

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Lactancia materna exclusiva como factor protector de alergias cutáneas en prematuros durante el primer año de vida en Hospital Albrecht (2012 – 2022)

Área de Investigación:

Cáncer y enfermedades no transmisibles.

Autor:

Llerena Leiva, Bulmer Franco

Jurado evaluador:

Presidente: Peralta Chávez, Víctor

Secretario: Capristan Díaz, Edwin Arturo

Vocal: Tapia Zerpa, Jorge Luis

Asesor:

Ruiz Méndez, Ángel Pedro

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0891-5048>

TRUJILLO – PERÚ

2024

Fecha de sustentación: 11/03/2024

Lactancia materna exclusiva como factor protector de alergias cutáneas en prematuros durante el primer año de vida en Hospital Albrecht (2012 - 2022).

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	Submitted to Universidad Privada Antenor Orrego Trabajo del estudiante	1%
3	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	seer.ufrgs.br Fuente de Internet	1%
5	www.redalyc.org Fuente de Internet	1%



Dr. A. Pedro Ruiz Méndez
MÉDICO PEDIATRA R.M.E. 13847
HOSPITAL I. ALBRECHT ESSALUD

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%

Declaración de originalidad

Yo, **Ángel Pedro Ruíz Méndez**, docente del Programa de Estudio de Medicina Humana, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de investigación titulada **“Lactancia materna exclusiva como factor protector de alergias cutáneas en prematuros durante el primer año de vida en Hospital Albrecht (2012 – 2022)”**, autor **Bulmer Franco Llerena Leiva**, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 6 %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el lunes 11 de marzo de 2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la universidad.

Lugar y fecha: Trujillo, 11 de marzo de 2024

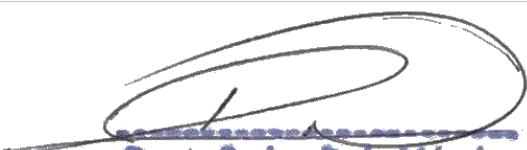
ASESOR

Dr. Ruíz Méndez, Ángel Pedro

DNI: 18087611

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0891-5048>

FIRMA:



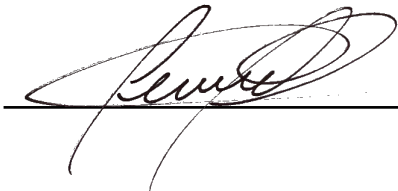
Dr. A. Pedro Ruíz Méndez
MEDICO PEDIATRA R.N.E. 13847
HOSPITAL ALBRECHT ESSALUD

AUTOR

Llerena Leiva, Bulmer Franco

DNI: 73894415

FIRMA:



DEDICATORIA

Esta investigación esta dedica a mis padres, Bulmer Llerena y Liliana Leiva, quienes siempre me han apoyado, me han forjado la persona que soy en la actualidad, son mi guía desde mi nacimiento y mi motivación para seguir adelante cada día. A mis hermanos Renato Llerena y Xiomara Llerena, que son un ejemplo a seguir para mi persona.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por haberme dado ese sendero que he recorrido hasta el momento de manera positiva, así como la protección que he recibido día a día. Recalcar nuevamente el agradecimiento a mi familia, en particular a mis padres por haberme dado la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

También agradezco a mi asesor Pedro Ruiz, quien, con su paciencia, apoyo en la absolución de mis dudas, sabiduría y consejos no se hubiera podido realizar este trabajo.

A mis docentes de la UPAO y a todo el personal administrativo que me brindaron su apoyo y facilidad para el cumplimiento de reglamento y elaboración del presente trabajo.

A mis amigos más cercanos que me ayudaron con sus conejos y me brindaron facilidades para poder disponer de material informativo.

RESUMEN

Objetivo: Determinar si la Lactancia materna exclusiva es un factor protector para alergias cutáneas en prematuros durante el primer año de vida en el Hospital Albrecht.

Materiales y métodos: Estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles, con una muestra conformada por un total de 212 pacientes; 106 pacientes prematuros con alergias cutáneas y 106 pacientes prematuros sin alergias cutáneas y su asociación con la lactancia materna exclusiva durante el primer año de vida en el Hospital Albrecht. Los datos obtenidos se tipificaron en una hoja de recolección de datos de las historias clínicas brindadas de la base de datos del Hospital Albrecht de Trujillo durante un periodo de 11 años, desde el año 2012 al 2022. Posteriormente, la información obtenida fue tabulada y procesada usando el programa computarizado el programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.0.

Resultados: Se obtuvo que del total pacientes prematuros con alergias cutáneas, el 26,4% recibieron lactancia materna exclusiva (LME); y del total de prematuros sin alergias cutáneas, el 84% recibieron lactancia materna exclusiva. Así mismo, los prematuros que recibieron lactancia materna exclusiva tienen un 93% menor posibilidad de tener alergias cutáneas en comparación a los prematuros que no recibieron LME, siendo estadísticamente significativa [$p < 0.001$; OR (IC 95%): 0,07 (0,03 - 0,13)]. Adicionalmente, la variable tipo de parto vaginal resultó ser estadísticamente significativa [$p < 0,05$; OR (IC 95%): 0,492 (0,261 - 0,929) considerándose factor protector; otras variables como antecedente familiar de eccema resultó ser estadísticamente significativa, mientras que las restantes no lo fueron.

