

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
ESCUELA DE POSGRADO**



**ASOCIACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y
DERMATITIS ATÓPICA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA
DE UN HOSPITAL DE ICA, 2018-2020**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN:
SALUD PÚBLICA**

**PRESENTADO POR EL BACHILLER
JESUS ANDREE NEYRA LEON**

LIMA – PERÚ

2026

**ASOCIACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y
DERMATITIS ATÓPICA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA
DE UN HOSPITAL DE ICA, 2018-2020**

ASESOR

Glenn Alberto Lozano Zanelly
ORCID: 0000-0002-7866-5243

BACHILLER

Jesus Andree Neyra Leon
ORCID: 0000-0001-9366-0611

MIEMBROS DEL JURADO

Dra. María Victoria Lizarbe Castro

Presidente

Dr. Federico Martin Malpartida Quispe

Secretario

Mtra. Martha Liz Diaz Miranda

Vocal

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD PÚBLICA**

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres, abuelos y hermana por todo el apoyo brindado.

A mi maestro, Dr. Glenn Lozano, sin su valiosa guía nada de esto sería posible.

A mi casa de estudios, por todo el apoyo brindado.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a mi familia y maestros; por todo el apoyo brindado durante la realización de la presente tesis.

ÍNDICE

PORTADA.....	I
TÍTULO	II
ASESOR Y TESISISTA.....	III
MIEMBROS DEL JURADO.....	IV
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
ÍNDICE.....	VIII
INFORME ANTIPLAGIO.....	XI
RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT.....	XV
INTRODUCCIÓN.....	XVI
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	1
1.1.1 Formulación del problema	3
1.1.2 Problema general	3
1.1.3 Problemas específicos	4
1.2 Objetivos de la investigación	4
1.2.1 Objetivo general	4
1.2.2 Objetivos específicos	4
1.3 Justificación e importancia de la investigación	4
1.4 Limitaciones de la investigación	6
1.5 Delimitación de área de investigación	6


CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes de la investigación	8
2.2 Bases teóricas	16
2.3 Marco conceptual	26
2.4 Formulación de la hipótesis	28
2.4.1 Hipótesis general.....	28
2.4.2 Hipótesis específicas.....	28
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	30
3.1 Diseño metodológico	30
3.1.1 Tipo de investigación.....	30
3.1.2 Nivel de investigación.....	30
3.1.3 Diseño	30
3.1.4 Método	30
3.2 Población y muestra	31
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
3.3.1 Técnicas.....	32
3.3.2 Instrumento	32
3.4 Técnicas para el procesamiento de la información.....	34
3.5 Aspectos éticos	34
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	36
4.1 Resultados	36
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..	39
5.1 Discusión.....	39
5.2 Conclusiones.....	41
5.3 Recomendaciones.....	42

FUENTES DE INFORMACIÓN	43
ANEXOS	52
ANEXO N° 1: Operacionalización de variables	53
ANEXO N° 2: Matriz de consistencia	54
ANEXO N° 3: Ficha de recolección de datos	56
ANEXO N° 4: Carta de aceptación de la institución en donde se ejecutó la investigación	57
ANEXO N° 5: Carta de aprobación de Comité de Ética Institucional Universidad Privada San Juan Bautista	59
ANEXO N° 6: Validación de expertos instrumento de investigación	60
ANEXO N° 7: Características de la población pediátrica	66
ANEXO N° 8: Evidencias de aplicación de instrumento de investigación	67

INFORME ANTIPLAGIO

Jesus Andree Neyra Leon

**TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN_FINAL_MAESTRIA_JESUS_NEYRA_LEON ...**

 Subida de Tesis

Document Details

Submission ID

trn:oid::3117:563817342

Submission Date

Mar 4, 2026, 11:05 PM GMT-5

Download Date

Mar 4, 2026, 11:19 PM GMT-5

File Name

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN_FINAL_MAESTRIA_JESUS_NEYRA_LEON V.4 (1).docx

File Size

2.7 MB

85 Pages

13,069 Words

80,308 Characters

12% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.




Filtered from the Report

- Bibliography
- Quoted Text
- Small Matches (less than 15 words)

Exclusions

- 22 Excluded Matches

Top Sources

- 10%  Internet sources
- 7%  Publications
- 10%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

*% detected as AI

AI detection includes the possibility of false positives. Although some text in this submission is likely AI generated, scores below the 20% threshold are not surfaced because they have a higher likelihood of false positives.

Caution: Review required.

It is essential to understand the limitations of AI detection before making decisions about a student's work. We encourage you to learn more about Turnitin's AI detection capabilities before using the tool.

Disclaimer

Our AI writing assessment is designed to help educators identify text that might be prepared by a generative AI tool. Our AI writing assessment may not always be accurate (it may misidentify writing that is likely human generated as AI generated and likely AI generated as human generated) so it should not be used as the sole basis for adverse actions against a student. It takes further scrutiny and human judgment in conjunction with an organization's application of its specific academic policies to determine whether any academic misconduct has occurred.

Frequently Asked Questions

How should I interpret Turnitin's AI writing percentage and false positives?

The percentage shown in the AI writing report is the amount of qualifying text within the submission that Turnitin's AI writing detection model determines was likely AI-generated text from a large-language model.

False positives (incorrectly flagging human-written text as AI-generated) are a possibility in AI models.

AI detection scores under 20%, which we do not surface in reports, have a higher likelihood of false positives. To reduce the likelihood of misinterpretation, no score or highlights are attributed and are indicated with an asterisk in the report (*%).

The AI writing percentage should not be the sole basis to determine whether misconduct has occurred. The reviewer/instructor should use the percentage as a means to start a formative conversation with their student and/or use it to examine the submitted assignment in accordance with their school's policies.

What does 'qualifying text' mean?

Our model only processes qualifying text in the form of long-form writing. Long-form writing means individual sentences contained in paragraphs that make up a longer piece of written work, such as an essay, a dissertation, or an article, etc. Qualifying text that has been determined to be likely AI-generated will be highlighted in cyan in the submission.

Non-qualifying text, such as bullet points, annotated bibliographies, etc., will not be processed and can create disparity between the submission highlights and the percentage shown.



RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre lactancia materna exclusiva y la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica. **Materiales y métodos:** La investigación fue no experimental, cuantitativa, nivel relacional, diseño transversal, dirigido a una población a una muestra de 150 pacientes pediátricos. **Resultados:** Se incluyeron 150 pacientes de población pediátrica, el 44.7% (n=67) de 13 a 36 meses, el 57.3% (n=86) pertenecían al sexo femenino, el 59.3% (n=89) eran de procedencia urbana. Asimismo, se pudo observar que existe relación entre la lactancia materna y la dermatitis atópica ($p=0.013$). En el análisis de los factores epidemiológicos, se encontró que la dermatitis estuvo asociada a la edad ($p=0.004$), sexo ($p=0.047$) y procedencia ($p=0.035$). De igual forma estuvo asociada factores clínicos como piel seca ($p=0.011$), antecedente de atopia (0.022) y tipo de parto ($p=0.044$). **Conclusión:** Se puede concluir que la dermatitis atópica se asocia con la lactancia materna, asimismo, influyen en su presencia los factores epidemiológicos edad, sexo y la procedencia; también los factores clínicos piel seca, tener antecedente de atopia y el tipo de parto.

Palabras clave: dermatitis atópica, lactancia, pediatría

ABSTRACT

Objective: To determine the association between exclusive breastfeeding and atopic dermatitis in the pediatric population of a hospital in Ica. **Materials and methods:** The research had a quantitative approach, relational level, non-experimental, cross-sectional design, aimed at a population with a sample of 150 patients. **Results:** 150 patients from the pediatric population were included, 44.7% (n=67) from 13 to 36 months, 57.3% (n=86) were female, 59.3% (n=89) were from urban origin. Likewise, it was observed that there is a relationship between breastfeeding and atopic dermatitis ($p=0.013$). In the analysis of epidemiological factors, it was found that dermatitis was associated with age ($p=0.004$), sex ($p=0.047$) and origin ($p=0.035$). Likewise, clinical factors such as dry skin ($p=0.011$), history of atopy ($p=0.022$) and type of delivery ($p=0.044$) were associated. **Conclusion:** It can be concluded that atopic dermatitis is associated with breastfeeding; its presence is also influenced by epidemiological factors such as age, sex and origin. Also, the clinical factors are dry skin, having a history of atopy and the type of delivery.

Keywords: atopic dermatitis, breastfeeding, pediatrics

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica (DA) constituye uno de los trastornos inflamatorios crónicos más frecuentes de la piel en lactantes y niños, con posibilidad de persistir hasta la edad adulta. Se estima que afecta entre el 25 y 30 % de los bebés y aproximadamente al 10 % de los adultos en países desarrollados, mostrando una tendencia creciente en los países en desarrollo debido a la urbanización, los cambios ambientales y los nuevos estilos de vida^{1,2}. La DA se caracteriza por una disfunción de la barrera epidérmica y una respuesta inmunológica alterada, en la cual intervienen factores genéticos, ambientales y microbiológicos^{3,4}.

A pesar de no ser una enfermedad mortal, la DA representa un problema relevante de salud pública, ya que afecta la calidad de vida del paciente y su familia, generando alteraciones físicas, emocionales y económicas considerables^{5,6}. Los niños con dermatitis atópica severa presentan un mayor riesgo de desarrollar insomnio, ansiedad, depresión y trastornos de la conducta como el déficit de atención e hiperactividad⁷. El impacto económico también es significativo: se estima que los costos directos anuales asociados al tratamiento y control de la DA ascienden a casi cinco mil millones de dólares, principalmente por gastos en medicamentos, hospitalizaciones y ausentismo escolar o laboral.

Diversos estudios han sugerido que la lactancia materna exclusiva (LME) puede desempeñar un papel protector frente a la aparición de enfermedades alérgicas, incluida la dermatitis atópica^{8,9}. La leche materna contiene factores inmunológicos que fortalecen la barrera intestinal y modulan la respuesta inmune del lactante, reduciendo la sensibilización alérgica durante los primeros meses de vida^{10,11}. Sin embargo, la evidencia disponible aún es heterogénea, observándose resultados contradictorios en diferentes contextos poblacionales y culturales^{12,13}.

En el Perú, la promoción de la lactancia materna exclusiva constituye una política prioritaria dentro de las estrategias nacionales de salud infantil; sin embargo, la prevalencia de dermatitis atópica en menores de dos años sigue mostrando una tendencia al alza, especialmente en zonas urbanas¹⁴. Esta situación plantea la necesidad de analizar la posible relación entre la LME y la presencia de dermatitis atópica en lactantes, con el propósito de generar evidencia local que permita diseñar estrategias preventivas eficaces y orientar adecuadamente a las madres en el cuidado de la salud de sus hijos.

Por tanto, el presente estudio tiene como finalidad determinar la relación entre la lactancia materna exclusiva y la presencia de dermatitis atópica, contribuyendo con información científica que sustente intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades alérgicas en la población infantil.

Asimismo, el trabajo se estructura en cinco capítulos: el Capítulo I presenta el planteamiento y formulación del problema; el Capítulo II aborda los antecedentes internacionales, nacionales y las bases teóricas; el Capítulo III describe la metodología de la investigación, las técnicas e instrumentos utilizados; el Capítulo IV muestra los resultados y la discusión; y el Capítulo V incluye las conclusiones y recomendaciones derivadas de los hallazgos obtenidos.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

En primer lugar, la dermatitis atópica, también conocida como eccema atópico, se presenta como una de las patologías más frecuentes del tejido epitelial, afectando aproximadamente entre el 15 % y 25 % de la población infantil. Desde el punto de vista clínico, se caracteriza por la presencia de lesiones pruriginosas, eccema sobre piel seca y un inicio predominante durante los primeros años de vida. Asimismo, uno de sus signos característicos es la denominada “mancha atópica”, la cual se manifiesta con enrojecimiento cutáneo y una intensa sensación de picor intensificada. Cabe destacar que su presencia temprana puede predecir el desarrollo de problemas alérgicos posteriores¹⁵.

Por otro lado, alrededor del 80 % de los casos de dermatitis atópica se presentan antes de los cinco años de edad. Si bien es cierto que, en la mayoría de los casos, la enfermedad tiende a desaparecer con el transcurso de los años, no obstante, un porcentaje considerable puede presentar recurrencias espontáneas que se extienden hasta la adolescencia. En cuanto a la distribución de las lesiones, en los bebés los signos se localizan principalmente en el área de las mejillas, mientras que en niños de mayor edad se presentan con mayor frecuencia en las articulaciones, pliegues cutáneos, dorso de las manos y cuero cabelludo¹⁶.

