmente neumonía y diarrea^{6,7}. De manera similar, el gobierno peruano recomienda la LME durante los primeros seis meses para mejorar el estado nutricional y brindar protección adicional contra las IRAS y la diarrea. Sin embargo, el Ministerio de Salud ha informado que la cobertura nacional de LME alcanza al 69,2%, existiendo regiones donde apenas se alcanza el 29%^{8,9}.

Dado ello, la lactancia materna ha sido incluida entre los factores protectores de las IRAS en lactantes de más de seis meses, y ha sido demostrado en algunas ocasiones para los niños que viven en países en desarrollo¹⁰. Sin embargo, la mayoría de los estudios confirman que el efecto protector es a largo plazo, ya que los resultados suelen medirse después de los seis meses de edad, incluso en el primer y segundo año, mostrando una protección sostenida incluso después de la lactancia¹¹.

La lactancia materna es la columna vertebral de la prevención de enfermedades infecciosas. El efecto protector de la lactancia materna a largo plazo sobre las infecciones en niños que viven en países en desarrollo continúa demostrándose¹². Sin embargo, la protección de IRAS por la lactancia materna en bebés menores de seis meses de edad no se ha demostrado de manera consistente, con grandes diferencias entre los métodos en la mayoría de los estudios. Es por eso que este estudio buscó determinar la relación entre los diferentes patrones de lactancia materna y las IRAS en lactantes menores de seis meses de edad en el Centro Materno Infantil San Vicente en el año 2021.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre la lactancia materna y la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021?

1.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICO

- ¿Existe relación entre la lactancia materna exclusiva y la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021?
- ¿Existe relación entre la lactancia materna artificial y la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021?

- ¿Existe relación entre la lactancia materna mixta y la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Justificación teórica

La leche humana es la primera fuente de nutrición disponible para un recién nacido resultando vital para el desarrollo del sistema inmunológico¹³. La OMS recomienda que los recién nacidos sean amamantados de forma exclusiva hasta la edad de seis meses y continúen recibiendo leche materna como complemento de los alimentos sólidos hasta los dos años o más⁶. Por esto se puede pensar que los beneficios para la salud que ofrece la lactancia materna pertenecen a dos categorías: beneficios inmediatos y beneficios futuros¹⁴.

Justificación práctica

Durante el período de tiempo en que ocurre la lactancia, estudios anteriores han encontrado una correlación entre la lactancia materna y una frecuencia reducida de episodios de otitis media, infecciones gastrointestinales, infecciones del tracto urinario, eventos de enfermedad en general y hospitalizaciones^{15,16}. Sin embargo, para las IRAS, en particular, sigue existiendo cierta incertidumbre acerca de si solo la lactancia materna exclusiva es protectora, cualquier lactancia materna es protectora, o si la lactancia materna quizás no es protectora en absoluto.

Justificación metodológica

Por lo tanto, aunque se han estudiado estas relaciones, la falta de consenso en los resultados de estudios anteriores deja un vacío en nuestra comprensión de la interacción entre la lactancia materna y las enfermedades respiratorias y gastrointestinales concurrentes en la comunidad infantil. Por lo que, este estudio proporcionará nueva evidencia que pesa sobre algunos de estos hallazgos cuestionados.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Delimitación espacial

El estudio se realizó en el Centro Materno Infantil San Vicente ubicado en la provincia de Cañete, departamento de Lima, Perú.

Delimitación temporal

Se recolectó datos de las historias clínicas del año 2021.

Delimitación social

Niños menores de seis meses que son atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.

Delimitación conceptual

Lactancia materna, infección respiratoria aguda, lactante, niño.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño retrospectivo del estudio no permitió evaluar la dosis específica de leche materna recibida por los lactantes incluidos. Al estudiar a solo un pequeño grupo de lactantes atendidos en un centro de salud, los resultados no permitieron generalizarse a todos los niños menores de 6 meses peruanos.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación entre la lactancia materna y la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.

1.6.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar la relación entre la lactancia materna exclusiva y la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.
- Determinar la relación entre la lactancia materna artificial y la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.
- Establecer la relación entre la lactancia materna mixta y la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.

1.7 PROPÓSITO

Notablemente existen pocas investigaciones que se han centrado en el impacto de la lactancia materna en relación a enfermedades agudas dentro de la primera etapa de la vida. Es por ello que comprender esta relación ayudará a implementar programas de promoción de la lactancia materna como pilar fundamental en las mejoras sustanciales en la salud de bebés y niños realizadas en las últimas décadas de nuestro país. Este estudio aportará nuevos conocimientos sobre la relación poco conocida entre la lactancia materna durante la infancia y las tasas de IRAS durante la primera infancia en lactantes menores de seis meses.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

INTERNACIONALES

En Australia, Raheem R *et al.*¹⁷, identificaron la relación entre la lactancia materna y las IRAS entre 458 niños menores de 6 meses atendidos en dos hospitales nacionales a través de un estudio de cohorte. Los resultados evidenciaron tasas de lactancia materna exclusiva, artificial y mixta del 26,9%, 67,6% y 98,9%, respectivamente. Asimismo, se halló que la lactancia materna mixta (OR: 0,56, IC del 95%: 0,34-0,94) y exclusiva (OR: 0,45, IC del 95%: 0,24-0,84) reducen significativamente la probabilidad de padecer IRAS. Además, se demostró que el riesgo disminuye con una mayor duración de la lactancia materna.

Un estudio de cohorte de ocho países investigó la asociación entre lactancia materna y síntomas de IRAS en 1731 bebés menores de dos años a quienes se les realizó un seguimiento. Los resultados determinaron que la LME se relacionó con menor incidencia de IRAS (OR: 0,81, IC del 95%: 0,68-0,98). En tanto, los niños con enfermedades recientes que fueron amamantados de forma exclusiva tenían la mitad de probabilidades de experimentar diarrea en los primeros 3 meses de vida que los que no fueron amamantados exclusivamente ($p < 0,001$)¹⁸.

De igual forma, en Indonesia, Oktaria V *et al.*¹⁹, describieron la relación entre las prácticas de lactancia materna e IRAS entre 233 niños menores de 6 meses a través un estudio observacional. Los resultados encontrados reflejaron que el 60% de los lactantes recibía lactancia materna exclusiva y el 54% de ellos se enfermó de alguna IRA. La lactancia materna artificial se relacionó con mayor presencia de IRAS, bajo peso y diarrea ($p < 0,05$).

En Estados Unidos, Frank N *et al.*²⁰, analizaron la asociación entre la presencia de IRAS y la lactancia materna entre 6861 niños menores de 18 meses de edad a través de un estudio longitudinal prospectivo. Los resultados revelaron que la lactancia materna estaba inversamente asociada con la probabilidad de IRAS con fiebre (OR:0,82, IC del 95%:0,70-0,95), otitis media

(OR:0,76, IC del 95%: 0,62-0,94) y gastroenteritis de tipo infeccioso (OR:0,55, IC del 95%:0,46-0,70), aunque la asociación inversa con enfermedades respiratorias se observó solo en niñas durante los meses de invierno ($p<0,05$). Un estudio de casos y controles realizado en Italia por Pandolfi E *et al.*²¹, investigó el papel potencial de la lactancia materna en la protección de 496 niños menores de un año de edad contra las IRAS. Los resultados evidenciaron que el 44,5% de los niños recibió lactancia materna exclusiva y la prevalencia de IRAS fue del 79%. Según el análisis multivariable, la lactancia materna exclusiva se asoció con un mayor riesgo de infección respiratoria viral (OR:3,7, IC del 95%:1,64-8,41); sin embargo, una mayor duración de la lactancia materna resultó protectora (OR:0,98, IC del 95%:0,97-0,99).

De igual forma, Hanieh S *et al.*¹⁰, determinaron aquellos factores predictivos para padecer de IRAS entre 1049 lactantes menores de 6 meses atendidos en un hospital de Vietnam a través de un estudio de cohortes. Los resultados encontraron que el 32,8% de los lactantes fue alimentado con lactancia materna exclusiva. Además, esta última redujo significativamente las probabilidades de hospitalización por sospecha de neumonía (OR:0,39, IC del 95%:0,20-0,75) y enfermedad diarreica (OR:0,37, IC del 95%:0,15-0,88).