Conclusion: La lactancia materna exclusiva es un factor protector para alergias cutáneas en lactantes nacidos prematuros durante su primer año de vida.

Palabras clave: Lactancia materna exclusiva, dermatitis atópica, dermatitis de contacto, prematuro.

ABSTRACT

Objective: To determine whether exclusive breastfeeding is a protective factor for skin allergies in preterm infants during the first year of life at Albrecht Hospital.

Materials and Methods: Observational, analytical, retrospective case-control study, with a sample of 212 patients; 106 preterm patients with skin allergies and 106 preterm patients without skin allergies and their association with exclusive breastfeeding during the first year of life at the Albrecht Hospital. The data obtained were typed in a data collection sheet of the medical records provided from the database of the Albrecht Hospital of Trujillo during a period of 11 years, from the year 2012 to 2022. Subsequently, the information obtained was tabulated and processed using the IBM SPSS Statistics 26.0 statistical software.

Results: It was found that of the total number of preterm infants with skin allergies, 26.4% received exclusive breastfeeding (EBF); and of the total number of preterm infants without skin allergies, 84% received exclusive breastfeeding. Likewise, preterm infants who received exclusive breastfeeding had a 93% lower chance of having skin allergies compared to preterm infants who did not receive EBF, being statistically significant [$p < 0.001$; OR (95% CI): 0.07 (0.03 - 0.13)]. Additionally, the variable type of vaginal delivery was statistically significant [$p < 0.05$; OR (95% CI): 0.492 (0.261 - 0.929)] and was considered a protective factor; other variables such as family history of eczema were statistically significant, while the others were not.

Conclusions: Exclusive breastfeeding is a protective factor for skin allergies in infants born prematurely during their first year of life.

Keywords: Exclusive breastfeeding, atopic dermatitis, contact dermatitis, premature.

PRESENTACIÓN

De acuerdo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, presento la Tesis Titulada “LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA COMO FACTOR PROTECTOR DE ALERGIAS CUTÁNEAS EN PREMATUROS DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA EN HOSPITAL ALBRECHT”, un estudio observacional, analítico, retrospectivo de tipo casos y controles, que tiene el objetivo Determinar si la lactancia materna exclusiva es un factor protector para alergias cutáneas en prematuros durante el primer año de vida en Hospital Albrecht. Con la intención de contribuir para las medidas de prevención y mejor de la calidad de vida de los pacientes prematuros con diagnóstico de alergias cutáneas, así como brindar información verídica para la comunidad científica indispensable es que se está realizando esta tesis.

Por lo tanto, someto la presente Tesis para obtener el Título de Médico Cirujano a evaluación del Jurado.

ÍNDICE

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT	7
PRESENTACION	8
I. INTRODUCCION	10
II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	14
III. OBJETIVOS.....	14
3.1. Objetivo General.....	14
3.2. Objetivos específicos.....	14
IV. HIPOTESIS.....	14
V. MATERIAL Y METODO	15
5.1. Diseño de estudio.....	15
5.2. Población, muestra y muestreo	16
5.3. Definición operacional de variables	19
5.4. Procedimientos y técnicas	20
5.5. Plan de análisis de datos	21
5.6. Aspectos éticos	21
VI. RESULTADOS.....	22
VII. DISCUSION	25
VIII. CONCLUSIONES	28
IX. RECOMENDACIONES	28
X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	29
XI. ANEXOS	32

I. INTRODUCCIÓN:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 30 millones de bebés nacen antes de las 37 semanas de gestación (pretérmino), de los cuales gran parte de ellos son recién nacidos con bajo peso al nacer (BPN) **(1)**. Dentro de este grupo, los prematuros encontramos prematuros tardíos (34 – 36.6 semanas) y prematuros moderados (32 – 33.6 semanas), muy prematuros (28 – 31.6 semanas) y prematuros extremos (<28 semanas) **(2)**.

Los RN prematuros moderados a tardíos son un grupo poblacional que toma gran relevancia cuando hablamos de morbilidad durante los siguientes meses de vida, especialmente cuando se asocia a BPN **(3)**. Entonces la importancia de este problema de salud recae en que los RN prematuros pueden desarrollar enfermedades que afecten el sistema neurológico por daño cerebral y/o hipoxemia durante el parto, mayor propensión a sepsis neonatal, ictericia no fisiológica, malformaciones congénitas, desarrollo de enfermedades graves como enterocolitis necrotizantes, alergias cutáneas, asma, dermatitis atópica o dermatitis de contacto **(4 – 6)**.

Por lo expresado anteriormente, aquellos RN que nacen prematuramente van a requerir un cuidado especial, idealmente a todo recién nacido se le brinda cuidados esenciales como un ambiente limpio, calidez y amamantamiento **(7)**; sin embargo, en un prematuro, la vulnerabilidad a factores como el frío, hipoglucemia, infecciones y dificultades respiratorias son debida a un desarrollo incompleto del bebé. Un ejemplo de vulnerabilidad es la falta o poca cantidad del vérnix caseoso en el prematuro, con lo cual puede desencadenar dermatitis atópica y dermatitis alérgica de contacto **(8 y 9)**. Así mismo, también existen una serie de factores nutricionales-metabólicos muy importantes que permiten una correcta maduración de los órganos **(10)**. La piel inmadura del RN pretérmino propicia al desarrollo de dermatitis atópica, sin embargo, también puede causar problemas o enfermedades ajenas a ella, tales como el sistema respiratorio, sistema gastrointestinal, sistema neurológico, sistema endocrino, etc. **(11)**.