En el ámbito epidemiológico, la Investigación Internacional del Asma y Alergias en la Infancia (ISAAC) identificó que más del 25 % de los niños en más de 80 países han presentado episodios de esta patología. De manera preocupante, los países en vías de desarrollo concentran los mayores niveles de afectación. Sin embargo, a nivel nacional, las investigaciones son escasas; una realizada en el Instituto Nacional de

Salud del Niño (INSN) reportó una prevalencia que oscila entre el 12 % y 18 %¹⁷.

En otro orden de ideas, la lactancia materna exclusiva constituye un componente fundamental en el desarrollo integral del ser humano. En este sentido, representa un aporte esencial para la alimentación infantil, contribuyendo de manera significativa al crecimiento y desarrollo óptimos del niño. Además, es considerada un alimento completo y suficiente, el cual debe ser proporcionado durante los primeros seis meses de vida. En términos conceptuales, la lactancia materna exclusiva implica que el lactante reciba únicamente leche materna, sin la adición de otros líquidos o sólidos, ni siquiera agua, permitiéndose únicamente la administración de medicamentos en gotas, jarabes o soluciones prescritas por personal de salud calificado¹⁸.

Dicho de otro modo, la lactancia materna exclusiva se define como la alimentación del bebé exclusivamente con leche materna, sin ningún otro complemento alimenticio, lo que resulta esencial para el fortalecimiento del sistema inmunológico durante los primeros meses de vida¹⁹.

En relación con la evidencia científica, la asociación entre la lactancia materna y el desarrollo de enfermedades alérgicas, particularmente la dermatitis atópica, ha sido analizada en diversos estudios internacionales. En efecto, se ha identificado que la lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida reduce significativamente el riesgo de desarrollar dermatitis atópica. A modo de ejemplo, una investigación realizada en Europa, que incluyó a más de 17 000 madres y sus hijos, evidenció una reducción del 45 % en la presencia de esta enfermedad en comparación con aquellos niños que no recibieron lactancia exclusiva²⁰.

De manera similar, estudios realizados en Asia demostraron que las madres que practicaron la lactancia materna durante al menos cuatro meses durante la primera infancia brindaron una protección significativa frente al desarrollo de dermatitis atópica, reduciendo considerablemente el riesgo de su aparición⁸.

En el contexto peruano, el riesgo se incrementa debido a las bajas tasas de lactancia materna exclusiva, especialmente en la población urbana, donde solo seis de cada diez niños la reciben. Esta situación se ve agravada por factores como el alto costo de vida, el abandono temprano de la lactancia, problemas sociales y el conocimiento deficiente sobre sus beneficios. Como consecuencia, se genera un incremento significativo del gasto público, asociado a la demanda de recursos sanitarios necesarios para el tratamiento de esta patología. Además, la evolución de la dermatitis atópica resulta difícil de predecir, ya que se caracteriza por episodios recurrentes de exacerbación y remisión, con un comportamiento variable entre los individuos que la padecen.

En función de lo expuesto, se evidencia la necesidad de evaluar la relación entre la lactancia materna exclusiva y la presencia de dermatitis atópica, así como de caracterizar a las madres, con el propósito de fomentar cambios favorables en las prácticas de lactancia materna y contribuir a la reducción de la incidencia de esta enfermedad.

1.1.1 Formulación del problema

1.1.2 Problema general

- ¿Cuál es la asociación entre lactancia materna exclusiva y la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica, 2018-2020?

1.1.3 Problemas específicos

- ¿Cuál es la asociación entre los factores epidemiológicos y la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica, 2018-2020?
- ¿Cuál es la asociación entre los factores clínicos y la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica, 2018-2020?

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

- Evaluar la asociación entre lactancia materna exclusiva y la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica, 2018-2020.

1.2.2 Objetivos específicos

- Analizar la asociación entre los factores epidemiológicos y la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica, 2018-2020.
- Evaluar la asociación entre los factores clínicos y la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica, 2018-2020.

1.3 Justificación e importancia de la investigación

La presencia de dermatitis atópica durante la primera infancia presenta una frecuencia considerable, especialmente en los países en vías de desarrollo, como el Perú, lo que la convierte en un problema relevante de salud pública. A esta situación se suma la progresiva reducción de la lactancia materna exclusiva, lo cual incrementa el riesgo latente de aparición y persistencia de esta patología en la población infantil.

Desde el punto de vista teórico, el presente estudio resulta fundamental, ya que contribuye a ampliar el conocimiento científico sobre la dermatitis atópica y su asociación con la lactancia materna exclusiva. En este sentido, la recopilación de información permitirá generar evidencia que sustente la formulación de medidas de salud pública más eficientes, orientadas a la reducción de la incidencia de esta enfermedad.

En el ámbito práctico, la investigación permitirá establecer lineamientos y protocolos más eficaces para el diagnóstico y la atención oportuna de la dermatitis atópica. Asimismo, contribuirá a sensibilizar a la población materna sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva como una estrategia preventiva clave, favoreciendo la reducción del riesgo de enfermedades alérgicas en etapas posteriores de la vida. De igual manera, los resultados servirán como base para el diseño de programas de capacitación dirigidos a promover la lactancia materna, incrementar su frecuencia y prevenir las posibles complicaciones asociadas a la ausencia de esta práctica esencial para el desarrollo humano.

Desde la perspectiva social y económica, el estudio beneficiará directamente a la población que acude al establecimiento de salud participante en la investigación, al promover acciones preventivas que contribuyan a la disminución de enfermedades alérgicas. Como consecuencia, se espera una reducción de los costos asociados al tratamiento de estas patologías, así como el fortalecimiento de una cultura preventiva en la comunidad.

Finalmente, desde el punto de vista metodológico, el estudio aporta un modelo de investigación aplicable al contexto local, al proponer un diseño analítico que permite evaluar la asociación entre una práctica preventiva, como la lactancia materna exclusiva, y una enfermedad

multifactorial como la dermatitis atópica. Este enfoque metodológico posibilita la integración de variables clínicas y epidemiológicas dentro de un marco científico riguroso, generando evidencia empírica relevante para futuras investigaciones en salud pública y para la toma de decisiones basadas en datos. Además, servirá como referencia para el desarrollo de estudios correlacionales similares en otros establecimientos de salud del país, fortaleciendo la investigación aplicada en el ámbito materno-infantil.

1.4 Limitaciones de la investigación

El tiempo disponible para la ejecución del estudio constituyó una limitación, debido a la necesidad de ajustarse a un cronograma previamente establecido, condicionado por los plazos de presentación de informes preliminares y del informe final. No obstante, para minimizar el impacto de esta restricción, se elaboró un cronograma detallado de actividades que permitió organizar de manera sistemática cada una de las etapas del proceso de investigación, incluyendo la recolección, el procesamiento y el análisis de los datos, asegurando así el cumplimiento de los tiempos establecidos.

Asimismo, el uso de información de fuente secundaria pudo generar la presencia de sesgos derivados de registros incompletos o con dificultades de legibilidad. Ante esta situación, se aplicaron criterios de control de calidad de los datos, procediéndose a excluir aquellos registros que presentaban información incompleta, inconsistente o ilegible, con el fin de garantizar la validez y confiabilidad de los resultados obtenidos.

1.5 Delimitación de área de investigación

1.5.1 Delimitación espacial o geográfica

Se desarrolló en el hospital Regional de Ica ubicado en Av. Prolongación Ayabaca s/n (camino a Huacachina) 11004 Ica

1.5.2 Delimitación temporal

Elaboración y ejecución en 2023 – 2024

1.5.3 Delimitación social

Abarcó pacientes de sexo femenino y sus menores hijos atendidos en el hospital regional de Ica

1.5.4 Delimitación conceptual

Abarcó conceptos de lactancia materna y dermatitis atópica.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Wang²¹, realizó su investigación titulada: Exploración del rol de la lactancia materna, antibióticos y ambientes interiores en dermatitis atópica de preescolares mediante machine learning, China-2025; Con el objetivo de investigar la asociación entre lactancia materna exclusiva, uso temprano de antibióticos, factores ambientales interiores y dermatitis atópica en preescolares. Corresponde a un estudio observacional retrospectivo en el cual se empleó algoritmos de machine learning. Se evaluó exclusividad y duración de lactancia materna, uso de antibióticos durante primer año de vida y factores ambientales interiores. En sus resultados encontraron que la duración de lactancia materna exclusiva y exposición a antibióticos constituyeron factores moduladores significativos en desarrollo de dermatitis atópica. Se identificó compleja interacción entre estos factores, donde la protección conferida por lactancia materna dependía de exposición a antibióticos y condiciones ambientales específicas. Concluyendo que la lactancia materna exclusiva durante primeros meses de vida ejerce efecto protector contra dermatitis atópica en preescolares, particularmente cuando se combina con exposición limitada a antibióticos y ambientes higiénicos controlados, sugiriendo que la hipótesis de higiene es relevante en la patogénesis de esta enfermedad.

Du²². Realizó su trabajo titulado: Microbiota intestinal y metabolitos plasmáticos en madres embarazadas y dermatitis atópica infantil: estudio multi-ómico, China-2025. Con el objetivo de determinar la asociación entre microbiota intestinal materna, metabolitos y factores de virulencia bacteriana con dermatitis atópica en lactantes. Fue un estudio observacional prospectivo multi-ómico en 63 parejas madre-lactante. Se

analizaron metagenómica shotgun, metabolómica de heces y plasma materno durante embarazo. Diagnóstico de dermatitis atópica por pediatras especializados. Encontrando que 21 lactantes (33,3%) desarrollaron dermatitis atópica. La diversidad microbiana materna fue significativamente mayor en grupo sano (Shannon $p=0,024$). Microorganismos productores de ácidos grasos de cadena corta (Faecalibacterium, Roseburia, Ruminococcus) se enriquecieron en grupo sano (LDA >2 , $p<0,05$). Ácidos linoleicos y flavonoides plasmáticos mostraron asociación negativa con dermatitis atópica (FDR $<0,05$). Concluyendo que el microbiota intestinal materna y metabolitos plasmáticos durante embarazo impactan en patogénesis de dermatitis atópica infantil. Microorganismos productores de ácidos grasos de cadena corta ejercen efecto protector, sugiriendo que intervenciones dietéticas maternas prenatales podrían prevenir dermatitis atópica infantil.

Barman²³, en su estudio titulado: Ácidos grasos de cadena corta en plasma de lactantes y leche materna en relación con sensibilización y enfermedad atópica posterior, Suecia-2024; tuvo el objetivo de investigar la relación entre ácidos grasos de cadena corta (AGCC) en plasma infantil, leche materna y plasma materno, y su asociación con sensibilización y enfermedad atópica. Estudio de cohorte prospectivo (Cohorte NICE) con 148 pares madre-lactante. Se midieron concentraciones de 9 AGCC en plasma infantil, plasma materno y leche materna a los 4 meses. Se evaluó eczema atópico, alergia alimentaria y sensibilización a los 12 meses. Se encontró que los lactantes sensibilizados a los 12 meses presentaban concentraciones significativamente más bajas de AGCC en plasma a los 4 meses (ácido caproico $p<0,001$). Eczema atópico se asoció con ácido acético bajo ($p=0,003$) y succínico ($p=0,03$). Alergia alimentaria se asoció con ácido acético ($p=0,04$) y succínico ($p=0,03$) bajos. Mayores niveles de ácido fórmico, succínico y caproico se asociaron con menor sensibilización

(OR 0,41; 0,19; 0,25 respectivamente). Concluyendo que las concentraciones bajas de AGCC en plasma infantil a los 4 meses se asocian con mayor riesgo de sensibilización y enfermedad atópica al año, sugiriendo papel inmunomodulador de AGCC en desarrollo de tolerancia inmune.

Mohamed²⁴; en su investigación: Lactancia materna exclusiva: Impacto en salud infantil, Sudán (2023); tuvo el objetivo de investigar el impacto de lactancia materna exclusiva en resultados de salud infantil, examinando incidencia de enfermedades comunes, alergias y desnutrición. Se realizó un estudio transversal retrospectivo basado en comunidad con 150 madres y lactantes (0-12 meses) que asistían a centros de inmunización. Se evaluó práctica de lactancia materna exclusiva, incidencia de enfermedades e indicadores de crecimiento. El 98,1% (101/103) de lactantes con lactancia materna exclusiva no presentó alergias versus 59,6% (28/47) sin lactancia materna exclusiva ($p=0,00$). Ningún lactante con lactancia materna exclusiva presentó dermatitis atópica (0/103) comparado con 12,8% (6/47) del grupo sin lactancia materna exclusiva. Neumonía: 28,2% (29/103) con lactancia materna exclusiva versus 74,5% (35/47) sin lactancia materna exclusiva ($p=0,00$). Otitis media: 1,9% (2/103) versus 70,2% (33/47) ($p=0,00$). Hospitalización: 19,4% versus 44,7% ($p=0,00$). Concluyendo que la lactancia materna exclusiva demuestra impacto protector significativo contra diversas enfermedades, incluyendo alergias y dermatitis atópica, mejorando sustancialmente los resultados de salud infantil.