NACIONAL

Espinoza-Vásquez R *et al.*²², realizaron un estudio observacional que determinó la asociación de la lactancia materna y las IRAS entre 180 niños menores de 5 años atendidos en un centro de salud de Lima. Los resultados revelaron una prevalencia de IRAS del 56,1% y de lactancia materna exclusiva del 51,7%. Se identificó la lactancia materna exclusiva (OR:1,8, IC del 95%:1,4-2,5) calendario de vacunas (OR:1,5, IC del 95%:1,1-1,9) y prematuridad (OR:5,1, IC del 95%:0,8-33,1) se asociaron con mayor prevalencia de IRAS.

2.2 BASES TEÓRICAS

La leche materna humana

Históricamente, la leche materna se consideraba estéril y la colonización bacteriana se atribuía a la contaminación de la leche después de la extracción o a la infección de la glándula mamaria²³. La inclusión de medios de cultivo nuevos y más específicos, así como pruebas anaerobias, permitió el aislamiento de bacterias del ácido láctico, incluidas varias especies de *Lactobacillus*, además de la identificación de una amplia gama de microbiota, desde *Veillonella* y *Prevotella*, otras bacterias Gram-negativas, como *Pseudomonas*, y otras bacterias del ácido láctico, como *Enterococcus* y *Weissella*²⁴. Estos géneros están presentes de manera ubicua en la leche materna de mujeres sanas lactantes. La carga bacteriana de la leche humana se ha estimado en aproximadamente 10^6 células/mL, lo que indica que “un bebé amamantado que se alimenta con 800 mL de leche por día ingiere entre 10^7 y 10^8 células bacterianas al día”. Recientemente, se detectaron varias levaduras y hongos en leche materna de madres sanas, lo que sugiere que esta podría participar en la formación del microbioma infantil²⁵.

La colonización microbiana infantil temprana es esencial para el desarrollo metabólico e inmunológico infantil²⁶. Las alteraciones en este proceso pueden estar asociadas con aberraciones que conducen a un mayor riesgo de desarrollar patologías en un futuro (como enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, enfermedad celíaca, atopia, entre otras)²⁷. En este período crucial, la LM juega un papel importante, ya que proporciona a los bebés nutrientes y microbios durante la lactancia que ayudan a formar la microbiota intestinal, lo que puede explicar algunas de las diferencias entre los bebés alimentados con leche materna exclusiva y los alimentados con fórmula durante los primeros meses de vida²⁸.

Lactancia materna

La lactancia materna es ampliamente reconocida como la mejor práctica de alimentación para el desarrollo infantil temprano. Durante los dos primeros

años de vida de un niño, la lactancia materna puede tener un impacto positivo en los resultados de salud a corto y largo plazo²⁹.

La OMS recomienda que todos los bebés tengan una LME de al menos 6 meses. Según la OMS, la lactancia materna exclusiva significa que el lactante reciba sólo leche materna y ningún otro líquido o sólido, ni siquiera agua, excepto soluciones de rehidratación oral o gotas/jarabes de vitaminas, minerales o medicamentos. Las bajas tasas de adopción de la lactancia materna exclusiva tienden a afectar la morbilidad infantil. Sin embargo, cuando se administra correctamente, puede reducir la morbilidad y la mortalidad por diarrea y neumonía. Además, fortalece el vínculo entre madre e hijo, y crea una futura generación superior.

La lactancia materna puede transmitir una serie de enfermedades transmisibles, como el VIH, la hepatitis, citomegalovirus, el HTLV1, el Ébola, el Zika y los virus Flavi³⁰. La OMS ha proporcionado una lista de infecciones en las que la lactancia materna puede estar contraindicada o requerir un tratamiento específico. Sin embargo, debido a las ventajas de amamantar, en muchos casos, particularmente en comunidades de escasos recursos, los beneficios de amamantar pueden superar los riesgos inherentes al uso de fórmula.

Lactancia materna e IRAS

Existen numerosos componentes bioactivos de la leche materna que contribuyen a la actividad inmunológica general de la leche materna, incluidos anticuerpos, agentes antiinfecciosos no específicos, probióticos y glóbulos blancos, inhibidores de la actividad microbiológica, bacterias probióticas y factores prebióticos, y células humanas, leucocitos y linfocitos^{31,32}. Estos componentes de la leche materna brindan el mecanismo de protección contra infecciones, particularmente en los primeros meses y durante todo el período de lactancia¹⁸.

El microbioma del bebé es importante para el desarrollo del sistema inmunitario, el sistema nervioso y el crecimiento³³. Más adelante en la vida, el microbioma tiene un papel importante en la reducción de enfermedades

crónicas y la prevención de la obesidad³⁴. La lactancia materna tiene un papel muy importante en el establecimiento de un microbioma saludable³⁵. Si se administran antibióticos para tratar infecciones, especialmente si se administran repetidamente, esto puede cambiar el microbioma. La disbiosis del microbioma se asocia con muchas afecciones agudas y crónicas³⁶.

Se ha establecido una asociación entre la microbiota de la leche humana y la del intestino del lactante³⁷. Más recientemente, ha surgido evidencia de un vínculo entre el microbioma de la leche materna y la colonización de la nasofaringe infantil³⁸.

Los bebés amamantados tienen una mayor prevalencia de *Corynebacterium* y *Dolosigranulum*, un miembro recientemente reconocido de la familia de bacterias del ácido láctico, generalmente considerado como contribuyente a un microbiota saludable. Por el contrario, los lactantes alimentados con fórmula tenían menos *Staphylococcus*, *Prevotella* y *Veillonella*, bacterias anaerobias, recientemente asociadas con un mayor riesgo de otitis media³⁹.

También se ha revelado que la lactancia materna confiere protección contra la incidencia y la gravedad de las IRAS, particularmente en los nacidos prematuramente, así como el posterior desarrollo de sibilancias recurrentes⁴⁰. La ingesta de leche humana con todos sus constituyentes inmunomoduladores puede contribuir a la protección contra la aparición y las consecuencias de las IRAS ya sea mejorando o "madurando" de manera no específica el sistema inmunitario del lactante receptor. Sin embargo, parece claro que el grado, o la exclusividad, de la lactancia materna puede afectar el resultado de las enfermedades agudas, si no la tasa de infección absoluta.

Los bebés que son amamantados tienen una ventaja inmunológica en comparación con los bebés alimentados con fórmula, como lo demuestra tanto la menor incidencia de infecciones durante la infancia como la menor propensión a una serie de afecciones a largo plazo, que incluyen sibilancias crónicas y/o asma¹⁷. Estas ventajas indican un vínculo biológico entre una madre y su bebé a través de los factores suministrados en la leche. Si bien la

transferencia de una serie de factores en la leche humana, incluidas las inmunoglobulinas, la lactoferrina y los oligosacáridos, brinda protección pasiva al lactante receptor, se puede especular que las alteraciones en la propensión a la enfermedad de sibilancias crónicas se deben más probablemente a factores capaces de modular el desarrollo de la enfermedad. el sistema inmunológico infantil⁴¹.

La lactancia materna exclusiva reduce la duración de la hospitalización, el riesgo de insuficiencia respiratoria y la necesidad de oxígeno suplementario en lactantes hospitalizados por IRAS⁴². Estas disminuciones en la gravedad de la enfermedad se correlacionan con la disminución de la concentración de quimiocinas en las vías respiratorias, la expresión de marcadores de activación y el infiltrado celular inflamatorio en lactantes amamantados exclusivamente pero no parcialmente⁴³. Se necesitan estudios de exclusividad que planteen, si la dosis temporal de inmunomoduladores de la leche humana o, por el contrario, la exposición a los componentes de la leche de fórmula son clave para evitar las IRAS en lactantes. Por el contrario, la duración de la lactancia independientemente del tiempo transcurrido desde el cese se ha asociado con una menor duración de las IRAS en paralelo con una débil asociación negativa con la concentración en las vías respiratorias de la quimiocina de neutrófilos IL-8⁴⁴.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Infecciones respiratorias agudas

Toda infección que compromete una o más estructuras del tracto respiratorio con una duración menor de 14 días^{45,46}.

Lactancia materna

Acción de alimentar a un bebé con leche humana¹⁵.

Características de la madre

Cualidades relacionadas con la madre y el periodo maternal¹⁵.

Características del lactante

Cualidades del recién nacido¹⁵.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

- Hi: La lactancia materna se relaciona con la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.
- Ho: La lactancia materna no se relaciona con la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.

3.1.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICA

- Hi1: La lactancia materna exclusiva se relaciona con la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.
- Ho1: La lactancia materna exclusiva no se relaciona con la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.
- Hi2: La lactancia materna artificial se relaciona con la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.
- Ho2: La lactancia materna artificial no se relaciona con la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.
- Hi3: La lactancia materna mixta se relaciona con la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.
- Ho3: La lactancia materna mixta no se relaciona con la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.