Las alergias cutáneas son problemas de salud que se originan debido a un proceso inflamatorio de la piel, que pueden ser causadas por una variedad de factores, tales como, trastornos del sistema inmune, medicamentos e infecciones. Estos pueden desencadenar una dermatitis atópica, dermatitis alérgica de contacto, urticaria y

angioedema **(12)**. En este estudio vamos a enfocarnos solo en la dermatitis atópica y la dermatitis alérgica de contacto.

La dermatitis atópica (DA) o eccema, provoca una lesión vesiculo-pustulosa y/o costrosa y pruriginosa que característicamente se encuentra relacionado a una historia familiar similar, así mismo, puede estar asociada a otros procesos alérgicos o inflamatorias y urticaria; generalmente se localizan en cara, cuero cabelludo y zonas extensoras de miembros superiores e inferiores **(11 y 13)**. La dermatitis de contacto (DC), por otro lado, se relaciona con múltiples agentes externos que ocasionan una respuesta inflamatoria en la piel, ya sea por sensibilización secundaria o por irritación primaria, son lesiones eritematosas, vesiculares o costrosas **(14 y 15)**.

Se sabe que un paciente con factores predisponentes como antecedentes familiares (asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica o elevados niveles séricos de inmunoglobulina E) pueden desarrollar eczema atópico entre 60 a 80% durante su primer año de vida, pudiendo manifestarse o permanecer durante la vida adolescente o adulta **(16 y 17)**. Existen otros factores que conllevan o contribuyen al desarrollo de eczema, tales como el factor ambiental (polución), tabaquismo materno, aumento de la edad materna y lactancia materna mixta o no exclusiva (en los primeros 6 meses de vida) **(18 y 19)**.

En la actualidad se busca disminuir el porcentaje de recién nacidos que puedan desarrollar DA o DC. Es controversial las diversas medidas de prevención que hay, como por ejemplo la introducción temprana de alimentos potencialmente alergénicos, la aplicación de probióticos y prebióticos, y uso de vitamina D; todos ellos no son aceptados en su totalidad como método de protección para alergias cutáneas **(20 – 22)**. Por otro lado, se sabe que la lactancia materna exclusiva (LME) cumple un papel importante para la prevención de enfermedades alérgicas; por lo que se recomienda como alimento exclusivo hasta los 6 meses de vida debido a que tiene una inmensidad de beneficios para el lactante **(23)**. Es necesario que todo bebé, ya sean prematuros o no reciba una alimentación exclusiva con leche materna. Se sabe que, la lactancia materna durante la primera hora de nacido puede reducir la mortalidad neonatal y la evolución a enfermedades potencialmente mortales **(4 y 24)**.

Siguiendo lo mencionado anteriormente y con la finalidad de encontrar una asociación entre la LME como factor protector contra el desarrollo de alergias cutáneas es que

se está elaborando este proyecto de investigación; así mismo, se busca relacionar una disminución del porcentaje de pacientes prematuros con alergias cutáneas durante su primer año de vida y que hayan recibido lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida, por lo menos.

Jantsch BL., y colaboradores **(4)**, realizaron un estudio transversal sobre factores asociados al desarrollo de alergias cutáneas en recién nacidos prematuros en el primer año de vida, el proyecto de investigación se realizó entre mayo de 2016 y mayo de 2017; con una población de 151 prematuros moderados y tardíos en un Hospital de referencia para embarazos durante el período comprendido entre mayo del año 2016 y mayo del año 2017. Los datos obtenidos fueron obtenidos mediante entrevistas telefónicas (respondidas por los cuidadores o familiares de cada paciente) a los 3, 6, 9 y 12 meses de vida. Como resultado obtuvieron que, conforme iban pasando los meses los casos de alergias cutáneas hasta el año de vida era aún mayor; con 30.5% a los 12 meses, así mismo, factores como alta de la UCIN o Unidad de Cuidados Intensivos neonatales ($p=0.006$) y no ser amamantado (IC: 95%, OR: 4.321 [1.321 – 19.339], $p=0.041$) mostraron diferencia significativa para el desarrollo de alergia en la piel (eccema) entre los 3 y 12 meses de vida; concluyeron que, prematuros con antecedentes de alta de UCIN y no haber recibido lactancia materna tuvieron una probabilidad de 4.31 veces más de desarrollar alergia cutánea (eccema) entre los 3 y 12 meses de vida adicionalmente.

Maldonado G., y colaboradores **(25)**, realizaron un estudio de tipo analítico, retrospectivo, de casos y controles no pareado entre junio del 2016 y mayo del 2018; tenían como objetivo evaluar la relación entre el desarrollo de dermatitis atópica (DA) en menores de 7 años que recibieron LME en un Hospital de Tercer Nivel de Atención; para ello se estudiaron a 260 casos y 260 controles entre junio del año 2016 y mayo del año 2018, que fueron encuestados de manera consecutiva (muestreo no probabilístico consecutivo) previo diagnóstico clínico de DA basados en los criterios diagnósticos validados de Reino Unido asociados a posibles factores de riesgo (tamaño familiar pequeño, ingresos socioeconómicos familiares, nivel educativo de los padres y antecedentes de atopia familiar. Como resultado obtuvieron que, la LME sí tendría efecto protector sobre estos pacientes con DA (OR: 0.62, IC 95%: 0.41 – 0.94) ajustado por el sexo, edad, procedencia del paciente, grado de instrucción de los padres, inicio de la ablactancia, antecedentes de familiar con atopia y hábito tabáquico

($p=0.430$); por lo que concluyeron que aquellos niños que recibieron LME tuvieron un 38% menos riesgo de desarrollar DA si se compara con aquellos niños que no recibieron, por lo que se consideró a la LME como factor protector para DA en menores de 7 años.