Pantazi²⁵, realizó su estudio titulado: Relación entre microbiota intestinal en lactancia y alergias en niños: Revisión literaria, Rumania/Multinacional (2023). Con el objetivo de sintetizar la comprensión actual sobre desarrollo de microbiota intestinal en niños, su impacto a largo plazo en salud y relación entre disbiosis y enfermedades

alérgicas. Revisión sistemática de literatura que analizó múltiples estudios observacionales e intervencionales sobre microbiota intestinal pediátrica y enfermedades alérgicas. Se identificó que la microbiota intestinal se estabiliza alrededor de los 3 años de edad. Lactancia materna promueve *Bifidobacterium* (microorganismo beneficioso). Suplementación con prebióticos redujo riesgo de dermatitis atópica en 50% versus placebo. Disbiosis se asocia con menor biodiversidad microbiana y sobreabundancia de Firmicutes. Niños con alergias presentan menor diversidad microbiana intestinal. Concluyendo que la microbiota intestinal juega papel vital en desarrollo y manifestación de alergias infantiles. Intervenciones como probióticos, prebióticos, lactancia materna y enfoques dietéticos han mostrado resultados prometedores en prevención y tratamiento de alergias relacionadas con disbiosis intestinal.

Deleuran²⁶. Tratamiento antiinflamatorio sistémico de dermatitis atópica durante concepción, embarazo y lactancia: Consenso de expertos en Europa del Norte, Dinamarca/Multinacional (2023); con el objetivo de desarrollar recomendaciones prácticas para manejo de dermatitis atópica con tratamiento antiinflamatorio sistémico en personas en edad reproductiva. Consenso de expertos mediante método Delphi con participación de 21 individuos (16 dermatólogos, 2 obstetras, 3 pacientes). Se evaluaron 40 declaraciones sobre tratamiento durante preconcepción, embarazo y lactancia. Se alcanzó consenso completo en 32 declaraciones y parcial en 4. Ciclosporina A constituye tratamiento sistémico de primera elección a largo plazo para mujeres preconcepción, embarazo y lactancia. Prednisolona en curso corto es apropiada para brotes agudos. Se debe evitar: inhibidores JAK, metotrexato y micofenolato mofetil en mujeres. Se establecieron períodos de washout específicos por medicamento. Concluyendo que la ciclosporina A es

tratamiento sistémico de primera línea para dermatitis atópica en mujeres durante preconcepción, embarazo y lactancia. Educación del paciente y marco de atención compartida entre dermatólogos y obstetras son vitales para manejo óptimo.

Kong²⁷, en su investigación titulada: Ácidos grasos saturados de cadena larga en leche materna asociados con patogénesis de dermatitis atópica mediante inducción de células linfoides innatas inflamatorias tipo 3, Japón (2021). Con el objetivo de determinar si los ácidos grasos saturados de cadena larga presentes en leche materna, identificados como patrones moleculares asociados a daño (DAMP), se asocian con desarrollo de dermatitis atópica en lactantes. Estudio de cohorte observacional prospectivo con análisis metabolómico no dirigido en madres e hijos durante lactancia materna exclusiva. Se identificaron biomarcadores en leche materna mediante análisis de DAMP. Se utilizó modelo murino para validar mecanismos patogénicos. Se encontró que ácidos grasos saturados de cadena larga se identificaron como biomarcadores DAMP en muestras de leche materna de madres cuyo lactantes desarrollaron dermatitis atópica. En modelos murinos, alimentación con leche de alto contenido en ácidos grasos saturados de cadena larga se asoció con desarrollo de dermatitis atópica. Estos ácidos grasos actuaron como DAMP potentes, iniciando cascadas inflamatorias intestinales mediante proliferación de células linfoides innatas tipo 3 con producción de interleucina-17 e interleucina-22. Concluyendo que la exposición temprana a ácidos grasos saturados de cadena larga en leche materna altera el equilibrio de inmunidad innata intestinal, generando ambiente inflamatorio que constituye potencial factor desencadenante o agravante de dermatitis atópica infantil.

Lin⁹, en su investigación titulada: Lactancia materna en dermatitis atópica: Revisión sistemática, Taiwán (2020). Con el objetivo de evaluar el efecto de lactancia materna en desarrollo de dermatitis atópica mediante revisión sistemática. Se incluyeron 27 estudios en metaanálisis que evaluaron asociación entre lactancia materna exclusiva y dermatitis atópica. Los antecedentes de atopia se asociaron significativamente con presencia de dermatitis atópica. No se encontró asociación definitiva entre lactancia materna y dermatitis atópica. Sin embargo, se identificó cierta evidencia de función protectora de lactancia materna exclusiva, particularmente en poblaciones con historia familiar de atopia. Existe evidencia de un efecto protector de lactancia materna exclusiva contra dermatitis atópica; sin embargo, estos hallazgos deben interpretarse con cautela, siendo necesarias investigaciones adicionales para establecer conclusiones definitivas sobre la magnitud y mecanismos de esta protección.

Al-Adawiyah²⁸, realizó un estudio titulado: Dermatitis atópica, lactancia materna y antecedentes en niños, Irak (2021). Con el objetivo de analizar la presencia de dermatitis atópica, práctica de lactancia materna y antecedentes familiares en población pediátrica. Estudio transversal no experimental en 55 individuos. Se evaluaron características demográficas, tipo de parto, lactancia materna exclusiva, antecedentes familiares de atopia y presencia de dermatitis atópica. El 56,2% de pacientes masculinos presentó síntomas de dermatitis atópica. Los antecedentes de atopia se asociaron significativamente con dermatitis atópica. El tipo de parto natural se asoció con síntomas, mientras que cesárea no mostró asociación. Se encontró relación significativa entre lactancia materna exclusiva y dermatitis atópica ($p < 0,05$). Concluyendo que la dermatitis atópica está influenciada por lactancia materna exclusiva y antecedentes familiares de atopia, mas no por género,

sugiriendo que factores genéticos y nutricionales precoces son determinantes principales en patogénesis de esta enfermedad.

Balas¹², realizó su investigación titulada: Relación entre lactancia materna exclusiva y dermatitis atópica en seguimiento a largo plazo, Grecia (2019), Con el objetivo de determinar la relación entre lactancia materna exclusiva y dermatitis atópica con seguimiento a 6 años. Estudio transversal no experimental en 1.520 niños. Se evaluaron frecuencia de dermatitis atópica, duración de lactancia materna exclusiva, factores socioeconómicos y antecedentes familiares de alergia. La frecuencia de dermatitis atópica fue 20,3%, incrementando a 58,5% a los 6 años de seguimiento. Factores asociados incluyeron nivel socioeconómico elevado ($p < 0,05$) y antecedentes familiares de alergia. No se encontró relación significativa con duración de lactancia; sin embargo, lactancia exclusiva >3 meses se asoció con menor probabilidad de enfermedad crónica. Concluyendo que la lactancia materna exclusiva no previene dermatitis atópica inicial, pero desempeña papel protector en disminución de cronicidad durante infancia, sugiriendo relevancia en modificación del curso natural de la enfermedad.

Maldonado¹⁰, realizó un estudio titulado: Asociación entre lactancia materna exclusiva y dermatitis atópica en un hospital de tercer nivel de atención, Lambayeque, Perú (2019), Con el objetivo de determinar si la lactancia materna exclusiva se asocia a la protección contra el desarrollo de dermatitis atópica en niños menores de siete años atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel en la región Lambayeque. Estudio analítico, retrospectivo, con diseño de casos y controles no pareado. Se incluyeron niños menores de siete años atendidos en consulta externa de los servicios de dermatología y pediatría del Hospital Regional Lambayeque entre junio 2016 y mayo 2018. Se recolectó información de historias clínicas sobre práctica de lactancia materna

exclusiva, edad, sexo, procedencia, antecedentes familiares de atopia, exposición a tabaquismo, tipo de parto y características clínicas de dermatitis atópica. Resultados: Se incluyeron 240 casos diagnosticados con dermatitis atópica y 240 controles sin la enfermedad. La lactancia materna exclusiva presentó una asociación diferencial según presencia de antecedentes familiares de atopia, mostrando efecto protector en ciertos subgrupos. Los antecedentes familiares de atopia, la presencia de piel seca y el tabaquismo parental se asociaron significativamente con dermatitis atópica. La edad promedio de inicio de síntomas fue 18 meses. Concluyendo que en la población pediátrica peruana, la lactancia materna exclusiva, los antecedentes de atopia familiar y los factores ambientales como el tabaquismo parental constituyen elementos importantes en la asociación con dermatitis atópica, observándose interacciones complejas entre estos factores que varían según las características genéticas y ambientales locales.¹¹.

Alegre¹¹, realizó un estudio titulado: Dermatitis atópica, enfermedades del sistema respiratorio y lactancia materna exclusiva en población pediátrica, España (2017). Con el objetivo de evidenciar la presencia de dermatitis atópica, enfermedades del sistema respiratorio y su asociación con lactancia materna exclusiva en niños. Estudio transversal no experimental en 102 niños. Se evaluaron características de lactancia materna exclusiva, presencia de dermatitis atópica y patologías respiratorias (bronquiolitis y asma). Se realizó análisis de asociación entre variables mediante pruebas estadísticas apropiadas. La lactancia materna exclusiva se asoció con presencia de dermatitis atópica ($p < 0,05$) y problemas respiratorios. Se demostró que la práctica de lactancia materna exclusiva actúa como factor protector para ambas patologías, con reducción significativa de incidencia comparada con población sin lactancia exclusiva. Concluyendo que la práctica de lactancia materna exclusiva constituye factor protector importante en

prevención de dermatitis atópica y enfermedades respiratorias como bronquiolitis en población pediátrica, sugiriendo que componentes inmunomoduladores de leche materna generan protección sostenida contra múltiples enfermedades alérgicas e infecciosas.

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Lactancia Materna Exclusiva

La lactancia materna exclusiva constituye una intervención de salud pública fundamental, definida por la Organización Mundial de la Salud como la práctica de alimentar al lactante únicamente con leche materna, sin la adición de ningún otro alimento sólido o líquido, incluidas aguas o bebidas a base de agua, con excepción de medicamentos y suplementos vitamínicos o minerales según sea necesario²⁹.

Esta recomendación se fundamenta en la evidencia científica que demuestra que la leche materna es el alimento óptimo durante los primeros seis meses de vida, conteniendo más de 200 componentes bioactivos que evolucionan dinámicamente para adaptarse a las necesidades del lactante, desde el calostro inicial hasta la leche madura, asegurando un perfil nutricional e inmunológico que ningún alimento sustituto puede replicar completamente^{29,30}.

Desde la perspectiva inmunológica, la lactancia materna exclusiva actúa como vehículo de inmunidad pasiva transferida de la madre al lactante mediante múltiples mecanismos. La leche materna contiene altas concentraciones de inmunoglobulina A secretoria, que recubre las mucosas del tracto gastrointestinal, respiratorio y urogenital, formando una barrera defensiva contra patógenos potenciales. Las concentraciones de esta inmunoglobulina son particularmente elevadas en el calostro, alcanzando concentraciones de 150-300 mg/mL^{29,31}.

Adicionalmente, la leche materna contiene factores antimicrobianos como lactoferrina, lisozima y peroxidasa, sustancias que inhiben el crecimiento de microorganismos patógenos y favorecen el establecimiento de bacterias comensales beneficiosas. Un aporte particularmente relevante lo constituyen los oligosacáridos de la leche materna, particularmente 2-fucosillactosa y lacto-N-neotetraosa, que funcionan como prebióticos selectivos promoviendo el crecimiento de bacterias *Bifidobacterium* y *Bacteroides*, favoreciendo el establecimiento de una microbiota intestinal eubiótica^{21,31}.

La leche materna contiene además células inmunológicas vivas, aproximadamente 1000-10 000 leucocitos por mililitro, principalmente células T, células B, macrófagos y neutrófilos que pueden ser absorbidos por la mucosa intestinal del lactante. Estas células transfieren inmunidad celular y producen citocinas anti-inflamatorias como la interleucina-10, contribuyendo a la modulación del sistema inmunológico neonatal. En particular, la lactancia materna exclusiva facilita el desarrollo apropiado de la respuesta Th1/Th2 mediante la modulación de células T regulatorias en las mucosas intestinales^{21,30}.