2.5 VARIABLES

Variable 1

Lactancia materna

Indicadores

- Lactancia materna exclusiva
- Lactancia materna artificial
- Lactancia materna mixta

Variable 2

Infecciones respiratorias agudas

Indicadores

- Presencia
- Síntomas informados
- Diagnóstico
- Gravedad
- Hospitalización

Variables secundarias

- Características de la madre
 - Edad
 - Origen étnico
 - Nivel de instrucción
 - Antecedentes de asma
 - Madre fumadora
- Características del lactante
 - Edad gestacional
 - Sexo
 - Peso al nacer

2.6 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Nivel de medición	Instrumento
Infecciones respiratorias agudas	Toda infección que compromete una o más estructuras del tracto respiratorio con una duración menor de 14 días ^{45,46} .	Lactante menor de seis meses con cualquier síntoma respiratorio como secreción nasal, sibilancias asociadas a tos con o sin fiebre según su registro médico.	Presencia	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Cualitativa Dicotómica Nominal	Ficha de recolección de datos
			Otros síntomas informados	<ul style="list-style-type: none"> - Aleteo nasal - Congestión nasal - Rinorrea - Retracción de la pared torácica - Estertores - Ronquidos 	Cualitativa Politómica Nominal	Ficha de recolección de datos
			Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - Faringitis aguda - Rinofaringitis aguda - Amigdalitis aguda - Rinitis alérgica - Bronquitis aguda - Influenza - Resfriado común - Bronquiolitis - Otro 	Cualitativa Politómica Nominal	Ficha de recolección de datos
			Gravedad	<ul style="list-style-type: none"> - Leve - Moderada - Severa 	Cualitativa Politómica Nominal	Ficha de recolección de datos

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Nivel de medición	Instrumento
			Hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Cualitativa Politómica Nominal	Ficha de recolección de datos
Características de la madre	Calidades relacionadas con la madre y el periodo maternal ¹⁵ .	Características de la madre del lactante menor de seis meses según su registro médico.	Edad	-	Cuantitativa De razón	Ficha de recolección de datos
			Origen étnico	<ul style="list-style-type: none"> - Afrodescendiente - Mestizo - Blanco 	Cualitativa Politómica Nominal	Ficha de recolección de datos
			Nivel de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> - Sabe leer y escribir - Primaria - Secundaria - Superior técnico - Superior universitario 	Cualitativa Politómica Ordinal	Ficha de recolección de datos
			Antecedentes de asma	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Cualitativa Dicotómica Nominal	Ficha de recolección de datos
			Madre fumadora	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Cualitativa Dicotómica Nominal	Ficha de recolección de datos

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Nivel de medición	Instrumento
Características del lactante	Cualidades del recién nacido ¹⁵ .	Características del lactante menor de seis meses según su registro médico.	Edad gestacional	<ul style="list-style-type: none"> - Pretérmino (<37 semanas) - A término (entre las 37 y 41 semanas) - Postérmino (≥41 semanas) 	Cualitativa Politémica Ordinal	Ficha de recolección de datos
			Sexo	<ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino 	Cualitativa Dicotómica Nominal	Ficha de recolección de datos
			Peso al nacer	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo peso al nacer (<2500 gramos) - Peso adecuado (2500-3999 gramos) - Macrosómico (≥4000 gramos) 	Cualitativa Politémica Ordinal	Ficha de recolección de datos
Lactancia materna	Acción de alimentar a un bebé con leche humana ¹⁵ .	Niño menor de seis meses que se encuentre recibiendo lactancia materna según sus registros médicos.	Tipo	<ul style="list-style-type: none"> - Lactancia materna exclusiva - Lactancia materna artificial - Lactancia materna mixta 	Cualitativa Politémica Nominal	Ficha de recolección de datos

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se plantea un estudio observacional de tipo transversal.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Se investigó la relación entre la lactancia materna y la presencia de IRAS en lactantes a través de un estudio de nivel correlacional.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población es el conjunto de individuos de los que se extrae una muestra estadística para un estudio⁴⁷. En este estudio la población está conformada por todos los niños menores de seis meses que son atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente de enero a diciembre del año 2021, haciendo un total de 328 lactantes.

Criterios de inclusión para grupo 1

- Lactantes menores de seis meses de ambos sexos.
- Lactantes con criterios diagnósticos de IRAS según lo establecido.

Criterios de inclusión para grupo 2

- Lactantes menores de seis meses de ambos sexos.
- Lactantes sin criterios diagnósticos de IRAS según lo establecido.

Criterios de exclusión para grupo 1 y grupo 2

- Lactantes menores de seis meses con afecciones médicas crónicas.
- Lactantes con alimentación complementaria antes de los seis meses
- Lactantes hijos de madres VIH positiva.
- Lactantes con registros médicos incompletos.

Muestra

Para el cálculo de la muestra se tuvo en cuenta un nivel de confianza del 95%, razón de probabilidad según literatura previa¹⁰ del 32% y un error de estimación del 5%.

$$n = \frac{K^2 p q N}{E^2 (N-1) + K^2 p q}$$

Donde,

K = nivel de confianza del 95%

p = razón de probabilidad según literatura previa¹⁰ del 32%

q = 1-p = 68%

N = población de 328 lactantes atendidos en el centro de estudio

E = error de estimación del 5%

n = tamaño muestral calculado

Por lo tanto, según el cálculo se determinó un tamaño muestral de 166 lactantes necesarios para este estudio.

Muestreo

Se realizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple. Es decir, se organizó en una lista las historias clínicas de los niños menores de seis años y se fue escogiendo cada dos registros médicos hasta completar la muestra. De elegir una historia clínica que no cumpla con los criterios de elegibilidad, se siguió el orden establecido a fin de cumplir con el tamaño muestral determinado.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Esta investigación necesitó de una ficha de recolección de datos como instrumento para recolectar los datos necesarios. Dicha ficha fue realizada por el investigador tras la revisión bibliográfica y sometida a juicio de expertos a fin de confirmar su validez. Este instrumento fue compartido en cuatro secciones que evaluó las variables del estudio.

Las características tanto de la madre fueron registradas en la primera sección del instrumento donde se incluyó información relacionada con la edad, origen étnico, nivel de instrucción, antecedentes de asma e historia de tabaquismo de la madre del lactante. En la segunda sección se registró información relacionada con el lactante menor de seis meses incluyendo la edad

gestacional, sexo y peso al nacer, datos que serán recolectados de los registros médicos del mismo.

La tercera sección se registró información relacionada con la lactancia materna en el niño menor de seis meses. Se consideró como *lactancia materna exclusiva* a aquellos niños que fueron amamantados exclusivamente, es decir, que no habían recibido fórmula o alimentos distintos de la leche materna, como *lactancia materna artificial* a aquellos niños alimentados exclusivamente con fórmula, y como *lactancia materna mixta* a aquellos niños amamantados, pero no exclusivamente, es decir, recibieron leche materna y también fórmula.

Por último, en la cuarta sección del instrumento se recogió información relacionada con la presencia de IRAS en el lactante menor de seis meses. En esta sección se inició registrando la presencia de alguna IRA durante los seis primeros meses de vida del niño teniendo una respuesta dicotómica. De ser negativa, se omitió la resolución de los siguientes ítems. Entre la información que también se recolectó fueron incluidos otros síntomas informados, diagnóstico, gravedad y requerimiento de hospitalización en el lactante enfermo por alguna IRA. La hospitalización se definió como la admisión a cualquier establecimiento de salud, es decir, centro de salud comunal u hospital durante los primeros seis meses de vida por sospecha de IRA.

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron recolectados mediante un análisis documental como técnica de colección de información para este estudio. La información fue rescatada de los registros médicos de los lactantes que cumplan con los criterios de elegibilidad para este estudio.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El análisis estadístico se realizó utilizando el software SPSS versión 25.0. Las variables continuas fueron analizadas a través de medias y desviaciones estándar (DE), en el análisis descriptivo, mientras que las variables categóricas fueron analizadas mediante frecuencias y porcentajes. Se realizó el análisis bivariado para comparar la relación entre la lactancia materna y la

presencia de IRAS a través de Chi-Cuadrado o la prueba exacta de Fisher según corresponda. Los análisis estadísticos se realizaron dentro de un intervalo de confianza del 95% tomando un valor p menor de 0.05 como estadísticamente significativo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio recibió la aprobación del CIEI-UPSJB para su ejecución (Constancia N° 653–2022–CIEI–UPSJB). Debido al diseño retrospectivo de la investigación, se renunció al consentimiento informado. Sin embargo, al tratarse de información que debe manejarse con suma confidencialidad, este estudio manejó claves y contraseñas para evitar la identificación de los participantes.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Tabla 1. Características de las madres de los niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.