Ibañez M., y Sorlí J. (26), realizaron un estudio con diseño de casos y controles apareado por edad y sexo; el objetivo fue valorar el papel de la leche materna con la calidad de vida y en el desarrollo de la DA en la población infantil; hubieron 140 casos y 280 controles, se definió lactancia materna de acuerdo a las recomendaciones establecidas internacionalmente y el diagnóstico de DA se realizó en base a los criterios diagnósticos establecidos por Hanifin y Rajka en 1980, así mismo, se reforzó el resultado con el cuestionario índice SCORAD que evalúa la gravedad de la DA y con el médico especialista para un adecuado diagnóstico; para la evaluación de la calidad de vida de DA infantil utilizaron la escala ICVDAI. Como resultado se obtuvo que la lactancia materna (LM), independientemente de las variables edad y sexo, tienen un efecto protector en comparación de la lactancia artificial (LA) para el desarrollo de DA (OR: 0.35, IC 95%: 0.09-0.24), determinaron que la LM retrasa el inicio del picor frente a la LA (OR: 0.50, IC 95%: 0.27-0.93; por lo que concluyeron que la leche materna mejora la calidad de vida en los niños, disminuye el riesgo de DA, así como otros tipos de alergia.

II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Es la lactancia materna exclusiva un factor protector para alergias cutáneas en prematuros durante el primer año de vida en Hospital Albrecht?

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

- Determinar si la lactancia materna exclusiva es un factor protector para alergias cutáneas en prematuros durante el primer año de vida en Hospital Albrecht.

3.2. Objetivos específicos:

- Determinar la frecuencia de lactancia materna exclusiva en prematuros con alergias cutáneas durante el primer año de vida en Hospital Albrecht.
- Determinar la frecuencia de lactancia materna exclusiva en prematuros sin alergias cutáneas durante el primer año de vida en Hospital Albrecht.
- Comparar la frecuencia de lactancia materna exclusiva en prematuros con y sin alergias cutáneas durante el primer año de vida en Hospital Albrecht.
- Analizar variables intervinientes entre prematuros con o sin alergias cutáneas durante el primer año de vida en Hospital Albrecht.

IV. HIPÓTESIS

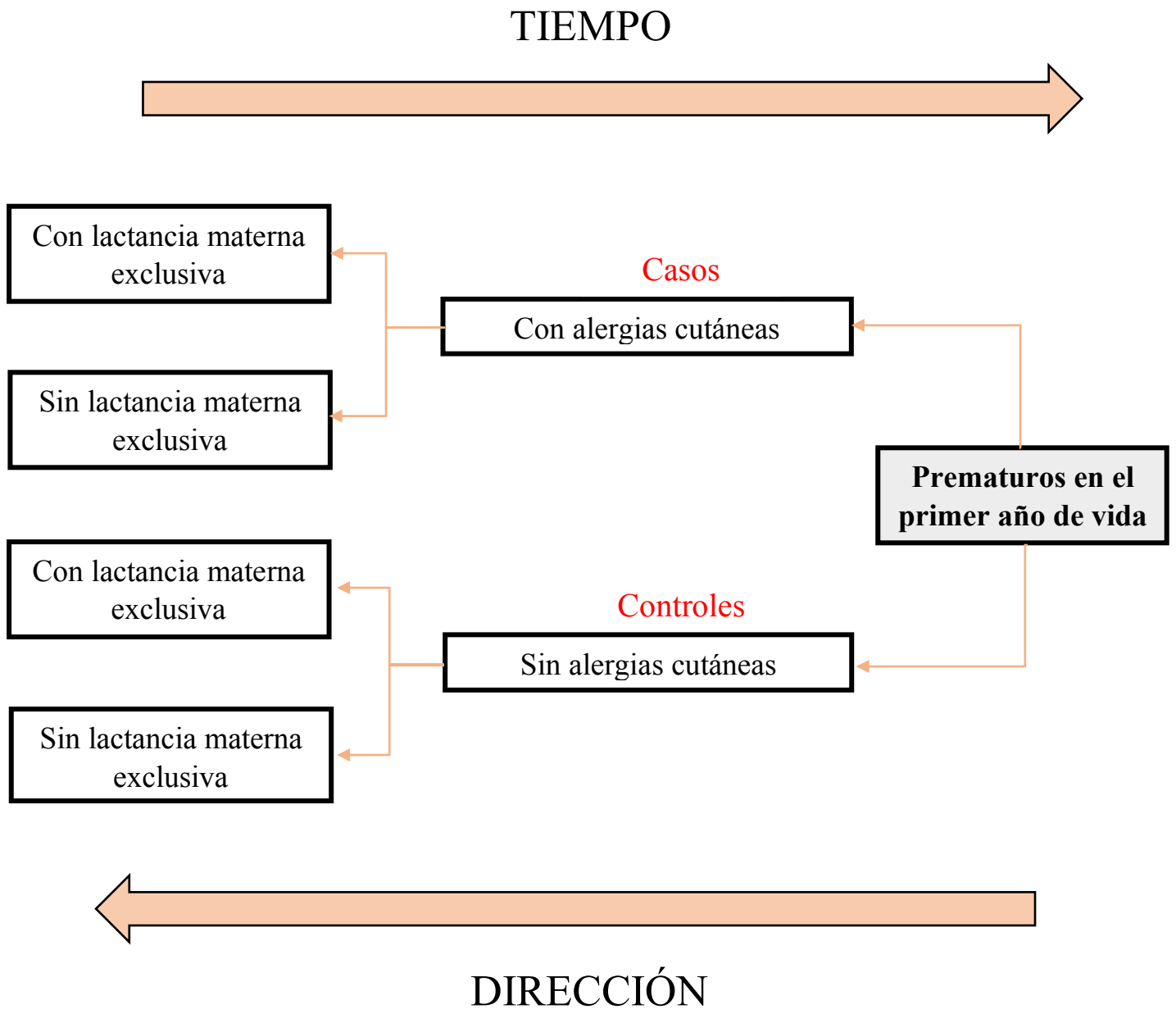
Hipótesis nula (H₀): La lactancia materna exclusiva no es un factor protector para alergias cutáneas en prematuros durante el primer año de vida en Hospital Albrecht