Este equilibrio es fundamental para prevenir el desvío inmunológico hacia respuestas Th2 excesivas, que caracteriza a la atopia, definida como la predisposición genética a respuestas IgE mediadas. La programación de la microbiota intestinal por componentes de la leche materna establece dominancia de *Bifidobacteria*, cuya presencia se asocia con reducción de lipopolisacáridos bacterianos y menor activación del receptor tipo toll, mecanismo clave en la prevención de respuestas inflamatorias sistémicas que sustentan enfermedades alérgicas³⁰⁻³².

Las recomendaciones internacionales sostienen que la lactancia materna exclusiva debe mantenerse hasta los seis meses de edad, con posterior introducción gradual de alimentos complementarios mientras

se continúa con la lactancia materna hasta el segundo año de vida o más³¹.

Estudios longitudinales prospectivos han demostrado que lactantes que reciben lactancia materna exclusiva durante al menos seis meses presentan tasas significativamente menores de enfermedades infecciosas, alergias alimentarias, dermatitis atópica y asma en comparación con aquellos alimentados con fórmula infantil desde el inicio^{21,33}.

Esta ventana crítica de establecimiento de la tolerancia oral y maduración inmunológica durante los primeros seis meses constituye una oportunidad fundamental para la prevención primaria de enfermedades atópicas, incluyendo la dermatitis atópica^{21,33}.

2.2.2. Dermatitis Atópica

La dermatitis atópica representa la enfermedad inflamatoria crónica de la piel más común en la edad pediátrica, manifestándose como la expresión cutánea del síndrome atópico, frecuentemente asociada con asma y rinitis alérgica. Se caracteriza por prurito persistente, lesiones eczematosas recurrentes, susceptibilidad a infecciones cutáneas y alteraciones significativas en la calidad de vida de pacientes y cuidadores^{3,32}.

Desde una perspectiva fisiopatológica contemporánea, la dermatitis atópica es considerada una enfermedad heterogénea multifactorial resultante de la interacción entre disfunción de la barrera cutánea, desregulación inmunológica con desvío predominante hacia respuestas Th2 e IL-31, factores genéticos y ambientales^{4,32,34}.

La prevalencia global en población pediátrica oscila entre 15-20%, siendo significativamente más elevada en países desarrollados y contextos urbanos, sugiriendo papel predominante de factores

ambientales como la exposición variable a patógenos y cambios en los patrones de higiene^{7,34}.

La epidemiología de la dermatitis atópica en población pediátrica muestra un pico de incidencia antes de los cinco años de edad, con aproximadamente 60% de los casos desarrollándose antes del primer año de vida, 30% entre uno y cinco años, y solo 10% después de los cinco años. Existe variabilidad geográfica significativa en la prevalencia, con tasas más altas en países de ingresos altos, y prevalencia ligeramente superior en niños varones durante los primeros años de vida^{34,35}.

La distribución anatómica de las lesiones varía según la edad del paciente: en lactantes las lesiones suelen localizarse en cara, cuero cabelludo, manos, pies y áreas de extensión; en preescolares y escolares predominan en pliegues flexurales como antecúbitos y poplíteos, así como en cuello, muñecas y tobillos; mientras que en adolescentes afecta principalmente manos, pies, cara y áreas flexurales, pudiendo afectar también la piel genital^{36,37}.

El diagnóstico de la dermatitis atópica se realiza primordialmente sobre bases clínicas, sin requerir pruebas confirmatorias específicas de laboratorio o imagenología. Los criterios diagnósticos más ampliamente utilizados a nivel internacional son los Criterios Revisados de Hanifin y Rajka y los Criterios del Reino Unido de la UK Working Party^{38,39}.

Los Criterios Revisados de Hanifin y Rajka requieren cuatro criterios mayores: prurito crónico o recurrente, inicio antes de los dos años de edad, historia de sequedad cutánea general e historia de dermatitis en pliegues, junto con tres de veintitrés criterios menores incluyendo xerosis, ictiosis, queratosis pilaris y antecedentes personales de asma o rinitis alérgica^{3,38}.

Los Criterios del Reino Unido constituyen una aproximación más simplificada, requiriendo prurito más tres de cuatro criterios: inicio antes de los dos años de edad, historia de afectación de pliegues flexurales, historia de piel seca general e historia de otra enfermedad atópica^{38,39}.

Desde la perspectiva de la patogénesis, la dermatitis atópica contemporáneamente se entiende como resultado de la convergencia de tres ejes fisiopatológicos principales. En primer lugar, existe disfunción de la barrera cutánea que compromete proteínas estructurales esenciales como filagrina, claudinas y desmosomas, resultando en aumento de permeabilidad transepidérmica³.

Mutaciones en el gen de filagrina se encuentran en 20-50% de pacientes con dermatitis atópica, aunque también se observan en individuos asintomáticos, sugiriendo que la disfunción de barrera es necesaria pero no suficiente. En segundo lugar, existe desregulación inmunológica caracterizada por desvío Th2 con aumento de citocinas pro-alérgicas como interleucina-4, interleucina-5, interleucina-13 e interleucina-31, producidas principalmente por células T CD4+ y eosinófilos^{39,40}.

Particularmente relevante resulta la interleucina-31, que explica el prurito intenso característico de la enfermedad. Existe además déficit de células T regulatorias que contribuye a la perpetuación de la inflamación⁴⁰. En tercer lugar, se observa alteración de la microbiota cutánea con disbiosis caracterizada por predominio de *Staphylococcus aureus*, reducción de bacterias comensales protectoras y alteración del microambiente cutáneo que perpetúa la inflamación crónica^{4,40}.

La dermatitis atópica es influenciada por múltiples factores genéticos y ambientales. La herencia genética es particularmente significativa, con concordancia de 77% en gemelos monocigóticos versus 23% en dicigóticos, indicando importante componente genético aunque con penetrancia moderada^{2,41}.

Sin embargo, la rápida incremento de prevalencia en las últimas décadas sugiere papel predominante de factores ambientales⁴¹. Entre los factores protectores destaca la lactancia materna exclusiva, con múltiples estudios prospectivos que demuestran que esta práctica durante al menos seis meses se asocia con reducción de 30-50% en la incidencia de dermatitis atópica en comparación con alimentación con fórmula infantil desde el inicio^{41,42}.

Adicionalmente, vivir en contextos rurales con mayor contacto con microorganismos ambientales muestra asociación con menores tasas de atopia⁴³. Entre los factores ambientales de riesgo se encuentran la contaminación del aire, especialmente exposición a contaminantes atmosféricos como partículas PM2.5, dióxido de nitrógeno y ozono, asociados con exacerbación de dermatitis atópica e incremento de incidencia^{13,42}.

Los climas fríos y secos, así como cambios estacionales, precipitan exacerbaciones, mientras que el estrés psicosocial durante la gestación e infancia se asocia con mayor incidencia de la enfermedad^{42,44}.

2.2.3. Factores Epidemiológicos y su Asociación con Dermatitis Atópica

La dermatitis atópica en población pediátrica se ve influenciada por múltiples factores epidemiológicos cuya comprensión es fundamental para estratificar el riesgo y orientar intervenciones preventivas.

La edad constituye un determinante crítico, dado que la mayoría de casos inician antes de los cinco años, con particular vulnerabilidad durante la lactancia cuando los mecanismos de barrera cutánea aún están desarrollándose. Los lactantes menores de 12 meses presentan incidencia máxima debido a la inmadurez del sistema inmunológico adaptativo y la relativa permeabilidad de la barrera epidérmica, siendo

esta ventana temporal crítica para la intervención preventiva mediante lactancia materna exclusiva³⁴.

En el grupo etario de 13 a 36 meses, la prevalencia permanece elevada aunque comienzan a emerger signos de tolerancia inmunológica en algunos individuos. Pasados los 36 meses, la incidencia desciende progresivamente, reflejando la maduración del sistema inmunológico y la consolidación de la barrera cutánea, aunque pueden persistir formas moderadas a graves^{3,34}.

El sexo del paciente muestra asociaciones diferenciadas, particularmente durante los primeros años de vida donde los niños varones presentan prevalencia ligeramente superior³⁶. Esta predominancia masculina en infancia temprana se atribuye a diferencias en la maduración inmunológica y en la composición de ácidos grasos de la piel entre géneros. Conforme avanza la edad, las diferencias por sexo tienden a atenuarse, sugiriendo que factores hormonales y socioculturales adquieren relevancia progresiva³⁶.

La procedencia geográfica constituye factor epidemiológico relevante, con prevalencia significativamente mayor en contextos urbanos comparado con rurales. Poblaciones rurales con mayor contacto con microorganismos ambientales y biodiversidad muestran menor incidencia de dermatitis atópica, fenómeno explicado por la hipótesis de la higiene y biodiversidad^{1,30}.

La exposición a contaminación atmosférica, concentración de alérgenos aéreos, humedad relativa reducida y cambios bruscos de temperatura en ambientes urbanos intensifican la susceptibilidad a exacerbaciones. Contextos rurales con menor contaminación favorecen la maduración equilibrada del sistema inmunológico³.

El nivel educativo parental, particularmente el materno, emerge como factor sociodemográfico determinante. Madres con educación superior

demuestran mayor conocimiento sobre factores de riesgo, mejor adherencia a prácticas preventivas como lactancia materna exclusiva prolongada, uso apropiado de emolientes y evitación de irritantes cutáneos³⁶.

El nivel educativo se correlaciona con mejor acceso a atención sanitaria preventiva, diagnóstico temprano y manejo adecuado de exacerbaciones. Educación parental limitada se asocia con mayor vulnerabilidad a prácticas contraproducentes, exposición prolongada a factores irritantes y mayor severidad de manifestaciones clínicas^{5,36}.

2.2.4. Factores Clínicos y su Influencia en Dermatitis Atópica

La xerosis o sequedad cutánea constituye característica fundamental de la dermatitis atópica, resultante de la disfunción de la barrera epidérmica. Se caracteriza por reducción de contenido lipídico, aumento de permeabilidad transepidérmica y compromiso de la homeostasis hídrica cutánea⁴⁰.

La xerosis no es meramente una manifestación superficial sino mecanismo activo que perpetúa la inflamación al facilitar penetración de irritantes y alérgenos. Su presencia constituye factor diagnóstico y factor de progresión de severidad, siendo predictora de exacerbaciones frecuentes⁴⁰.

El asma coexiste frecuentemente con dermatitis atópica como expresión del síndrome atópico sistémico. Aproximadamente 30-50% de pacientes pediátricos con dermatitis atópica desarrollan asma. Esta comorbilidad se explica por mecanismos inmunológicos comunes, particularmente desvío Th2 persistente e hipersensibilidad a mediadores de inflamación alérgica^{14,32}.

La presencia de asma incrementa significativamente la severidad clínica de ambas condiciones, requiere manejo terapéutico más agresivo y se asocia con peor calidad de vida. La coexistencia actúa como factor de gravedad que acelera la progresión de ambas enfermedades³².

Los antecedentes de atopia en familiares de primer grado constituyen determinante genético fundamental. Cuando uno de los progenitores padece enfermedad atópica, el riesgo de dermatitis atópica en el hijo es aproximadamente 50-60%; cuando ambos progenitores están afectados el riesgo asciende a 80-90%^{14,45}.

Esta agregación familiar refleja no únicamente transmisión genética, sino interacción gen-ambiente compartida. La presencia de antecedentes de atopia, particularmente múltiples miembros afectados, marca vulnerabilidad aumentada y orienta intervenciones preventivas tempranas^{32,46}.

La exposición al tabaquismo parental, especialmente humo ambiental durante gestación e infancia temprana, constituye factor de riesgo ambiental significativo. El humo de tabaco contiene sustancias irritantes y proinflamatorias que comprometen la barrera cutánea e incrementan la sensibilización alérgica. Lactantes cuyas madres fuman durante embarazo e infancia temprana presentan riesgo incrementado de dermatitis atópica, mayor severidad de manifestaciones y menor respuesta a tratamientos convencionales³⁴.

El tipo de parto constituye factor clínico determinante en la programación inmunológica neonatal. Los nacimientos eutócicos favorecen colonización con microbiota materna vaginal y fecal, estableciendo microbiota neonatal más diversa y enriquecida en bacterias comensales protectoras. Partos distócicos resultan en colonización preferente por microorganismos ambientales hospitalarios, generando microbiota alterada con reducción de diversidad^{6,21}.