Características maternas	N [^]	%
Edad materna		27,26 ± 10,23 años
Origen étnico		
Afrodescendiente	1	0,60%
Mestizo	165	99,40%
Blanco	0	0,00%
Nivel de instrucción		
Sabe leer y escribir	1	0,60%
Primaria	15	9,04%
Secundaria	114	68,67%
Superior técnico	28	16,87%
Superior universitario	8	4,82%
Antecedente personal de asma		
Si	23	13,86%
No	143	86,14%
Madre fumadora		
Si	0	0,00%
No	166	100,00%

[^] Total de 166 madres de lactantes menores de seis meses.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Se recolectaron los datos de 166 historias clínicas de pacientes atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente. La edad media de las madres de los lactantes se calculó en 27,26 ± 10,23 años. Casi todas las madres eran mestizas (99,40%; n=165) y tenían nivel de instrucción secundaria (66,67%; n=114). El 13,86% (n=23) de las madres tenía antecedente personal de asma. Ninguna de las madres de los lactantes era fumadora (Tabla 1).

Tabla 2. Características de los niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.

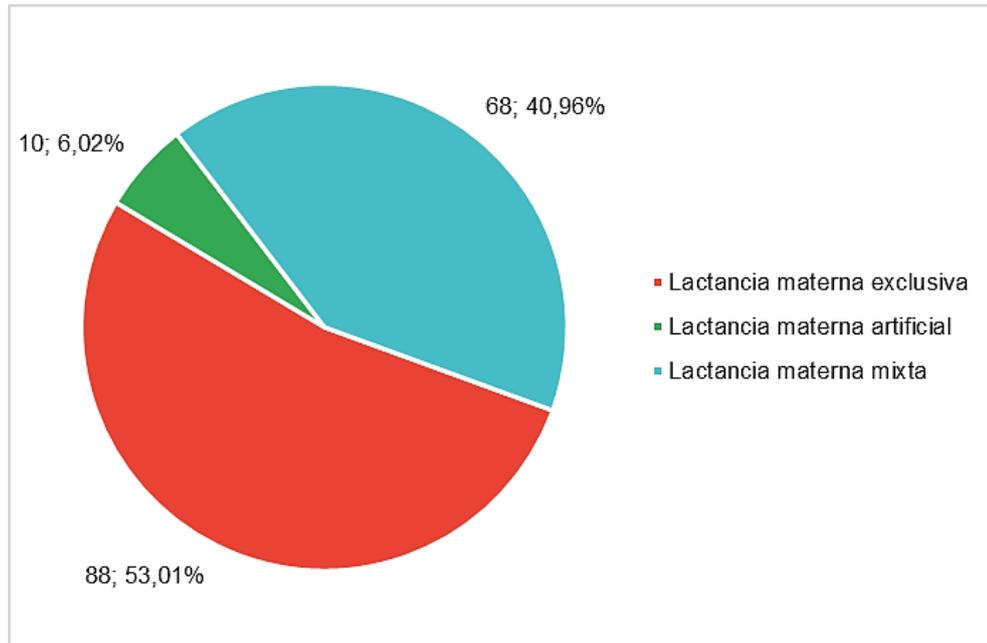
Características del lactante	N [^]	%
Edad gestacional		
Pretérmino (<37 semanas)	9	5,42%
A término (entre las 37 y 41 semanas)	157	94,58%
Postérmino (≥41 semanas)	0	0,00%
Sexo		
Femenino	91	54,82%
Masculino	75	45,18%
Peso al nacer		
Bajo peso al nacer (<2500 gramos)	30	18,07%
Peso adecuado (2500-3999 gramos)	124	74,70%
Macrosómico (≥4000 gramos)	12	7,23%

[^] Total de 166 lactantes menores de seis meses.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Del total de niños, el 94,58% (n=157) tenía una edad gestacional a término. Poco más de la mitad de los lactantes era femenino (54,82%; n=91). El bajo peso al nacer se informó en el 18,07% (n=30) (Tabla 2).

Figura 1. Tipos de lactancia materna entre los niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: La Figura 1 muestra que el 53,01% (n=88) de los niños menores de seis meses presentaron lactancia materna exclusiva. La lactancia materna mixta se informó en el 40,96% (n=68), mientras que la lactancia materna artificial se reportó en el 6,02% (n=10).

Tabla 3. Síntomas de IRAS informados entre los niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente, 2021.

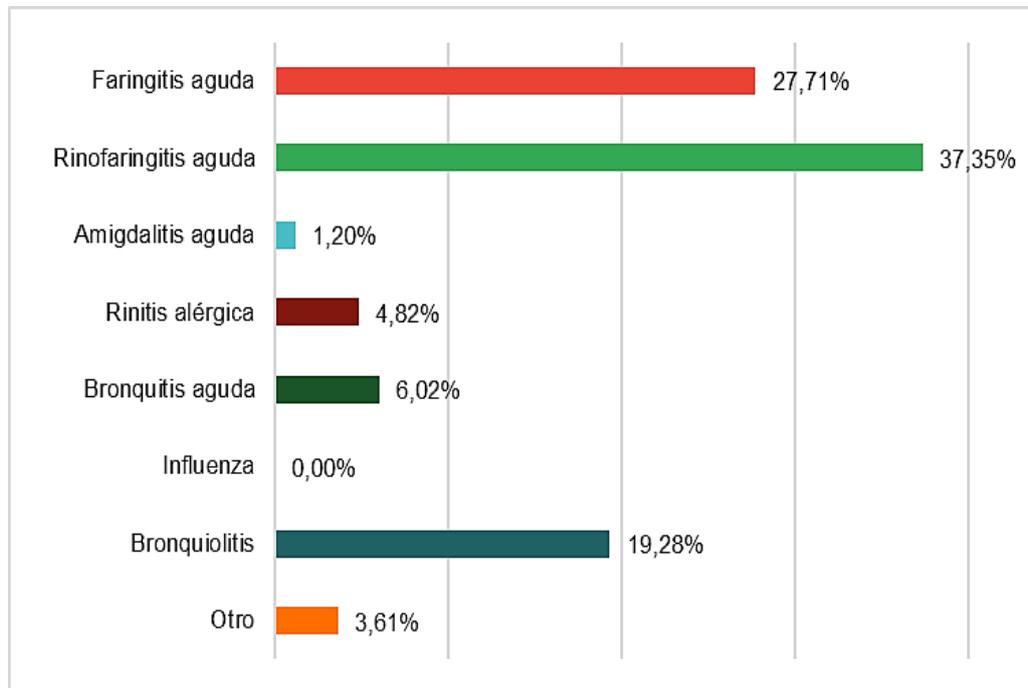
Síntomas informados	N [^]	%
Aleteo nasal	7	8,43%
Congestión nasal	30	36,14%
Rinorrea	23	27,71%
Retracción de la pared torácica	6	7,23%
Estertores	7	8,43%
Ronquidos	10	12,05%

[^] Total de 83 lactantes menores de seis meses con IRAS.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Entre los 83 lactantes con IRAS estudiados, la congestión nasal (36,14%; n=30) y rinorrea (27,71%; n=23) fueron los síntomas respiratorios informados con mayor frecuencia. La presencia de ronquidos y aleteo nasal se informó en el 12,05% (n=10) y 8,43% (n=7) de los niños respectivamente (Tabla 3).