Hipótesis alternativa (H_a): La lactancia materna exclusiva es un factor protector para alergias cutáneas en prematuros durante el primer año de vida en Hospital Albrecht.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. Diseño del estudio:

Estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles.



5.2. Población, muestra y muestreo:

Población:

La población estuvo dada por pacientes nacidos prematuros que estaban en el primer año de vida y acudieron al Servicio de Pediatría del Hospital Albrecht durante el periodo 2012 – 2022.

❖ **Criterios de selección:**

○ **Criterios de inclusión:**

▪ **Casos:**

- Antecedente de prematuro tardío o moderado
- Lactante menor de 12 meses que acuda al nosocomio ya sea por emergencia o consultorio.
- Lactante que tenga diagnóstico de dermatitis atópica o de contacto establecido.

▪ **Controles:**

- Antecedente de prematuro tardío o moderado
- Lactante menor de 12 meses que acuda al nosocomio ya sea por emergencia o consultorio externo
- Lactante que no tenga diagnóstico de dermatitis atópica o de contacto establecido.

○ **Criterios de exclusión:**

- Lactantes prematuros extremo con diagnóstico de alergia cutánea en el primer año de vida.
- Lactantes muy prematuros con diagnóstico de alergia cutánea en el primer año de vida.

Unidad de análisis: Estaba comprendida por cada prematuro en el primer año de vida atendido en el Servicio de Pediatría del Hospital Albrecht durante el periodo de 2012 – 2022.

Unidad de muestreo: Historia clínica de cada prematuro en el primer año de vida atendido en el Servicio de Pediatría del Hospital Albrecht durante el periodo 2012 – 2022.

Tamaño muestral

$$n_1 = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{(1+\varphi)\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{\varphi P_1(1-P_1)P_2(1-P_2)} \right)^2}{\varphi(P_1 - P_2)^2}; n_2 = \varphi n_1$$

Donde:

φ es el número de controles por caso,

P_1 es la proporción de casos expuestos,

P_2 es la proporción de controles expuestos,

$\bar{P} = \frac{P_1 + \varphi P_2}{1 + \varphi}$ es el promedio ponderado

$z_{1-\alpha/2} = 1,96 =$ Coeficiente de confiabilidad del 95 %

$z_{1-\beta} = 0.8416 =$ Coeficiente asociado a una potencia de la prueba del 80 %

Para el cálculo de la muestra se hizo el uso del programa Epidat 4.2 en base al artículo original de Maldonado G., et al (24):

Proporción de casos expuestos: 35,800%

Proporción de controles expuestos: 50,800%

Odds ratio a detectar: 0,540

Número de controles por caso: 1

Nivel de confianza: 95,0%

Si se hace un ajuste y se toma una desviación en el error de $\pm 2\%$

$P1 = 35.8\% - 2\% = 33.8$

$P2 = 50.8\% + 2\% = 52.8$

La razón $\Phi=260/260= 1$, se tomará 1 control por 1 caso

Se tendría:

Proporción de casos expuestos: 33,800%

Proporción de controles expuestos: 52,800%

Odds ratio a detectar: 0,456

Número de controles por caso: 1

Nivel de confianza: 95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra		
	Casos	Controles	Total
80,0	106	106	212

La muestra fue de 106 pacientes prematuros con alergias cutáneas y 106 pacientes prematuros sin alergias cutáneas, en total se necesitan 212 pacientes prematuros que estén en el primer año de vida en el Servicio de Pediatría del Hospital Albrecht durante el periodo 2012 – 2022.