Esta alteración asociada a parto por cesárea se relaciona con incremento de incidencia de enfermedades alérgicas, incluyendo dermatitis atópica, asma y alergias alimentarias. Aunque el parto por cesárea puede ser médicamente indicado, reconocer su asociación con riesgo aumentado de atopia permite implementar estrategias compensatorias como lactancia materna exclusiva prolongada^{21,30}.

2.2.5. Mecanismo de Protección: Lactancia Materna Exclusiva en Dermatitis Atópica

La lactancia materna exclusiva protege contra dermatitis atópica mediante cuatro mecanismos fisiopatológicos sinérgicos. Primero, promueve tolerancia inmunológica sistémica mediante inducción de células T regulatorias y factores anti-inflamatorios (TGF- β , IL-10), desviando la respuesta inmunológica desde respuestas pro-alérgicas Th2 hacia regulatorias^{30,31}.

Segundo, los oligosacáridos de la leche materna actúan como prebióticos selectivos que establecen microbiota dominada por *Bifidobacterium* y *Bacteroides*. Esta eubiosis produce metabolitos protectores (butirato, propionato) que fortalecen la barrera intestinal y reducen translocación de patógenos, previniendo respuestas inflamatorias sistémicas²¹.

Tercero, la leche materna transfiere factores inmunológicos pasivos incluyendo inmunoglobulina A secretoria y células mononucleares vivas que educan el sistema inmunológico neonatal hacia tolerancia ante antígenos comensales, previniendo sensibilización alérgica³³.

Cuarto, los ácidos grasos poliinsaturados omega-3 y omega-6 constituyen sustratos para síntesis de ceramidas y lípidos epidérmicos, optimizando la barrera cutánea e impidiendo penetración de irritantes y alérgenos³².

Estos mecanismos operan sinérgicamente durante los primeros seis meses de vida, período crítico de plasticidad inmunológica. La interrupción prematura de lactancia materna exclusiva reduce la tolerancia óptima y microbiota protector, incrementando riesgo de sensibilización alérgica y dermatitis atópica posterior^{40,41}.

2.3 Marco conceptual

La lactancia materna exclusiva se define como la práctica de alimentar al lactante únicamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida, sin la adición de otros alimentos sólidos o líquidos, excepto medicamentos o suplementos vitamínicos y minerales cuando sean indicados, conforme a las recomendaciones internacionales vigentes²⁹. En el contexto de la presente investigación, la lactancia materna exclusiva se conceptualiza como un factor protector primordial, dado su papel en la modulación del sistema inmunológico neonatal, la inducción de tolerancia inmunológica y el establecimiento de un microbiota intestinal saludable, elementos fundamentales en la prevención de enfermedades alérgicas en la infancia^{24,30,31,33}. Estudios recientes destacan que los componentes bioactivos de la leche materna, incluidos los oligosacáridos y ácidos grasos, influyen positivamente en la maduración inmunológica y en la reducción del riesgo de sensibilización alérgica^{23,25,27}.

La dermatitis atópica se concibe como una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, de origen multifactorial, caracterizada por prurito persistente, lesiones eczematosas recurrentes y un curso clínico crónico-recidivante, con inicio predominante en la primera infancia^{26,39}. En este estudio, la dermatitis atópica constituye la variable dependiente, cuya aparición se explica por la interacción entre la disfunción de la barrera cutánea, la desregulación inmunológica de predominio Th2 y la influencia de factores genéticos y ambientales^{32,40}. La enfermedad

representa una de las dermatosis pediátricas más frecuentes, con impacto significativo en la calidad de vida del niño y su familia^{37,42}.

Los factores epidemiológicos comprenden las características sociodemográficas del niño y su entorno familiar, tales como la edad, el sexo, la procedencia geográfica y el nivel educativo de los padres. Estos factores influyen tanto en la susceptibilidad individual para desarrollar dermatitis atópica como en la adopción de prácticas preventivas, entre ellas la lactancia materna exclusiva, condicionando el riesgo de aparición y persistencia de la enfermedad^{31,34,36}. La evidencia muestra una mayor prevalencia de dermatitis atópica en contextos urbanos y en escenarios de mayor exposición a contaminantes ambientales y cambios climáticos, lo que refuerza el papel de los determinantes epidemiológicos en su desarrollo^{34,42}.

Asimismo, los factores clínicos incluyen antecedentes personales y familiares de atopia, presencia de xerosis cutánea, coexistencia de enfermedades alérgicas como el asma, tipo de parto y exposición al tabaquismo parental. Estos elementos actúan como condicionantes biológicos y ambientales que pueden incrementar la probabilidad de desarrollar dermatitis atópica o agravar su expresión clínica durante la infancia^{28,32,36}. La agregación familiar de enfermedades atópicas evidencia el componente genético de la enfermedad, mientras que factores como el parto por cesárea y la exposición al humo del tabaco se asocian con alteraciones tempranas de la microbiota y mayor riesgo de inflamación alérgica^{22,30,31}.

Desde una perspectiva integradora, el marco conceptual del presente estudio plantea que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida ejerce un efecto protector frente al desarrollo de dermatitis atópica, incluso en contextos donde existen factores de riesgo

epidemiológicos y clínicos. Este efecto protector se explica por mecanismos inmunológicos, microbiológicos y de fortalecimiento de la barrera cutánea que operan durante una etapa crítica de plasticidad inmunológica^{23,24,30,33}. En contraste, la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva puede alterar dichos mecanismos protectores, incrementando el riesgo de sensibilización alérgica y de aparición de dermatitis atópica en la población pediátrica^{22,25,27}.

2.4 Formulación de la hipótesis

2.4.1 Hipótesis general

H1: La lactancia materna exclusiva se asocia significativamente a la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica, 2018–2020.

H0: La lactancia materna exclusiva no se asocia significativamente a la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica, 2018–2020.

2.4.2 Hipótesis específicas

H1: Existe asociación significativa entre los factores epidemiológicos y la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica, 2018–2020.

H2: Existe asociación significativa entre los factores clínicos y la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica, 2018–2020.

2.5 Variables

Variable 1

- Lactancia materna exclusiva

Definición conceptual: Práctica de alimentar al lactante únicamente con leche materna, sin incluir otros alimentos o líquidos, durante los primeros seis meses de vida.

Definición operacional: Se considera lactancia materna exclusiva cuando el niño recibió solo leche materna hasta los 6 meses de edad. La información se obtiene de la historia clínica o entrevista con la madre.

Variable 2

- Dermatitis atópica

Definición conceptual: Enfermedad inflamatoria crónica de la piel caracterizada por prurito, eritema y lesiones eccematosas recurrentes, asociada frecuentemente con antecedentes personales o familiares de atopia.

Definición operacional: Se considera dermatitis atópica cuando el paciente presenta diagnóstico clínico confirmado en la historia médica, con manifestaciones compatibles como prurito, lesiones eccematosas y antecedentes atópicos.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

3.1.1 Tipo de investigación

No experimental, porque no se manipulan las variables del estudio; cuantitativo, ya que se emplearon datos numéricos obtenidos a través de la revisión de historias clínicas y fichas de recolección estructuradas, con el propósito de establecer la asociación entre la lactancia materna exclusiva y la presencia de dermatitis atópica⁵⁰.

3.1.2 Nivel de investigación

Correlacional, porque busca determinar la relación existente entre la variable 1 (lactancia materna exclusiva) y la variable 2 (dermatitis atópica) en la población pediátrica del hospital estudiado.

3.1.3 Diseño

Transversal, porque la información se recolectó en un solo momento del tiempo; y retrospectivo, debido a que los datos se obtuvieron de registros clínicos correspondientes al periodo 2018-2020.

3.1.4 Método

Hipotético-deductivo, el cual parte del análisis del marco teórico y conceptual para la formulación de hipótesis, que posteriormente son contrastadas mediante la recolección y análisis estadístico de los datos. Este método permite examinar la relación entre la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y la presencia de dermatitis atópica en población pediátrica, considerando la influencia de factores epidemiológicos y clínicos⁵⁰.

3.2 Población y muestra

Población

La población de estudio estuvo conformada historias clínicas de pacientes pediátricos, siendo la unidad de análisis las historias clínicas de los niños atendidos en el área de Pediatría del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2018–2020, registrándose un total de 150 historias clínicas de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

Muestra

No se utilizó fórmula muestral porque se trabajó con toda la población de estudio empleando el muestreo censal.

Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes pediátricos atendidos entre los años 2018 y 2020.
- Historias clínicas de pacientes con información completa sobre lactancia materna y diagnóstico de dermatitis atópica.
- Historias clínicas de pacientes con edad comprendida entre 0 y 5 años.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas con datos incompletos o ilegibles.
- Historias clínicas de pacientes con enfermedades crónicas inmunológicas o dermatológicas distintas a la dermatitis atópica.
- Historias clínicas de pacientes referidos de otros establecimientos de salud sin seguimiento en el hospital.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1 Técnicas

La técnica de recolección de datos utilizada en el presente estudio fue la revisión documental, la cual consistió en el análisis sistemático y ordenado de las historias clínicas de los pacientes pediátricos atendidos en el área de Pediatría del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2018–2020.

Esta técnica permitió obtener información retrospectiva, confiable y pertinente, registrada previamente por el personal de salud, relacionada con las variables de estudio. A través de la revisión documental se identificaron datos correspondientes a la práctica de lactancia materna exclusiva, la presencia o ausencia de dermatitis atópica, así como los factores epidemiológicos (edad, sexo, procedencia, nivel educativo máximo alcanzado de la madre o cuidador) y factores clínicos (piel seca, asma, antecedentes de atopia, tabaquismo en padres y tipo de parto), de acuerdo con lo consignado en los registros clínicos.

La aplicación de esta técnica permitió minimizar sesgos de información, al basarse en registros clínicos oficiales, garantizando la uniformidad en la obtención de los datos y su adecuada correspondencia con los indicadores establecidos en la operacionalización de variables.

3.3.2 Instrumento

El instrumento empleado para la recolección de datos fue una ficha de recolección de información, elaborada específicamente para el presente estudio, en función de los objetivos, variables e indicadores definidos en la matriz de operacionalización.

La ficha estuvo estructurada en secciones que permitieron registrar de manera ordenada y sistemática la información obtenida de las historias clínicas, considerando las siguientes dimensiones:

- Lactancia materna exclusiva: práctica de lactancia exclusiva, categorizada como Sí o No.
- Dermatitis atópica: presencia o ausencia de la patología, registrada como Presente o Ausente, de acuerdo con el diagnóstico consignado en la historia clínica.
- Factores epidemiológicos: edad del paciente (clasificada en < 12 meses, 13 a 36 meses y > 36 meses), sexo, procedencia (rural o urbana) y nivel educativo máximo alcanzado de la madre o cuidador.
- Factores clínicos: presencia de piel seca, asma, antecedentes de atopia, tabaquismo en padres y tipo de parto (eutócico o distócico).

El instrumento utilizó escalas de medición cualitativas nominales y ordinales, conforme a la naturaleza de cada variable, permitiendo la codificación y posterior procesamiento estadístico de los datos. La ficha fue aplicada a cada unidad de análisis, garantizando la consistencia y exhaustividad en el registro de la información.

3.4 Técnicas para el procesamiento de la información

- Una vez recolectada la información, los datos fueron revisados y depurados, eliminando aquellos registros incompletos o inconsistentes. Posteriormente, se procedió al procesamiento mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25.0.
- Se realizó un análisis descriptivo de las variables, utilizando tablas de frecuencia y porcentajes para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana y desviación estándar) para las variables cuantitativas.
- Para el análisis inferencial, se aplicó la prueba de Chi cuadrado de Pearson (χ^2) con un nivel de significancia del $p < 0.05$, a fin de determinar la existencia de asociación estadísticamente significativa entre la lactancia materna exclusiva y la presencia de dermatitis atópica.

3.5 Aspectos éticos

En el desarrollo del presente estudio se cumplieron los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013), garantizando la confidencialidad, privacidad y respeto hacia los participantes. La información recolectada se manejó bajo estricto anonimato, empleando códigos en las fichas de recolección de datos para evitar la identificación personal.

Asimismo, se solicitó la autorización institucional del Hospital Regional de Ica, donde se desarrolló el estudio, asegurando que la recolección de datos se realice sin interferir con las actividades asistenciales.