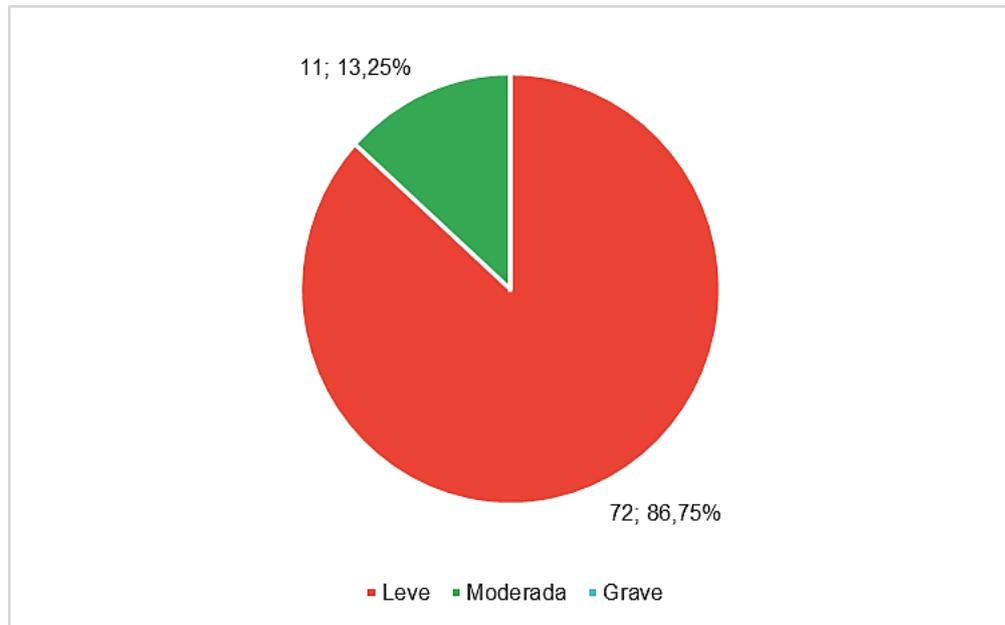
Figura 2. Diagnósticos de IRAS informados entre los niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente, 2021.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Este estudio involucró un total de 166 lactantes menores de seis meses, de los cuales 83 (50%) fueron los casos quienes presentaron IRAS. La Figura 2 muestra los diagnósticos de IRAS más frecuentes en este grupo de lactantes donde la rinofaringitis aguda predominó (37,35%; n=31). Seguidamente se informó faringitis aguda (27,71%; n=23), bronquiolitis (19,28%; n=16) y bronquitis aguda (6,02%; n=5).

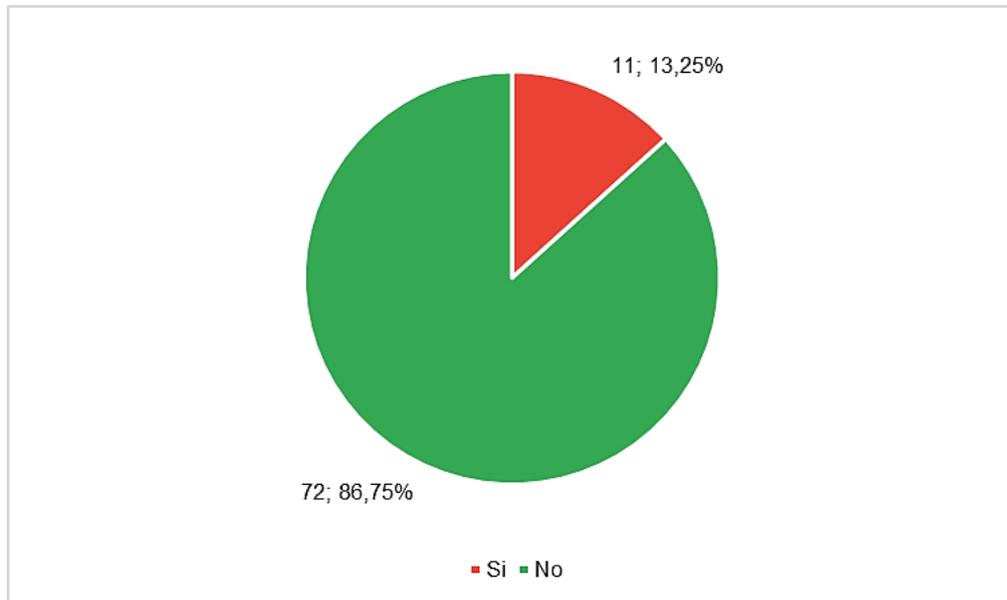
Figura 3. Gravedad de IRAS informados entre los niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente, 2021.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Entre los 83 niños que presentaron IRAS, el 86,75% (n=72) presentó una IRA leve y un 13,25% (n=11) una IRA moderada. Ningún lactante informó IRA grave (Figura 3).

Figura 4. Antecedente de hospitalizaciones debido a IRAS informados entre los niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la Figura 4 se observa que el 86,75% (m=72) de los niños menores de seis meses que presentaron IRAS reportó antecedentes de hospitalizaciones previas debido a este diagnóstico. En tanto, solo once niños (13,25%) no informaron dichos antecedentes.

Tabla 4. Relación entre la lactancia materna y la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.

Lactancia materna	IRAS				valor <i>p</i> *
	Si		No		
	N (=83)	%	N (=83)	%	
Lactancia materna artificial	10	12.05%	0	0.00%	
Lactancia materna exclusiva	6	7.23%	82	98.80%	<0,001
Lactancia materna mixta	67	80.72%	1	1.20%	

IRAS: infecciones respiratorias agudas.

* Valor de significancia establecido en valor $p < 0,05$.

Interpretación: En la Tabla 4 se observa que de los 166 lactantes que fueron incluidos en el estudio, se dividieron dos grupos con la misma cantidad niños con o sin IRAS. En tanto, entre los que si presentaron IRAS predominó la lactancia materna mixta en el 80,72% (n=67). Mientras que, entre aquellos que no presentaron IRAS predominó la lactancia materna exclusiva (98,8%; n=82). El análisis bivariado determinó que la lactancia materna se asoció significativamente con la presencia de IRAS entre los lactantes menores de seis meses ($p<0,001$).

Tabla 5. Lactancia materna exclusiva y presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.

IRAS	Lactancia materna exclusiva		
	N (=6)	%	valor p^*
Diagnóstico			
Faringitis aguda	0	0,00%	0,091
Rinofaringitis aguda	5	83,33%	
Amigdalitis aguda	0	0,00%	
Rinitis alérgica	0	0,00%	
Bronquitis aguda	0	0,00%	
Influenza	0	0,00%	
Bronquiolitis	0	0,00%	
Otro	1	16,67%	
Gravedad			
Leve	5	83,33%	0,011
Moderada	1	16,67%	
Grave	0	0,00%	
Antecedente de hospitalización por IRAS anterior			
Si	1	16,67%	0,089
No	5	83,33%	

IRAS: infecciones respiratorias agudas.

* Valor de significancia establecido en valor $p<0,05$.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Un total de 6 lactantes que presentaron IRAS fueron amamantados con lactancia materna exclusiva. Entre ellos predominó el diagnóstico de rinofaringitis aguda leve en el 83,33% (n=5). Solo 1 lactante presentó antecedente de hospitalización por IRA anterior (16,67%). El análisis inferencial determinó asociación significativa entre la gravedad de las IRAS con la lactancia materna exclusiva ($p=0,011$) (Tabla 5).

Tabla 6. Lactancia materna artificial y presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.

IRAS	Lactancia materna artificial		
	N (=10)	%	valor p^*
Diagnóstico			
Faringitis aguda	0	0,00%	
Rinofaringitis aguda	1	10,00%	
Amigdalitis aguda	0	0,00%	
Rinitis alérgica	2	20,00%	0,057
Bronquitis aguda	2	20,00%	
Influenza	0	0,00%	
Bronquiolitis	4	40,00%	
Otro	1	10,00%	
Gravedad			
Leve	5	50,00%	
Moderada	5	50,00%	<0,001
Grave	0	0,00%	
Antecedente de hospitalización por IRAS anterior			
Si	5	50,00%	<0,001
No	5	50,00%	

IRAS: infecciones respiratorias agudas.

* Valor de significancia establecido en valor $p<0,05$.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Un total de 10 lactantes que informó IRA presentó lactancia materna artificial. Entre ellos predominó el diagnóstico de bronquiolitis (40%; n=4), seguido de la rinitis alérgica y bronquitis aguda (20%; n=2). La gravedad de las IRAS se distribuyó simétricamente en leve y moderado (50%; n=5). En tanto, 5 lactantes informaron antecedentes de hospitalización por IRAS anteriores (50%; n=5). El análisis inferencial determinó que la gravedad y antecedentes de hospitalización se asocian significativamente con la lactancia materna artificial entre los niños ($p < 0,05$) (Tabla 6).

Tabla 7. Lactancia materna mixta y presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.