5.3. Definición operacional de variables:

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	REGISTRO	TIPO	ESCALA DE MEDICION
INDEPENDIENTE				
Lactancia materna exclusiva	Todo paciente nacido prematuro moderado y tardío que haya recibido solamente alimentación de leche materna hasta los 6 meses.	Si / No	Cualitativa	Nominal
DEPENDIENTE				
Alergias cutáneas	Problema de salud que conlleva asistir al paciente al centro de salud durante su primer año de vida, debido a una inflamación o irritación de la piel, pudiendo acompañarse de prurito o lesiones cutáneas. Dentro de las que se consideraran son la dermatitis alérgica de contacto y dermatitis atópica.	Dermatitis atópica y dermatitis alérgica de contacto	Cualitativa	Nominal
INTERVINIENTES				
Sexo	Genero sexual	Masculino / Femenino	Cualitativa	Nominal
Edad	Todo paciente que tenga menos de 1 año de vida (<0=12 meses)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 meses	Cuantitativa	Discreta
Antecedente de Prematuridad	Todo RN nacido antes de las 37 semanas. En este estudio se considerará a RN nacidos prematuros moderados (32 semanas – 33 semanas y 6 días) y prematuros tardíos (34 semanas – 36 semanas y 6 días).	Prematuro tardío/ Prematuro moderado	Cualitativa	Nominal
Peso al Nacer	Macrosómico: >4000g Eutrófico: 2500 – 3999g Bajo peso al nacer (BPN): 1500 – 2499g Muy BPN: 1000 – 1499g. Extremadamente BPN: <1000g.	Macrosómico Eutrófico BPN Muy BPN Extremadamente BPN	Cualitativa	Nominal

Tipo de parto	Todo RN que haya nacido por parto eutócico o cesárea (CST).	Eutócico/CST	Cualitativa	Nominal
Antecedente familiar de alergia cutánea	Familiar de primer grado con antecedente dermatitis atópica.	Si / No	Cualitativa	Nominal
Factores potencialmente predisponentes al desarrollo de alergias cutáneas	Familiar de primer grado con antecedente de alergia a alimentos, asma, rinitis alérgica.	Si / No	Cualitativa	Nominal

5.4. Procedimientos y técnicas:

1. Se dio inicio a la realización del proyecto de tesis previa aprobación por parte del Programa de Estudio de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego.
2. Posteriormente se solicitó la autorización al director del Hospital Albrecht para la ejecución del proyecto de investigación (ANEXO 01)
3. Posterior a la autorización correspondiente, se recolectaron las Historias Clínicas en base a los CIE – 10 para dermatitis atópica y dermatitis de contacto “L20 y L23”, respectivamente y para pacientes prematuros “P07.3”.
4. Para la selección la muestra se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión descritos anteriormente; así mismo, cada Historia Clínica fue escogida para cada caso y control por medio de un muestreo aleatorio simple.
5. Luego de la selección, se dio lugar a la tipificación de los datos obtenidos de cada caso y control en una hoja de recolección de datos (ANEXO 02 y 03)
6. Se realizó el análisis estadístico respectivo de los datos obtenidos.
7. La información obtenida fue tabulada y procesada usando el programa computarizado estadístico IBM SPSS Statistics 26.0.
8. Posteriormente se revisaron y corrigieron los datos, luego de ello fueron preparados y procesados en tablas y gráficos estadísticos facilitando así el análisis.
9. Finalmente, se elaboró el informe final.

5.5. Plan de análisis de datos:

Los datos recolectados fueron procesados mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.

Estadística descriptiva:

Para las variables cualitativas se usaron frecuencias y porcentajes (tablas cruzada y gráficos de barras comparativos). Así mismo, en el caso de las variables cuantitativas continua los resultados se presentaron con medias (medianas) y desviación estándar (rango intercuartílico) según supuesto de la normalidad.

Estadística analítica:

Para las variables cualitativas se usaron la medida de asociación de odds ratio (OR) con su respectivo intervalo de confianza del 95% y la prueba Chi Cuadrado de Pearson como medida de significancia estadística. Para las variables cuantitativas se evaluó el supuesto de la normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov según resultado se usará la prueba de T-Student o la de U de mann-Whitney. Las variables significativas sirvieron para calcular el odds ratio ajustados usando análisis multivariado con regresión logística múltiple.

Estadígrafo:

Por la naturaleza del diseño se usaron el odds ratio crudos (OR_c) y odds ratio ajustados (OR_a).

5.6. Aspectos éticos:

Los aspectos éticos para esta presente investigación se basan en los principios éticos de la investigación médica; con ello se garantiza los derechos de confidencialidad de la información para los pacientes que hayan sido seleccionados, por ende, solo se requerirá la información de ellos para uso exclusivamente académico por parte del investigador. Todo ello estará resguardado bajo el fundamento de la guía ética de la Declaración de Helsinki II – 2013 y del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú.

VI. RESULTADOS:

TABLA 1. Lactancia materna exclusiva como factor protector para alergias cutáneas en prematuros durante el primer año de vida en el Hospital Albrecht (2012 – 2022).

Lactancia materna exclusiva	Alergias cutáneas			
	Si		No	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	28	26.4%	89	84.0%
No	78	73.6%	17	16.0%
Total	106	100.0%	106	100.0%

χ^2 de Pearson = 70,972 p < 0,001

OR (IC 95%): 0,07 (0,03 - 0,13)

Fuente: Hospital Albrecht de Trujillo – Ficha de recolección de datos de las historias clínicas del año 2012 al 2022.

Del total de pacientes prematuros con alergias cutáneas, el 26,4% recibieron lactancia materna exclusiva. Del total de pacientes prematuros sin alergias cutáneas, el 84% recibieron lactancia materna exclusiva. El uso de lactancia materna exclusiva fue menor en prematuros con alergias cutáneas en comparación a los que no tienen alergias cutáneas.