Previo al inicio de la investigación, el proyecto fue sometido a evaluación

y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Privada San Juan Bautista (UPSJB). Finalmente, los resultados obtenidos se conservaron en el repositorio académico de la universidad, disponibles para su consulta con fines académicos o de verificación, de acuerdo con las normas de integridad científica.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Resultados

Tabla 1: Asociación entre lactancia materna exclusiva y la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica

VARIABLES		Dermatitis atópica				Total		p
		Presente 87		Ausente 63		N	%	
		N	%	N	%			
Lactancia materna	SI	21	14.0	62	41.3	83	55.3	0.013
	NO	66	44.0	1	0.7	67	44.7	

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados evidencian una asociación estadísticamente significativa entre la lactancia materna exclusiva y la dermatitis atópica ($p = 0,013$). Se observó que los niños que no recibieron lactancia materna exclusiva presentaron una mayor frecuencia de dermatitis atópica (44,0%) en comparación con aquellos que sí recibieron lactancia materna exclusiva (14,0%).

Por el contrario, entre los niños que recibieron lactancia materna exclusiva, se registró una mayor proporción de ausencia de dermatitis atópica (41,3%), lo que sugiere un efecto protector de la lactancia materna exclusiva frente al desarrollo de esta patología en la población pediátrica estudiada.

Estos hallazgos indican que la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida se asocia significativamente con una menor

frecuencia de dermatitis atópica, reafirmando su importancia como práctica preventiva en la salud infantil.

Tabla 2: Asociación factores epidemiológicos y la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica

Factores epidemiológicos		Dermatitis				Total		p
		Presente 87		Ausente 63		N	%	
		N	%	N	%			
Edad	Menor a 12 meses	41	27.3	7	4.7	48	32.0	0.004
	De 13 a 36	34	22.7	33	22.0	67	44.7	
	Más de 36 meses	12	8.0	23	15.3	35	23.3	
Sexo	Masculino	55	36.7	9	6.0	64	42.7	0.047
	Femenino	32	21.3	54	36.0	86	57.3	
Procedencia	Rural	28	18.7	33	22.0	61	40.7	0.035
	Urbano	59	39.3	30	20.0	89	59.3	
Nivel educativo máximo alcanzado por los padres	Básico	69	46.0	37	24.7	106	70.7	0.056
	Avanzado	18	12.0	26	17.3	44	29.3	

Fuente: Elaboración propia.

En el análisis de los factores epidemiológicos, se encontró que la dermatitis estuvo asociada a la edad ($p=0.004$) donde los menores de 12 meses tuvieron la mayor frecuencia 27.3%. También se asoció con el sexo ($p=0.047$) siendo el sexo masculino el más afectado (36.7%). De igual forma se asoció con la procedencia ($p=0.035$), aquellos con origen urbano tenían mayor frecuencia de dermatitis (39.3%). Por otra parte, no se asoció con el nivel educativo.

Tabla 3: Asociación entre los factores clínicos y la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica

Factores clínicos		Dermatitis				Total		p
		Presente 87		Ausente 63		N	%	
		N	%	N	%			
Piel seca	SI	77	51.3	4	2.7	81	54.0	0.011
	NO	10	6.7	59	39.3	69	46.0	
Asma	SI	35	23.3	17	11.3	52	34.7	0.058
	NO	52	34.7	46	30.7	98	65.3	
Antecedente de atopia	SI	51	34.0	10	6.7	61	40.7	0.022
	NO	36	24.0	53	35.3	89	59.3	
Tabaquismo en padres	SI	27	18.0	26	17.3	53	35.3	0.189
	NO	60	40.0	37	24.7	97	64.7	
Tipo de parto	Eutócico	18	12.0	46	30.7	64	42.7	0.044
	Distócico	69	46.0	17	11.3	86	57.3	

Fuente: Elaboración propia.

En el análisis de los factores clínicos, se encontró que la dermatitis estuvo asociada a la piel seca ($p=0.011$) aquellos que sufrían de esta complicación tenían mayor frecuencia de dermatitis (51.3%). De igual manera se asoció con el antecedente de atopia ($p=0.022$), los que tuvieron este factor presentaron mayor frecuencia de dermatitis (34%). De igual manera estuvo asociada con el tipo de parto ($p=0.044$) el de tipo distócico presentó mayor frecuencia de dermatitis (46%). Por otro lado, no se asoció con el tabaquismo y la presencia de asma.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Discusión

En el análisis de la dermatitis atópica, se identificó una prevalencia del 58 %, lo cual evidencia una alta frecuencia de esta patología en la población estudiada, resultado que coincide con lo reportado en estudios previos realizados en población pediátrica^{1,35}. Asimismo, se observó que la lactancia materna exclusiva fue practicada por el 55,3 % de las madres, porcentaje que resulta relativamente bajo si se considera la relevancia de esta práctica por sus múltiples beneficios para la salud infantil²⁹. En este contexto, el análisis de la relación entre la lactancia materna exclusiva y la dermatitis atópica mostró resultados estadísticamente significativos, evidenciándose una mayor frecuencia de dermatitis en aquellos niños que no recibieron lactancia materna exclusiva¹⁰.

En concordancia con estos hallazgos, Balas et al. determinaron que los niños cuyas madres practicaron la lactancia materna durante al menos tres meses presentaron una menor probabilidad de desarrollar dermatitis atópica¹². De igual forma, Alegre et al. demostraron que la lactancia materna exclusiva actúa como un factor protector frente a esta patología¹¹. Estos resultados son consistentes con revisiones sistemáticas y metaanálisis que confirman que la lactancia materna reduce el riesgo de dermatitis atópica en la infancia, especialmente cuando se mantiene de forma exclusiva durante los primeros meses de vida^{9,51}. Asimismo, estudios experimentales y de cohorte han evidenciado que la lactancia exclusiva contribuye a la maduración del sistema inmunológico y a la modulación de respuestas inflamatorias tempranas^{13,24}.

De manera adicional, se encontró asociación significativa entre algunos factores epidemiológicos, tales como la edad menor de 12 meses, el sexo

masculino y la procedencia urbana. Este resultado es consistente con lo reportado por Maldonado et al., quienes evidenciaron que el sexo masculino se asociaba significativamente con la presencia de dermatitis atópica¹⁰. Asimismo, investigaciones recientes han señalado que los procesos de urbanización, la contaminación ambiental y los cambios climáticos influyen en el aumento de enfermedades alérgicas y cutáneas en la población pediátrica, lo que podría explicar la mayor frecuencia observada en contextos urbanos^{34,54}.

Del mismo modo, Cegoñino señaló que la lactancia materna actúa como un factor protector frente a la dermatitis, principalmente cuando se practica de manera exclusiva durante los primeros meses de vida⁴³. Este efecto protector ha sido atribuido, en parte, a la influencia de la leche materna sobre la microbiota intestinal del lactante, la cual desempeña un rol clave en la regulación inmunológica y en la prevención de procesos inflamatorios cutáneos^{25,52}. Además, estudios recientes destacan que las alteraciones tempranas de la microbiota neonatal pueden predisponer al desarrollo de enfermedades alérgicas, incluida la dermatitis atópica^{30,53}.

Por otro lado, en relación con los factores clínicos, se identificó asociación entre la dermatitis atópica y variables como la presencia de piel seca, el antecedente familiar de atopia y el tipo de parto. Este hallazgo difiere parcialmente de lo reportado por Al-Adawiyah et al., quienes señalaron que el parto por cesárea no se asoció con la dermatitis atópica²⁸. No obstante, otras investigaciones han sugerido que el tipo de parto podría influir indirectamente en el desarrollo de enfermedades alérgicas a través de modificaciones en la colonización microbiana temprana y en la respuesta inmunológica inicial del recién nacido^{30,33}.

De manera similar, Gonzales determinó que el antecedente familiar de atopía se relaciona significativamente con el desarrollo de esta patología, lo que refuerza la naturaleza multifactorial de la dermatitis atópica y la interacción entre factores genéticos y ambientales^{10,15}. En este sentido, estudios recientes han demostrado alteraciones en la maduración del repertorio de células B y de la respuesta IgE en niños con dermatitis atópica, contribuyendo a la persistencia y severidad de la enfermedad^{32,55}.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se debe considerar el tiempo restringido para la presentación de los informes, de acuerdo con las pautas establecidas para el informe final. Asimismo, el uso de datos de origen secundario pudo influir en la disponibilidad de información confiable; no obstante, se procedió a descartar los registros incompletos o ilegibles, con el fin de preservar la calidad de los datos analizados⁵⁰.

Finalmente, los resultados obtenidos permitieron establecer la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la práctica de la lactancia materna exclusiva y la presencia de dermatitis atópica, reafirmando el rol protector de esta práctica en la salud infantil^{13,20,43,51}. Estos hallazgos respaldan la necesidad de fortalecer las políticas públicas orientadas a la promoción de la lactancia materna exclusiva como una estrategia costo-efectiva de prevención primaria en salud pública^{24,29}.

5.2 Conclusiones

- Se encontró que existe una asociación estadísticamente significativa entre la lactancia materna exclusiva y la dermatitis atópica en la población pediátrica estudiada, observándose una menor frecuencia de esta patología en los niños que recibieron lactancia materna exclusiva, lo que sugiere un efecto protector de dicha práctica durante los primeros meses de vida.

- De igual forma se encontró que la dermatitis atópica se encuentra significativamente asociada a determinados factores epidemiológicos, principalmente a la edad menor de 12 meses, al sexo masculino y a la procedencia urbana, mientras que no se evidenció asociación significativa con el nivel educativo de los padres.
- También se encontró que la dermatitis atópica presenta una asociación estadísticamente significativa con diversos factores clínicos, destacando la presencia de piel seca, el antecedente de atopia y el tipo de parto distócico; en contraste, no se encontró asociación significativa con el antecedente de asma ni con el tabaquismo parental.

5.3 Recomendaciones

- Se recomienda fortalecer la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva desde los servicios de salud materno-infantil, incorporándola como una estrategia prioritaria en la prevención de enfermedades dermatológicas en la infancia.
- Se recomienda al personal de salud priorizar la vigilancia y seguimiento clínico de los niños que presentan factores epidemiológicos asociados, especialmente en los primeros meses de vida y en contextos urbanos, con el fin de detectar tempranamente la dermatitis atópica y reducir sus posibles complicaciones.
- Se recomienda implementar intervenciones preventivas y educativas dirigidas a padres y cuidadores, enfocadas en el cuidado adecuado de la piel infantil y la identificación temprana de antecedentes atópicos, así como reforzar el control clínico de niños nacidos por parto distócico.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Guiote M V, Muñoz A, Gutiérrez MT. Prevalencia de dermatitis atópica en escolares de Granada. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99(8):628–38. . doi: 10.1016/S0001-7310(08)74759-8
2. Schmitt J, Romanos M, Schmitt NM, Meurer M, Kirch W. Atopic eczema and attention-deficit/hyperactivity disorder in a population-based sample of children and adolescents. *JAMA.* 2009;301:724–6. . doi: 10.1001/jama.2009.136
3. Boguniewicz M, Eichenfield LF, Hultsch T. Current management of atopic dermatitis and interruption of the atopic march. *Journal of Allergy and Clinical Immunology.* 2003;112:S140–S150.
4. Dimitroff CJ, Kupper TS, Sackstein R. Prevention of leukocyte migration to inflamed skin with a novel fluorosugar modifier of cutaneous lymphocyte-associated antigen. *Journal of Clinical Investigation.* 2003;112:1008–18. . doi: 10.1172/JCI200319220
5. Carroll CL, Balkrishnan R, Feldman SR, Fleischer AB, Manuel JC. The burden of atopic dermatitis: impact on the patient, family, and society. *Pediatr Dermatol.* 2005;22:192–9.
6. Kemp AS. Cost of illness of atopic dermatitis in children: a societal perspective. *Pharmacoeconomics.* 2003;21:105–13.
7. Genuneit J, Braig S, Brandt S, Wabitsch M, Florath I, Brenner H, et al. Infant atopic eczema and subsequent attention-deficit/hyperactivity disorder—a prospective birth cohort study. *Pediatric Allergy and Immunology.* 2014;25(1):51–6.
8. Lee KS, Rha YH, Oh IH, Choi YS, Kim YE, Choi SH. Does breast-feeding relate to development of atopic dermatitis in young Korean children? Based on the Fourth and Fifth Korea National Health and Nutrition