IRAS	Lactancia materna mixta		
	N (=67)	%	valor p^*
Diagnóstico			
Faringitis aguda	23	34,33%	
Rinofaringitis aguda	25	37,31%	
Amigdalitis aguda	1	1,49%	
Rinitis alérgica	2	2,99%	0,001
Bronquitis aguda	3	4,48%	
Influenza	0	0,00%	
Bronquiolitis	12	17,91%	
Otro	1	1,49%	
Gravedad			
Leve	62	92,54%	
Moderada	5	7,46%	<0,001
Grave	0	0,00%	
Antecedente de hospitalización por IRAS anterior			
Si	5	7,46%	<0,001
No	62	92,54%	

IRAS: infecciones respiratorias agudas.

* Valor de significancia establecido en valor $p < 0,05$.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Un total de 67 lactantes que presentaron IRAS informaron lactancia materna mixta. Entre ellos predominó el diagnóstico de rinofaringitis aguda (37,31%; n=25) seguido de la faringitis aguda (34,44%; n=23) y bronquiolitis (17,91%; n=12). Casi todos los lactantes presentaron IRAS leves (92,54%; n=62). Solo 5 lactantes reportaron antecedentes de hospitalización por IRAS anteriores (7,46%). El análisis inferencial determinó que el diagnóstico, la gravedad y antecedentes de hospitalización se asocian significativamente con la lactancia materna mixta entre los niños ($p < 0,05$) (Tabla 7).

4.2 DISCUSIÓN

Este es un estudio correlacional que buscó establecer la relación entre la lactancia materna y la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021. Las características de las madres de los lactantes se distribuyeron uniformemente donde la edad media materna fue $27,26 \pm 10,23$ años y la mayoría era mestiza, tenía grado de instrucción secundaria y no era asmática. En tanto, los lactantes, en su mayoría, eran niñas a término con peso adecuado al nacer.

Estudios previos han informado sobre la importancia de la lactancia materna para reducir la morbimortalidad por IRAS^{17,21}. En este estudio, el 53,01% de los niños fueron amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses de vida. Sin embargo, se ha observado que las madres pueden introducir productos que no sean leche materna en la dieta y luego volver a la lactancia materna exclusiva⁴⁸. Por tanto, la frecuencia de lactancia materna mixta en este estudio prevaleció en el 40,96% de los lactantes. La consideración de un enfoque más estándar para la lactancia materna exclusiva (definir estrictamente a los niños amamantados exclusivamente como aquellos que no recibieron ningún elemento que no sea leche materna en su dieta hasta los seis meses) dio como resultado que la mayoría de los niños cayeran en el grupo de lactancia materna mixta. Por esa razón, se

decidió evaluar la asociación de los tipos de lactancia materna con la presencia de IRAS entre los niños menores de seis meses.

La lactancia materna exclusiva reveló significación con gravedad de las IRAS al igual que la lactancia artificial ($p < 0,05$). En tanto, el 83,33% de los lactantes amamantados exclusivamente con leche materna presentó rinofaringitis. Mientras que, la bronquiolitis predominó en el 40% de los lactantes con IRAS que fueron amantados con lactancia artificial. Estos hallazgos son consistentes con un estudio estadounidense donde se halló que la lactancia materna exclusiva y artificial entre las edades de 3 a 6 meses protege contra las IRAS con fiebre categorizada como una IRA grave²⁰. Incluso, dicho estudio reportó un hallazgo inesperado informando que la lactancia materna a partir de los 6 meses de edad protegía contra la conjuntivitis, la traqueítis y laringitis concurrentes²⁰.

La hipótesis de este estudio es que la aparente asociación positiva entre la lactancia materna y las IRAS puede no representar una verdadera relación causal. Sin embargo, la evidencia sugiere que la relación entre la lactancia materna exclusiva con las enfermedades respiratorias en los recién nacidos es netamente protectora^{18,31}. Este no es un descubrimiento sin precedentes ya que, según un metanálisis publicado en 2015, la evidencia acumulada respalda que la lactancia materna protege contra las IRAS hasta los 2 años de edad⁴⁹. Los mecanismos potenciales por los cuales la lactancia materna exclusiva puede proteger contra las IRAS incluyen las propiedades inmunoestimulantes de la leche materna¹¹. Los hallazgos refuerzan la importancia de la lactancia materna exclusiva como método para prevenir las IRAS en la primera infancia.

El antecedente de hospitalización por IRAS anteriores también se asoció significativamente con los tipos de lactancia materna artificial y mixta ($p < 0,05$). Esto puede explicarse dado que un niño que ha sido hospitalizado puede tener más probabilidades de estar expuesto a patógenos respiratorios mientras esté hospitalizado y ser más susceptible a IRAS³⁹.

Estos hallazgos confirman informes anteriores sobre la relación entre la lactancia materna y las IRAS en lactantes menores de seis meses. Sin embargo, queda pendiente evaluar el papel potencial protector de la leche materna frente a las IRAS, muy a parte del valor nutricional que aporta al niño. Estos resultados resaltan la necesidad de una educación continua de los proveedores de salud comunitarios en apoyo de la lactancia materna y el manejo óptimo de casos de IRA infantil en el Centro Materno Infantil San Vicente.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- La lactancia materna se asocia significativamente con la presencia de IRAS entre los niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.
- En tanto, la gravedad leve de las IRAS se asoció con la lactancia materna exclusiva entre los niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.
- Los niños menores de seis meses amamantados con lactancia materna artificial se asocian con mayor gravedad y antecedentes de hospitalización por IRAS atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.
- Se ha demostrado que la lactancia materna mixta se asocia con el diagnóstico y gravedad de IRAS, así como con el antecedente de hospitalización debido a estas en los niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.

5.4 RECOMENDACIONES

- Si bien se ha logrado establecer una asociación significativa entre la lactancia materna y la presencia de IRAS, se requiere de una exploración exhaustiva sobre los mecanismos detrás de los beneficios para la salud de la lactancia materna en los niños amamantados.
- Estos resultados deben ser sopesados por las familias en el contexto de sus propias habilidades y deseos en lo que respecta a la lactancia materna, ayudando a informar su proceso de toma de decisiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meskill SD, O'Bryant SC. Respiratory Virus Co-infection in Acute Respiratory Infections in Children. *Curr Infect Dis Rep.* 2020;22(1):1-8.
2. Morikawa S, Hiroi S, Kase T. Detection of respiratory viruses in gargle specimens of healthy children. *J Clin Virol.* 2015;64:59-63.
3. Li Y, Pillai P, Miyake F, Nair H. The role of viral co-infections in the severity of acute respiratory infections among children infected with respiratory syncytial virus (RSV): A systematic review and meta-analysis. *J Glob Health.* 2020;10(1):1-15.
4. Hammond A, Halliday A, Thornton H V., Hay AD. Predisposing factors to acquisition of acute respiratory tract infections in the community: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis.* 2021;21(1):1-11.
5. Islam SN, Kamal MM, Rahmatullah R, Saifullah Sadi SK, Ahsan M. Serum zinc levels in children with acute respiratory infections: Association with sociodemography and nutritional status. *Clin Nutr Exp.* 2018;22:11-8.
6. World Health Organization. Breastfeeding [Internet]. 2019 [citado 9 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
7. United Nations International Children's Emergency Fund. Breastfeeding [Internet]. 2021 [citado 9 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/topics/breastfeeding>
8. Organización Panamericana de Salud. Los bebés y las madres del mundo sufren los efectos de la falta de inversión en la lactancia materna [Internet]. Ginebra; 2019 [citado 9 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3850:los-bebes-y-las-madres-del-mundo-sufren-los-efectos-de-la-falta-de-inversion-en-la-lactancia-materna&Itemid=900
9. Ministerio de Salud. Promoción y apoyo a la Lactancia Materna [Internet]. Lima; 2019 [citado 9 de enero de 2022]. p. 50. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4929.pdf>