Interpretación OR: Los prematuros que recibieron lactancia materna exclusiva tienen un 93% menor posibilidad de tener alergias cutáneas en comparación a los prematuros que no recibieron LME.

Vemos que el intervalo de confianza del 95% del OR, el límite inferior es menor que 1 y superiores menor que 1, la LME es un factor protector de alergias cutáneas.

Tabla 2. Variables intervinientes asociadas para alergias cutáneas en prematuros durante el primer año de vida en Hospital Albrecht (2012 – 2022).

Variables intervinientes		Alergias cutáneas				p	OR (IC 95%)
		Casos = 106		Controles = 106			
Edad (años)		5 (2 8)		5 (3 7)		0.527	
Sexo	Femenino	51	48.1%	53	50.0%	0.783	0,927 (0,541-1,589) Referencia
	Masculino	55	51.9%	53	50.0%		
Antecedente de Prematuridad	Prematuro moderado	38	35.8%	46	43.4%	0.261	0,729 (0,420-1,266) Referencia
	Prematuro tardío	68	64.2%	60	56.6%		
Peso al nacer	BPN	106	100.0%	104	98.1%	0.155	Indeterminado Referencia
	Eutrófico	0	0.0%	2	1.9%		
Tipo de parto	Vaginal	72	67.9%	86	81.1%	0.027	0,492 (0,261-0,929) Referencia
	Cesárea	34	32.1%	20	18.9%		
Antecedente de familiar con eccema	Si	75	70.8%	89	84.0%	0.022	0,462 (0,237-0,900) Referencia
	No	31	29.2%	17	16.0%		
Antecedente familiar de alergia a alimentos	Si	79	74.5%	86	81.1%	0.247	0,680 (0,354-1,309) Referencia
	No	27	25.5%	20	18.9%		
Antecedente familiar de asma	Si	81	76.4%	88	83.0%	0.232	0,663 (0,337-1,304) Referencia
	No	25	23.6%	18	17.0%		
Antecedente familiar de rinitis alérgica	Si	80	75.5%	88	83.0%	0.175	0,629 (0,321-1,234) Referencia
	No	26	24.5%	18	17.0%		

Mediana (P25 P75), U de Mann-Whitney, $p < 0,05$

N, %, X^2 de Pearson, $p < 0,05$

Fuente: Hospital Albrecht de Trujillo – Ficha de recolección de datos de las historias clínicas del año 2012 al 2022.

Las variables intervinientes que se asocian a alergias cutáneas son tipo de parto y antecedente de familiar con ECCEMA por tener valores $p < 0,05$ e intervalos de confianza del OR al 95% que no contienen a 1.

El tipo de parto vaginal es un factor protector de alergias cutáneas, al parecer el antecedente de familiar con ECCEMA también es un factor protector.

Tabla 3. Lactancia materna exclusiva como factor protector para alergias cutáneas ajustada por 2 variables intervinientes en prematuros durante el primer el primer año de vida en Hospital Albrecht.

Variables	B	Error estándar	Wald	gl	p	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
LME	-3.912	0.630	38.587	1	0.000	0.020	0.006	0.069
Tipo de parto	1.576	1.023	2.372	1	0.124	4.837	0.651	35.944
Antecedente de familiar con eccema	0.419	0.940	0.199	1	0.656	1.520	0.241	9.592
Constante	0.821	0.322	6.488	1	0.011	2.272		

Fuente: Hospital Albrecht de Trujillo – Ficha de recolección de datos de las historias clínicas del año 2012 al 2022.

La LME exclusiva sigue siendo un factor protector ajustado por las variables tipo de parto y antecedente de familiar con ECCEMA sin embargo estas dos variables ya no son significativas en el modelo de regresión logística, al sacarlas del modelo nos quedaríamos solamente con la LME y OR crudo.

VII. DISCUSION:

En este presente trabajo se planteó a la LME como factor protector para alergias cutáneas en RN prematuros moderados a tardíos; el cual se tomó como base a un artículo original realizado por Jantsch BL., y colaboradores (4), en donde se obtuvo que conforme iban pasando los meses, los pacientes que desarrollaban alergias cutáneas hasta el año de vida y que no recibían LME era aún mayor que aquellos que si recibían; en el presente trabajo aplicado del total de pacientes prematuros con alergias cutáneas, el 26,4% recibieron lactancia materna exclusiva; mientras que, del total de pacientes prematuros sin alergias cutáneas, el 84% recibieron lactancia materna exclusiva; por lo que el uso de lactancia materna exclusiva fue menor en prematuros que desarrollaron alergias cutáneas en comparación al otro grupo. Estos resultados son similares al estudio de Jantsch BL., y colaboradores, ya que aquellos prematuros que no recibieron LME tenían un mayor porcentaje de desarrollar alergias cutáneas, mientras que aquellos que si recibían LME tuvieron un 93% menor posibilidad de tener alergias cutáneas (**Tabla 1**) (IC 95% 0,03 - 0,13, $p < 0,001$). por lo que se concluye que la LME sigue siendo factor protector de alergias cutáneas en paciente nacidos prematuros durante el primer año de vida. Todo lo citado anteriormente se refuerza con otro artículo realizado por Ibañez M., y Sorlí J. (26), en donde se asocia a LME como un factor protector para el desarrollo de dermatitis alérgica.