- Examination Survey 2007–2012. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2017;9:307–13.
9. Lin B, Dai R, Lu L, Fan X, Yu Y. Breastfeeding and Atopic Dermatitis Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Dermatology.* 2020;236(4):345–60. . doi: 10.1159/000503781
 10. Maldonado-Gómez W, Chuan-Ibáñez J, Guevara-Vásquez G, Gutiérrez C, Sosa-Flores J. Asociación entre lactancia materna exclusiva y dermatitis atópica en un hospital de tercer nivel de atención. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2019;36(2):238–46. . doi: 10.17843/rpmesp.2019.362.4180
 11. Alegre S. Lactancia materna exclusiva como factor protector en bronquiolitis aguda y dermatitis atópica en menores de dos años del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón- Chimbote [Internet]. Lambayeque; 2017. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/127097>
 12. Balas K, Robbins K, Jacobs M, Ramos A, DiGiacomo D, Herbert L. Exclusive breastfeeding in infancy and eczema diagnosis at 6 years of age. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* [Internet]. 2019;143(2):AB124. Disponible en: [https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(18\)32119-5/fulltext](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(18)32119-5/fulltext)
 13. Kramer MS, Matush L, Vanilovich I, Platt R, Bogdanovich N, Sevkovskaya Z, et al. Effect of prolonged and exclusive breast feeding on risk of allergy and asthma: cluster randomised trial. *BMJ.* 2007;335:815.
 14. Carmona B, Aguirre M, Mendoza H, López P. Dermatitis atópica y comorbilidades en el paciente pediátrico [Internet]. Medigraphic; 2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85263>

15. Dharmage SC, Lowe AJ, Matheson MC, Burgess JA, Allen KJ, Abramson MJ. Atopic dermatitis and the atopic march revisited. *Allergy*. 2014;69:17–27.
16. Bieber T. How to Define Atopic Dermatitis? *Dermatol Clin*. 2017;35(3):275–81. . doi: 10.1016/j.det.2017.02.001
17. Guo Y, Li P, Tang J, Han X, Zou X, Xu G, et al. Prevalence of Atopic Dermatitis in Chinese Children aged 1–7 years. *Sci Rep*. 2016;6:29751. . doi: 10.1038/srep29751
18. Blattner CM, Murase JE. A practice gap in pediatric dermatology: Does breast-feeding prevent the development of infantile atopic dermatitis? *J Am Acad Dermatol*. 2014;71(2):405–6.
19. Urquizo Aréstegui R. Lactancia materna exclusiva: ¿siempre? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2014;60(2):171–6.
20. Schoetzau A, Filipiak-Pittroff B, Franke K, Koletzko S, Von Berg A, Gruebl A, et al. Effect of exclusive breast-feeding and early solid food avoidance on the incidence of atopic dermatitis in high-risk infants at 1 year of age. *Pediatric Allergy and Immunology*. 2002;13:234–42.
21. Wang Y, Le Roy CI, Li J, Han S, Liu Z, Lahiry A, et al. Efficacy of a Ready-to-Feed Starter Liquid Infant Formula Containing 2-Fucosyllactose and Lacto-N-Neotetraose in Chinese Infants: Protocol for a Double Blind, Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc*. 2025;14:e66489. . doi: 10.2196/66489
22. Du B, Shama A, Zhang Y, Chen B, Bu Y, Chen P an, et al. Gut microbiota and plasma metabolites in pregnant mothers and infant atopic dermatitis: A multi-omics study. *World Allergy Organization Journal* [Internet]. el 1 de enero de 2025 [citado el 11 de noviembre de 2025];18(1):101017. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1939455124001492>.
doi: 10.1016/J.WAOJOU.2024.101017

23. Barman M, Gio-Batta M, Andrieux L, Stråvik M, Saalman R, Fristedt R, et al. Short-chain fatty acids (SCFA) in infants' plasma and corresponding mother's milk and plasma in relation to subsequent sensitisation and atopic disease. *EBioMedicine* [Internet]. el 1 de marzo de 2024 [citado el 11 de noviembre de 2025];101:104999. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352396424000343>.
doi: 10.1016/J.EBIOM.2024.104999
24. Mohamed Ahmed SO, Ashgar RI, Mohammed Abdelgader AA, Abdalla Hamid HI, Mathkor DM, Abdelsadig Ali MA, et al. Exclusive breastfeeding: Impact on infant health. *Clinical Nutrition Open Science* [Internet]. el 1 de octubre de 2023 [citado el 11 de noviembre de 2025];51:44–51. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667268523000372>.
doi: 10.1016/J.NUTOS.2023.08.003
25. Pantazi AC, Mihai CM, Balasa AL, Chisnoiu T, Lupu A, Frecus CE, et al. Relationship between Gut Microbiota and Allergies in Children: A Literature Review. *Nutrients* [Internet]. el 1 de junio de 2023 [citado el 11 de noviembre de 2025];15(11):2529. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10255222/>. doi:
10.3390/NU15112529
26. Deleuran M, Dézfoulian B, Elberling J, Knutar I, Lapeere H, Lossius AH, et al. Systemic anti-inflammatory treatment of atopic dermatitis during conception, pregnancy and breastfeeding: Interdisciplinary expert consensus in Northern Europe. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. el 1 de enero de 2024 [citado el 11 de noviembre de 2025];38(1):31–41.

Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37818828/>. doi: 10.1111/JDV.19512

27. Kong WS, Tsuyama N, Inoue H, Guo Y, Mokuda S, Nobukiyo A, et al. Long-chain saturated fatty acids in breast milk are associated with the pathogenesis of atopic dermatitis via induction of inflammatory ILC3s. *Scientific Reports* 2021 11:1 [Internet]. el 23 de junio de 2021 [citado el 11 de noviembre de 2025];11(1):1–22. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-92282-0>. doi: 10.1038/s41598-021-92282-0
28. Al-Adawiyah R, Putera AM, Astari L, Ariyanto FC. Determinant factors of recurrence atopic dermatitis symptoms in children: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*. 2021;70:102847. . doi: 10.1016/j.amsu.2021.102847
29. World Health Organization. Infant and young child feeding. 2021.
30. Bautista J, López-Cortés A. Microbial beginnings: determinants and disruptions of the neonatal microbiome. *Front Microbiol*. 2025;16:1672780. . doi: 10.3389/fmicb.2025.1672780
31. Matsumoto N, Matsuo R, Yamamura Y, Tsuge T, Kadowaki T, Uraguchi K, et al. Early-life exposures and child health outcomes: A narrative review of LSN21 research in Japan. *Pediatrics International*. 2025;67(1):e70258. . doi: 10.1111/ped.70258
32. Gill KK, Moore C, Nwogu O, Kroner JW, Chang WC, Burkle J, et al. B-Cell Repertoire of Children With Atopic Dermatitis Exhibits Altered IgE Maturation Associated With Allergic Food Sensitization. *Allergy*. noviembre de 2025; . doi: 10.1111/all.70150
33. Lu Y, Yu X, Feng Z, Xiang Z, Xu F, Zheng J, et al. Causal effects of breastfeeding on childhood health outcomes: A Mendelian

- randomization analysis of mental and physical health. *Medicine*. 2025;104(45):e44888. . doi: 10.1097/MD.00000000000044888
34. Isler M, Goeser L, Parker ER, Boos MD. Climate Change and its Influence on the Cutaneous Health of Children. *Dermatol Clin*. 2025;44(1):79–88. . doi: 10.1016/j.det.2025.08.002
 35. Laughter D, Istvan JA, Tofte SJ, Hanifin JM. The prevalence of atopic dermatitis in Oregon schoolchildren. *J Am Acad Dermatol*. 2000;43:649–55. . doi: 10.1067/mjd.2000.107773
 36. Willard K, Novak Š, Lio PA, Luttmann M, McCreary G, Mustafa G, et al. Patient and Caregiver Perceptions on Education and Treatment Needs in Atopic Dermatitis from an International Survey. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2025; . doi: 10.1007/s13555-025-01587-9
 37. Boccardi D, D'Auria E, Turati F. Disease severity and quality of life in children with atopic dermatitis: PO-SCORAD in clinical practice. *Minerva Pediatr*. 2017;69:373–80. . doi: 10.23736/S0026-4946.16.04294-8
 38. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1992;144:44–7.
 39. Fishbein AB, Silverberg JI, Wilson EJ, Ong PY. Update on atopic dermatitis: diagnosis, severity assessment, and treatment selection. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 2020;8(1):91–101. . doi: 10.1016/j.jaip.2019.06.044
 40. Mah J, Jayarajan V, Huang X, Di WL, Macmillan D. LEKTI-Grafted Sunflower Trypsin Inhibitor: A Potential Therapeutic for Skin Diseases. *J Med Chem*. noviembre de 2025; . doi: 10.1021/acs.jmedchem.5c01912
 41. Taderegew MM, Wondie A, Geremew H, Maru L, Tesfaye W, Hailesilassie NY. Stunting and its predictors among children aged 6-59

- months in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2025;25(1):3806. . doi: 10.1186/s12889-025-25098-6
42. Tadulewicz I, Muklewicz N. Understanding socioeconomic outcomes in Danish children with moderate-to-severe atopic dermatitis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. noviembre de 2025; . doi: 10.1111/jdv.70181
 43. Ludvigsson JF, Mostrom M, Ludvigsson J, Duchon K. Exclusive breastfeeding and risk of atopic dermatitis in some 8300 infants. *Pediatric Allergy and Immunology*. 2005;16:201–8.
 44. Arnold RJ, Donnelly A, Altieri L, Wong KS, Sung J. Assessment of outcomes and parental effect on quality-of-life endpoints in the management of atopic dermatitis. *Manag Care Interface*. 2007;20:18–23.
 45. Viada Peláez M, Leschinsky V, Gomila A. Dermatitis atópica en niños y vitamina D. Un estudio analítico retrospectivo [Internet]. 2019. Disponible en: <http://methodo.ucc.edu.ar/files/vol4/num2/PDF/Dermatitis%2003.pdf>
 46. Williams HC, Burney PGJ, Hay RJ, others. Atopic dermatitis: a study of diagnostic criteria based on data from the UK working party. *British Journal of Dermatology*. 1994;131(3):383–96.
 47. Thomova T, Jedlickova H, Bohm J, Holochova P, Ruzicka F, Borilova Linhartova P. Effect of Systemic Therapies on Skin Bacteriome in Patients with Atopic Dermatitis: A Pilot Prospective Study. *Journal of Investigative Dermatology* [Internet]. el 28 de julio de 2025 [citado el 11 de noviembre de 2025]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022202X25023073>. doi: 10.1016/J.JID.2025.07.006

48. Deleuran M, Dézfoulian B, Elberling J, Knutar I, Lapeere H, Lossius AH, et al. Systemic anti-inflammatory treatment of atopic dermatitis during conception, pregnancy and breastfeeding: Interdisciplinary expert consensus in Northern Europe. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* [Internet]. el 1 de enero de 2024 [citado el 11 de noviembre de 2025];38(1):31–41. Disponible en: [/doi/pdf/10.1111/jdv.19512](https://doi.org/10.1111/jdv.19512). doi: 10.1111/JDV.19512;REQUESTEDJOURNAL:JOURNAL:14683083;PAGE:STRING:ARTICLE/CHAPTER
49. Merck Sharp & Dohme. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/authors>
50. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6a ed. Mexico: Mc Graw Hill; 2010.
51. Lin B, Dai R, Lu L, Fan X, Yu Y. Breastfeeding and atopic dermatitis risk: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Dermatology*. 2020;236(4):345–360. doi:10.1159/000503781.
52. Pantazi AC, Mihai CM, Balasa AL, Chisnoiu T, Lupu A, Frecus CE, et al. Relationship between gut microbiota and allergies in children: A literature review. *Nutrients*. 2023;15(11):2529. doi:10.3390/nu15112529.
53. Bautista J, López-Cortés A. Microbial beginnings: determinants and disruptions of the neonatal microbiome. *Front Microbiol*. 2025;16:1672780. doi:10.3389/fmicb.2025.1672780.
54. Isler M, Goeser L, Parker ER, Boos MD. Climate change and its influence on the cutaneous health of children. *Dermatol Clin*. 2025;44(1):79–88. doi:10.1016/j.det.2025.08.002.

55. Gill KK, Moore C, Nwogu O, Kroner JW, Chang WC, Burkle J, et al. B-cell repertoire of children with atopic dermatitis exhibits altered IgE maturation associated with allergic food sensitization. *Allergy*. 2025. doi:10.1111/all.70150.