10. Hanieh S, Ha TT, Simpson JA, Thuy TT, Khuong NC, Thoang DD, et al. Exclusive breast feeding in early infancy reduces the risk of inpatient admission for diarrhea and suspected pneumonia in rural Vietnam: A prospective cohort study Global health. BMC Public Health. 2015;15(1):1-10.
11. Dixon DL. The Role of Human Milk Immunomodulators in Protecting Against Viral Bronchiolitis and Development of Chronic Wheezing Illness. Children. 2015;2(3):289-304.
12. Shofiya D, Sumarmi S, Ahmed F. Nutritional status, family income and early breastfeeding initiation as determinants to successful exclusive breastfeeding. J Public health Res. 2020;9(2):110-2.
13. Williams JE, Carrothers JM, Lackey KA, Beatty NF, York MA, Brooker SL, et al. Human milk microbial community structure is relatively stable and related to variations in macronutrient and micronutrient intakes in healthy lactating women. J Nutr. 2017;147(9):1739-48.
14. Lenehan SM, Boylan GB, Livingstone V, Fogarty L, Twomey DM, Nikolovski J, et al. The impact of short-term predominate breastfeeding on cognitive outcome at 5 years. Acta Paediatr. 2020;109(5):982-8.
15. Couto GR, Dias V, Oliveira I de J. Benefits of exclusive breastfeeding: An integrative review. Nurs Pract Today. 2020;7(4):245-54.
16. del Ciampo LA, del Ciampo IRL. Breastfeeding and the benefits of lactation for women's health. Rev Bras Ginecol e Obstet. 2018;40(6):354-9.
17. Raheem RA, Binns CW, Chih HJ. Protective effects of breastfeeding against acute respiratory tract infections and diarrhoea: Findings of a cohort study. J Paediatr Child Health. 2017;53(3):271-6.
18. Richard SA, McCormick BJJ, Seidman JC, Rasmussen Z, Kosek MN, Rogawski ET, et al. Relationships among common illness symptoms and the protective effect of breastfeeding in early childhood in MAL-ED: An eight-country cohort study. Am J Trop Med Hyg. 2018;98(3):904-12.
19. Oktaria V, Lee KJ, Bines JE, Watts E, Satria CD, Atthobari J, et al.

- Nutritional status, exclusive breastfeeding and management of acute respiratory illness and diarrhea in the first 6 months of life in infants from two regions of Indonesia. *BMC Pediatr.* 2017;17(1):1-10.
20. Frank NM, Lynch KF, Uusitalo U, Yang J, Lönnrot M, Virtanen SM, et al. The relationship between breastfeeding and reported respiratory and gastrointestinal infection rates in young children. *BMC Pediatr.* 2019;19(1):339-45.
 21. Pandolfi E, Gesualdo F, Rizzo C, Carloni E, Villani A, Concato C, et al. Breastfeeding and respiratory infections in the first 6 months of life: A case control study. *Front Pediatr.* 2019;7(4):1-14.
 22. Espinoza-Vásquez R, Zarate-Casachahua Y. Relación entre lactancia materna, esquema de inmunización y desnutrición con las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años del Centro de Salud de Tambillo en el 2014. [Internet]. Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2017. Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/1328>
 23. Jiménez E, De Andrés J, Manrique M, Pareja-Tobes P, Tobes R, Martínez-Blanch JF, et al. Metagenomic analysis of milk of healthy and mastitis-suffering women. *J Hum Lact.* 2015;31(3):406-15.
 24. Fitzstevens JL, Smith KC, Hagadorn JI, Caimano MJ, Matson AP, Brownell EA. Systematic review of the human milk microbiota. *Nutr Clin Pract.* 2017;32(3):354-64.
 25. Boix-Amorós A, Collado MC, Mira A. Relationship between milk microbiota, bacterial load, macronutrients, and human cells during lactation. *Front Microbiol.* 2016;7(5):1-2.
 26. Boix-Amorós A, Martinez-Costa C, Querol A, Collado MC, Mira A. Multiple Approaches Detect the Presence of Fungi in Human Breastmilk Samples from Healthy Mothers. *Sci Rep.* 2017;7(1):14-5.
 27. Panda S, Deb AK, Chawla-Sarkar M, Ramamurthy T, Ganguly S, Pradhan P, et al. Factors associated with diarrhoea in young children and incidence of symptomatic rotavirus infection in rural West Bengal,

- India. *Epidemiol Infect.* 2014;142(9):1848-58.
28. Science M, Savage R, Severini A, McLachlan E, Hughes SL, Arnold C, et al. Measles antibody levels in young infants. *Pediatrics.* 2019;144(6):1-2.
 29. Mina MJ, Metcalf CJE, De Swart RL, Osterhaus ADME, Grenfell BT. Long-term measles-induced immunomodulation increases overall childhood infectious disease mortality. *Science* (80-). 2015;348(6235):694-9.
 30. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016;387(10017):475-90.
 31. Boix-Amorós A, Collado MC, Van't Land B, Calvert A, Le Doare K, Garssen J, et al. Reviewing the evidence on breast milk composition and immunological outcomes. *Nutr Rev.* 2019;77(8):541-56.
 32. Ballard O, Morrow AL. Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors. *Pediatr Clin North Am.* 2018;60(1):49-74.
 33. Gaufin T, Tobin NH, Aldrovandi GM. The importance of the microbiome in pediatrics and pediatric infectious diseases. *Curr Opin Pediatr.* 2018;30(1):117-24.
 34. Tang WHW, Li DY, Hazen SL. Dietary metabolism, the gut microbiome, and heart failure. *Nat Rev Cardiol.* 2019;16(3):137-54.
 35. Dong TS, Gupta A. Influence of Early Life, Diet, and the Environment on the Microbiome. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2019;17(2):231-42.
 36. Cai L, Yu P, Zhang Y, Yang X, Li W, Wang P. Effect of feeding pattern on infant illness in Chinese cities. *Public Health Nutr.* 2016;19(7):1252-9.
 37. Williams JE, Price WJ, Shafii B, Yahvah KM, Bode L, McGuire MA, et al. Relationships among Microbial Communities, Maternal Cells, Oligosaccharides, and Macronutrients in Human Milk. *J Hum Lact.* 2017;33(3):540-51.
 38. Biesbroek G, Bosch AATM, Wang X, Keijser BJJ, Veenhoven RH,

- Sanders EA., et al. The Impact of Breastfeeding on Nasopharyngeal Microbial Communities in Infants. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014;161(2):1-7.
39. Lee MK, Binns C. Breastfeeding and the Risk of Infant Illness in Asia: A Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;17(1):186-90.
 40. Vereen S, Gebretsadik T, Hartert T V., Minton P, Woodward K, Liu Z, et al. Association between breast-feeding and severity of acute viral respiratory tract infection. *Pediatr Infect Dis J.* 2014;33(9):986-8.
 41. Logan CA, Brandt S, Wabitsch M, Brenner H, Wiens F, Stahl B, et al. New approach shows no association between maternal milk fatty acid composition and childhood wheeze or asthma. *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol.* 2017;72(9):1374-83.
 42. Li S, Yue A, Abbey C, Medina A, Shi Y. Breastfeeding and the Risk of Illness among Young Children in Rural China. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(1):136-8.
 43. Quigley M, Embleton ND, McGuire W. Formula versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(6):2020-2.
 44. Karall D, Ndayisaba JP, Heichlinger A, Kiechl-Kohlendorfer U, Stojakovic S, Leitner H, et al. Breast-feeding duration: Early weaning-do we sufficiently consider the risk factors? *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2015;61(5):577-82.
 45. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña. 1.^a ed. Dirección General de Salud de las Personas, editor. Lima; 2006. 57 p.
 46. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Respiratorias Agudas. 1.^a ed. Dirección General de Epidemiología, editor. Lima; 2015. 30 p.
 47. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la Investigación. 6.^a ed. Fernández-Collado C, Baptista-

Lucio P, editores. Bogotá: Mc Graw Hill; 2014. 634 p.

48. Ambikapathi R, Kosek MN, Lee GO, Mahopo C, Patil CL, Maciel BL, et al. How multiple episodes of exclusive breastfeeding impact estimates of exclusive breastfeeding duration: report from the eight-site MAL-ED birth cohort study. *Matern Child Nutr.* 2016;12(4):740-56.
49. Bowatte G, Tham R, Allen K, Tan D, Lau M, Dai X, et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Int J Paediatr.* 2015;104:85-95.

ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

SECCIÓN 1. CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE

1. Edad

_____ años.

2. Origen étnico

- () Afrodescendiente
- () Mestizo
- () Blanco

3. Nivel de instrucción

- () Sabe leer y escribir
- () Primaria
- () Secundaria
- () Superior técnico
- () Superior universitario

4. Antecedentes de asma

- () Si
- () No

5. Madre fumadora

- () Si
- () No

SECCIÓN 2. CARACTERÍSTICAS DEL LACTANTE

1. Edad gestacional

- () Pretérmino (<37 semanas)
- () A término (entre las 37 y 41 semanas)
- () Postérmino (\geq 41 semanas)

2. Sexo

- () Femenino

() Masculino

3. Peso al nacer

() Bajo peso al nacer (<2500 gramos)

() Peso adecuado (2500-3999 gramos)

() Macrosómico (≥4000 gramos)

SECCIÓN 3. LACTANCIA MATERNA

1. Tipo

() Lactancia materna exclusiva

() Lactancia materna artificial

() Lactancia materna mixta

SECCIÓN 4. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

1. Presencia

() Si

() No

2. Otros síntomas informados

() Aleteo nasal

() Congestión nasal

() Rinorrea

() Retracción de la pared torácica

() Estertores

() Ronquidos

3. Diagnóstico

() Faringitis aguda

() Rinofaringitis aguda

() Amigdalitis aguda

() Rinitis alérgica

() Bronquitis aguda

() Influenza

() Bronquiolitis

() Otro

4. Gravedad

- () Leve
- () Moderada
- () Grave

5. Hospitalización

- () Si
- () No

ANEXO 2. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR EXPERTO

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE SEIS MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN VICENTE DURANTE EL AÑO 2021

II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

Apellidos y Nombres del Experto: _____

Cargo e institución donde labora: MG. CORDOVA TELLO JOSÉ LUIS

Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico

Nombre del instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Autor del instrumento: SERVA QUISUROCO JOSUÉ ELISEO

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 -80	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					X
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					X
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre la lactancia materna y su relación con las infecciones respiratorias agudas.					X
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					X
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación entre lactancia materna y las infecciones respiratorias agudas.					X
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					X
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación correlacional.					X

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

APLICABLE

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

92%

Ica, 18 febrero del 2022



Universidad Privada San Juan Bautista
Facultad de Ciencias de la Salud

Mg. JOSÉ LUIS CORDOVA TELLO

Firma del experto
DNI. N°43015650
Teléfono 989376569

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

IX. DATOS GENERALES

LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN VICENTE DURANTE EL AÑO 2021

X. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

Apellidos y Nombres del Experto: Arévalo Vallen, Jorge
 Cargo e institución donde labora: pediatra / CSMI San Vicente
 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 Nombre del instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
 Autor del instrumento: SERVA QUISUROCO JOSUÉ

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					85
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre la lactancia materna y su relación con las infecciones respiratorias agudas.					85
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación entre lactancia materna y las infecciones respiratorias agudas.					85
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación correlacional.					85

XI. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

.....

XII. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

85

Ica, Febrero del 2022


 Dr. Jorge Luis Arévalo Vallen
 MÉDICO PEDIATRA
 CMP 3869 RNE 28341

Firma del experto
 DNI. N° 09409204
 Teléfono 45981800

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

V. DATOS GENERALES

LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE SEIS MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN VICENTE DURANTE EL AÑO 2021

VI. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

Apellidos y Nombres del Experto: MG. ELSI BAZÁN RODRÍGUEZ

Cargo e institución donde labora: DOCENTE EN LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico

Nombre del instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Autor del instrumento: SERVA QUISUROCO JOSUÉ ELISEO

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 -80	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					82%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre la lactancia materna y su relación con las infecciones respiratorias agudas.					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					86%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					81%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación entre lactancia materna y las infecciones respiratorias agudas.					83%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					84%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					88%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación correlacional.					89%

VII. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

APLICA.

VIII. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

85.3%

Ica, 13 de febrero del 2022



Elsi Bazán Rodríguez
COESPE N° 444

Firma del experto
COESPE N. 444

ANEXO 3. MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: SERVA QUISUROCO JOSUE ELISEO

ASESOR: MG. CÓRDOVA TELLO JOSÉ LUIS

LOCAL: ICA

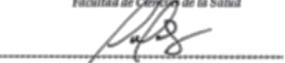
TEMA: LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE SEIS MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN VICENTE DURANTE EL AÑO 2021

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE E INDICADORES
<p>General: PG: ¿Cuál es la relación entre la lactancia materna y la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021? Específicos: PE1: ¿Existe relación entre la lactancia materna exclusiva y la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021? PE2: ¿Existe relación entre la lactancia materna artificial y la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021? PE3: ¿Existe relación entre la lactancia materna mixta y la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021?</p>	<p>General: OG: Establecer la relación entre la lactancia materna y la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021. Específicos: OE1: Identificar la relación entre la lactancia materna exclusiva y la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021. OE2: Determinar la relación entre la lactancia materna artificial y la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021. OE3: Establecer la relación entre la lactancia materna mixta y la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.</p>	<p>General: Hi: La lactancia materna se relaciona con la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021. Ho: La lactancia materna no se relaciona con la presencia de IRAS en niños menores de seis meses atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente durante el año 2021.</p>	<p>Variable 1: LACTANCIA MATERNA Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna exclusiva • Lactancia materna artificial • Lactancia materna mixta <p>Variable 2: IRAS Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel: Correlacional • Tipo de investigación: Observacional de tipo retrospectivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Población: conformada por todos los niños menores de seis meses que son atendidos en el Centro Materno Infantil San Vicente de enero a diciembre del año 2021. • N= 328 • Criterios de inclusión para grupo 1: Lactantes menores de seis meses de ambos sexos. Lactantes con criterios diagnósticos de IRAS según lo establecido. • Criterios de inclusión para grupo 2: Lactantes menores de seis meses de ambos sexos. Lactantes sin criterios diagnósticos de IRAS según lo establecido. • Criterios de exclusión para grupo 1 y 2: Lactantes menores de seis meses con afecciones médicas crónicas. Lactantes con alimentación complementaria antes de los seis meses. Lactantes hijos de madres VIH positiva. Lactantes con registros médicos incompletos. • N= 166 (población objetiva) • Muestreo: Probabilístico (aleatorio simple) 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica: Análisis documental • Instrumento: Ficha de recolección de datos



Universidad Privada San Juan Bautista
Facultad de Ciencias de la Salud



Mg. JOSÉ LUIS CORDOVA TELLO

MG. CÓRDOVA TELLO JOSÉ LUIS
ASESOR



Elsi Bazán Rodríguez
COESPE N° 444

MC. ELSI BAZAN RODRIGUEZ
ESTADÍSTICO



Dr. Jorge Luis Arevalo Vallés
MÉDICO PEDIATRA
CMP 38892 RNE 26341

DR. JORGE LUIS AREVALO VALLES
MÉDICO PEDIATRA

ANEXO 4. APROBACIÓN ÉTICA DE CIEI-UPSJB



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y RESPONSABILIDAD SOCIAL

CONSTANCIA N° 653-2022- CIEI-UPSJB

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Privada San Juan Bautista SAC, deja constancia que el Proyecto de Investigación detallado a continuación fue **APROBADO** por el CIEI:

Código de Registro: **N°653-2022-CIEI-UPSJB**

Título del Proyecto: **“LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE SEIS MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN VICENTE DURANTE EL AÑO 2021”**

Investigador (a) Principal: **SERVA QUISUROCO, JOSUE ELISEO**

El Comité Institucional de Ética en Investigación, considera que el proyecto de investigación cumple los lineamientos y estándares académicos, científicos y éticos de la UPSJB. De acuerdo a ello, el (la) investigador (a) se compromete a respetar las normas y principios de acuerdo al Código de Ética En Investigación del Vicerrectorado de Investigación y Responsabilidad Social.

La aprobación tiene vigencia por un período efectivo de **un año** hasta el **06/05/2023**. De requerirse una renovación, el (la) investigador (a) principal realizará un nuevo proceso de revisión al CIEI al menos un mes previo a la fecha de expiración.

Como investigador (a) principal, es su deber contactar oportunamente al CIEI ante cualquier cambio al protocolo aprobado que podría ser considerado en una enmienda al presente proyecto.

Finalmente, el (la) investigador (a) debe responder a las solicitudes de seguimiento al proyecto que el CIEI pueda solicitar y deberá informar al CIEI sobre la culminación del estudio de acuerdo a los reglamentos establecidos.

Lima, 06 de mayo de 2022.




Mg. Juan Antonio Flores Tumba
Presidente del Comité Institucional
de Ética en Investigación

www.upsjb.edu.pe

CHORRILLOS
Av. José Antonio Lavalle N°
302-304 (Ex Hacienda Villa)

SAN BORJA
Av. San Luis 1923 – 1925 – 1931

ICA
Carretera Panamericana Sur
Ex km 300 La Angostura,
Subtanjalla

CHINCHA
Calle Albilla 108 Urbanización
Las Viñas (Ex Toche)

CENTRAL TELEFÓNICA: (01) 748 2888