ANEXOS

ANEXO N° 1: Operacionalización de variables

Variable	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa	Instrumento
Lactancia materna exclusiva	Practica o no de la lactancia exclusiva con valor final	Cualitativa - nominal	Si No	Ficha de recolección de datos
Dermatitis atópica	Presencia o ausencia de la patología de acuerdo con lo registrado en historia clínica, con valor final de Presente o Ausente.	Cualitativa – nominal	Presente Ausente	
Factores epidemiológicos	Edad	Ordinal	< 12 meses 13 a 36meses > 36	Ficha de recolección de datos
	Sexo	Nominal	Masculino Femenino	
	Procedencia	Nominal	Rural Urbano	
	Nivel educativo máximo alcanzado	Ordinal	Básico Superior	
Factores clínicos	Piel seca	Nominal	Si No	Ficha de recolección de datos
	Asma	Nominal	Si No	
	Antecedente de atopia	Nominal	Si No	
	Tabaquismo en padres	Nominal	Si No	
	Tipo de parto	Nominal	Eutócico Distócico	

ANEXO N° 2: Matriz de consistencia

ALUMNO : NEYRA LEON JESUS ANDREÉ

ASESOR : DR. GLENN LOZANO

TEMA : ASOCIACION ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DERMATITIS ATOPICA EN LA POBLACION PEDIATRICA DE UN HOSPITAL DE ICA.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p>General: ¿Cuál es la asociación entre lactancia materna exclusiva y la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica, 2018-2020?</p> <p>Específicos: ¿Cuál es la asociación entre los factores epidemiológicos y la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica, 2018-2020?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre los factores clínicos y la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica, 2018-2020?</p>	<p>General: Evaluar la asociación entre lactancia materna exclusiva y la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica, 2018-2020.</p> <p>Específicos: Analizar la asociación entre los factores epidemiológicos y la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica, 2018-2020.</p> <p>Evaluar la asociación entre los factores clínicos y la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica, 2018-2020.</p>	<p>General: H1: La lactancia materna exclusiva se asocia significativamente a la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica, 2018–2020.</p> <p>Específicos: H1: Existe asociación significativa entre los factores epidemiológicos y la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica, 2018–2020.</p> <p>H2: Existe asociación significativa entre los factores clínicos y la dermatitis atópica en la población pediátrica de un hospital de Ica, 2018–2020.</p>	<p>VARIABLE 1: Lactancia Materna Exclusiva</p> <p>VARIABLE 2: Dermatitis Atópica</p>

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Nivel de Investigación: Correlacional</p> <p>Tipo de investigación: No experimental</p> <p>Diseño de investigación: Transversal</p>	<p>Población: La población de estudio estuvo conformada por las historias clínicas de los pacientes pediátricos, siendo la unidad de análisis las historias clínicas de niños atendidos en el área de Pediatría del Hospital Regional de Ica durante el periodo 2018–2020, registrándose un total de 150 historias clínicas de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.</p> <p>Criterios de inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historias clínicas de pacientes pediátricos atendidos entre los años 2018 y 2020. • Historias clínicas de pacientes con información completa sobre lactancia materna y diagnóstico de dermatitis atópica. • Historias clínicas de pacientes con edad comprendida entre 0 y 5 años. <p>Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historias clínicas con datos incompletos o ilegibles. • Historias clínicas de pacientes con enfermedades crónicas inmunológicas o dermatológicas distintas a la dermatitis atópica. • Historias clínicas de pacientes referidos de otros establecimientos de salud sin seguimiento en el hospital. <p>Tamaño de muestra: No se utilizó fórmula muestral debido al acceso total y factible a la población de estudio.</p>	<p>Técnica: Revisión documental</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección</p>

ANEXO N° 3: Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS N° _____

Factores epidemiológicos:

Edad:

Sexo: Masculino () Femenino ()

Procedencia: Rural () Urbano ()

Nivel educativo máximo alcanzado por los padres () Superior ()

Factores clínicos

Piel seca: Si No

Asma: Si No

Antecedente de atopia: Si No

Tabaquismo en padres: Si No

Lactancia exclusiva Sí No

Duración:

Menos 1 mes ()

Más de 3 meses ()

Igual o más de 6 meses ()

ANEXO N° 4: Carta de aceptación de la institución en donde se ejecutó la investigación



HOSPITAL REGIONAL DE ICA

“AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO”

Ica, 25 de enero del 2024

OFICIO N° 025-2024-H.R.ICA

A : JESUS ANDREE NEYRA LEÓN
Bachiller de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Privada San Juan Bautista

Asunto : APROBACIÓN DE SOLICITUD PARA RECABAR INFORMACIÓN Y ELABORACIÓN DE TESIS

Ref. : SOLICITUD DE FECHA 22 DE ENERO DEL 2024

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez darle a conocer que la Jefatura a mi cargo **APRUEBA** vuestra solicitud, dándole las facilidades para que recabe la información que sea necesaria, aplicando los instrumentos de investigación de la tesis titulada: **“ASOCIACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DERMATITIS ATÓPICA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL DE ICA”**, trabajo que será utilizado para optar el título de Magister en Salud Pública.

Sin otro particular me despido de usted, manifestándole los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

HOSPITAL REGIONAL DE ICA
Mario Astocaza Sulca
Dr. Mario Astocaza Sulca
JEFE DEL DPTO. DE PEDIATRIA
C.M.P. 23325 R.N.E. 35992

Dr. MARIO HERNÁN ASTOCAZA SULCA
DNI: 21484089
JEFE DE DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
HOSPITAL REGIONAL DE ICA

**“AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA
INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS
DE JUNÍN Y AYACUCHO”**

**SOLICITO: PERMISO PARA REALIZAR LA APLICACIÓN
DEL INSTRUMENTO DE PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN**

**SEÑOR JEFE DE DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA
Dr. Mario Hernán Astocaza Sulca**

Yo, **JESUS ANDREE NEYRA LEON**, identificado con DNI N° 70671130, domiciliado en Calle Ricardo Palma 135 Urb. San Joaquín, distrito, provincia y departamento de Ica; egresado de la maestría en Salud Pública de la Universidad Privada San Juan Bautista, me dirijo ante Ud. con el debido respeto y expongo:

Que, ante su despacho me presento para solicitarle tenga a bien se me apruebe la solicitud para poder realizar la aplicación del instrumento de investigación en el Departamento de Pediatría, del proyecto titulado: “ASOCIACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DERMATITIS ATÓPICA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL DE ICA”, requisito indispensable para la obtención del título de Magister en Salud Pública.

Por lo expuesto:

Solicito a Ud. Señor Jefe, acceder a mi petición, por ser justo y necesario.

Ica, 22 de enero del 2024



Jesús A. Neyra León
 **MÉDICO CIRUJANO**
C.M.P. N° 94878

Dr. JESUS ANDREE NEYRA LEON
DNI N° 70671130

ANEXO N° 5: Carta de aprobación de Comité de Ética Institucional Universidad Privada San Juan Bautista



UNIVERSIDAD PRIVADA
SAN JUAN BAUTISTA

**COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA
EN INVESTIGACIÓN**

CONSTANCIA N°0101-2024-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°0101-2024-CIEI-UPSJB**

Título del Proyecto: **"ASOCIACION ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DERMATITIS ATOPICA EN LA POBLACION PEDIATRICA DE UN HOSPITAL DE ICA"**

Investigador (a) Principal: **NEYRA LEON JESUS ANDREE**

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 periodo efectivo de **un año** hasta el **19/01/2025**. 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, 19 de enero de 2024.


Dr. Luis Alberto Barboza Zelada
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
103, 113 y 123 (Ex km 300)

CHINCHA
Calle Albillá 108
Urbanización Las Viñas
(Ex Toche)

CENTRAL INSTITUCIONAL: (01) 644 9131

ANEXO N° 6: Validación de expertos instrumento de investigación

VALIDACION DEL INSTRUMENTO

INFORME DE OPINIÓN DEL JUICIO DE EXPERTO METODOLÓGICO

DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del informante: Dr. Jesus Saturnino Neyra Diaz
- 1.2. Cargo e Institución donde labora: Medico Neonatólogo – Pediatría, Hospital IV Augusto Hernández Mendoza
- 1.3. Nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de recolección de datos
Título del Proyecto: ASOCIACION ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DERMATITIS ATOPICA EN LA POBLACION PEDIATRICA DE UN HOSPITAL DE ICA
- 1.4. Autor del instrumento: Jesus Andreé Neyra Leon

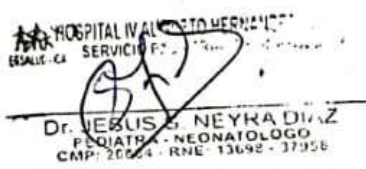
1.5. ASPECTOS DE VALIDACION

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy bueno					
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96		
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado																				95		
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																					95	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																						97
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica																						96
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																						97
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																						95
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos																						97
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores																						96
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																						96
10. PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación																						96

PROMEDIO DE VALORIZACIÓN: 96 %

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: D) Muy buena

Nombres y Apellidos:	JESUS SATURNINO NEYRA DIAZ	DNI N°: 21434738
Dirección domiciliaria:	URBANIZACION SAN JOAQUIN 135 CALLE RICARDO PALMA	Teléfono/ Celular: 951836872
Título Profesional	MEDICO CIRUJANO – ESPECIALISTA EN PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	
Grado Académico:	MAGISTER	
Mención:	DOCENCIA UNIVERSITARIA	

 <p>HOSPITAL VALCAYO HERNANDO SERVICIO PEDIATRIA - NEONATOLOGIA Dr. NEYRA DIAZ PEDIATRA - NEONATOLOGO CMP: 20024 - RNE: 13698 - 37958</p>
Firma
Lugar y Fecha: ICA – ICA – ICA, 15/12/2023

VALIDACION DEL INSTRUMENTO

INFORME DE OPINIÓN DEL JUICIO DE EXPERTO ESTADISTICO

DATOS GENERALES


- 1.1. Apellidos y nombres del informante: Dr. Harry Leveau Bartra
- 1.2. Cargo e Institución donde labora: Hospital Regional de Ica
- 1.3. Nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de recolección de datos
Título del Proyecto: ASOCIACION ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DERMATITIS ATOPICA EN LA POBLACION PEDIATRICA DE UN HOSPITAL DE ICA
- 1.4. Autor del instrumento: Jesus Andreé Neyra Leon
- 1.5. **ASPECTOS DE VALIDACION**

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy bueno				
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96	
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado																					97
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																					95
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																					96
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica																					96
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																					97
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																					95
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos																					96
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores																					95
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																					97
10. PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación																					96

PROMEDIO DE VALORIZACIÓN: 96 %

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: D) Muy buena

Nombres y Apellidos:	HARRY LEVEAU BARTRA	DNI N°: 21407016
Dirección domiciliaria:	Residencial La Angostura Calle Tamarix S/n – Ica	Teléfono/ Celular: +51 956 608 888
Título Profesional	Médico cirujano especialista en cirugía general	
Grado Académico:	Magister, Doctor, PhD	
Mención:	Salud pública e Investigación bioestadística	

 Harry Leveau Bartra Ph. D. CMP: 27304 RNE: 11569 ESPECIALISTA EN CIRUGIA Mg. y Dr. en Salud Pública Ph.D. en Investigación - Bioestadística
Firma
Lugar y Fecha: Ica, 15/12/2023

VALIDACION DEL INSTRUMENTO

INFORME DE OPINIÓN DEL JUICIO DE EXPERTO METODOLÓGICO

DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del informante: Dr. Glenn Alberto Lozano Zanelly
- 1.2. Cargo e Institución donde labora: Universidad Privada San Juan Bautista
- 1.3. Nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de recolección de datos
Título del Proyecto: ASOCIACION ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y DERMATITIS ATOPICA EN LA POBLACION PEDIATRICA DE UN HOSPITAL DE ICA

- 1.4. Autor del instrumento: Jesus Andreé Neyra Leon

1.5. ASPECTOS DE VALIDACION

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy bueno			
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado																X				
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																		X		
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																		X		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica																			X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																X				
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																		X		
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos																		X		
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores															X					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																			X	
10. PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación																		X		

PROMEDIO DE VALORIZACIÓN: 85%

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) Baja c) Regular c) Buena d) Muy buena

Nombres y Apellidos:	Glenn Alberto Lozano Zanelly	DNI N°: 09202397
Dirección domiciliaria:	Jr. Saco Oliveros 171-602 Sta Beatriz Lima	Teléfono/ Celular: 998037569
Título Profesional	Médico-Cirujano	
Grado Académico:	Doctor en Medicina	
Mención:	Medicina	


Firma
Lugar y Fecha: Lima, 18 diciembre 2023

ANEXO N° 7: Características de la población pediátrica

Tabla 4: Características de la población pediátrica

Características		n	%
Edad	Menor a 12 meses	48	32.0
	De 13 a 36	67	44.7
	Más de 36 meses	35	23.3
Sexo	Masculino	64	42.7
	Femenino	86	57.3
Procedencia	Rural	61	40.7
	Urbano	89	59.3

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 1: Distribución de frecuencia de características de la población pediátrica