Con respecto al antecedente de tipo de parto se obtuvieron fuertes asociaciones, siendo el parto vaginal un factor protector para alergias cutáneas (**Tabla 2**), tal y como se considera en este estudio realizado por Gutierrez Z., et al (27), donde concluyen que un parto vaginal disminuye el riesgo de desarrollar dermatitis atópica, mientras que el parto por cesárea se asocia a un 1.65 veces el riesgo de padecer dermatitis atópica (IC 95% 1,08 – 2,51, $p < 0.05$).

Por otro lado, el antecedente familiar de eccema que se obtuvo como factor protector en nuestro trabajo (**Tabla 2**) se contradice con las bibliografías revisadas (11, 12, 13 y 18). Maldonado G., y colaboradores (25), llegaron a la conclusión que aquellos niños que recibieron LME tuvieron un 38% menos riesgo de desarrollar DA; dentro de los cuales el antecedente de familiar con atopia fue uno de los factores de riesgo más resaltantes. Adicionalmente, en

otro artículo original elaborado por Rincón P. et al. **(28)**, en el cual observaron las características clínicas de una población con dermatitis atópica en un centro de tercer nivel; concluyeron que el antecedente familiar de dermatitis atópica estuvo presente en aquellos pacientes con dermatitis atópica hasta en un 50% de los casos, siendo más frecuente en DA severa. Por lo tanto, al realizar la comparación, en nuestro estudio no se presentó como factor de riesgo el antecedente de eccema, siendo no satisfactorio ni contributivo para otros proyectos de investigación; no obstante, es válido agregar que en nuestros pacientes seleccionados que tuvieron antecedente de atopía si presentaban cuadros de DA más graves.

En la última tabla de resultados **(Tabla 3)**, donde la LME como factor protector para alergias cutáneas fue ajustada por 2 variables intervinientes en prematuros, siendo ajustado por el tipo de parto y antecedente de familiar con eccema, sin embargo, estas dos variables ya no son significativas en el modelo de regresión logística, al sacarlas del modelo nos quedaríamos solamente con la LME y OR crudo.

Con respecto al antecedente de alergia a alimentos no fue estadísticamente significativo en nuestro estudio; por el momento se establece que la predisposición genética si está asociada, mas no una alimentación con LME. Gonzales M., et al, encontró una asocian entre la dermatitis atópica y la alergia de alimentos; no obstante, en nuestro no fue satisfactorio **(29)**.

Los otros antecedentes independientes planteados como antecedente de asma y antecedente de rinitis alérgica no fueron relevantes en este estudio, a pesar que se sabe que la DA está vinculado comorbilidades inmunológicas como asma, rinitis alérgica y conjuntivitis, según mencionan en un artículo redactado por Armario H., y colaboradores **(30)**. Por tal estos antecedentes no tuvieron significancia estadística en este estudio para considerarse un factor de riesgo o factor protector.

Es importante mencionar, que en nuestro estudio se hizo la recolección de la muestra en pacientes que acudían al consultorio y que superaban los 12 meses de vida, debido a que en el registro de historias clínicas revisadas gran parte de ellos acudían posterior al tiempo mencionado **(Anexo 02 y 03)**; principalmente esto se debe a que los padres acudían a consulta cuando el cuadro de alergia se agravara, mas no, en la primera aparición de la DA o DC.

Si bien fue una limitante, se tuvo en cuanto el registro de los antecedentes tales como haber recibido o no LME y que el primer cuadro de alergia cutánea haya aparecido durante el primer año de vida, además de considerar el antecedente de prematuridad.

Por todo lo expuesto anteriormente, se determina que LME afecta positivamente a la formación de alergias cutáneas, por lo que se debe insistir y promover la LME, así mismo, el antecedente de parto vaginal está fuertemente asociado a un riesgo menor de alergias cutáneas; por lo que promover la LME e insistir en un parto vaginal, siempre y cuando lo amerite, son esenciales para que el futuro recién nacido puede desarrollarse adecuadamente en el periodo de lactancia y a futuro.

VIII. CONCLUSIONES:

1. La lactancia materna exclusiva es factor protector para el desarrollo de alergias cutáneas en aquellos pacientes nacidos prematuros durante su primer año de vida.
2. El antecedente de parto vaginal o eutócico es considerado factor protector en pacientes nacidos prematuros durante su primer año de vida.
3. El antecedente familiar de eccema, es considerado factor de riesgo en muchas bibliografías confiables y estudios con mayor muestra que en el nuestro.
4. Paciente con antecedente familiar de eccema desarrollan cuadros de dermatitis atópica más graves.
5. Otras variables como sexo, antecedente de rinitis alérgica, alimentos o asma, o peso al nacer no son considerados como factor de riesgo o protector en nuestro estudio.

IX. RECOMENDACIONES:

- La lactancia materna exclusiva debe ser el único alimento en todo lactante durante sus primeros 6 meses de vida, por tal, la promoción de ella juega un papel importante que debemos tener presente.
- El parto vaginal al ser factor protector, la mejor vía de parto debe ser el eutócico, siempre y cuando no existan contraindicaciones absolutas.
- Debido a la importancia de precisar las asociaciones definidas en el presente trabajo, se sugiere la realización de estudios multicéntricos que brinden mayor muestra con la finalidad de obtener mayor validez interna, y la asociación de las otras variables planteadas.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organización Mundial de la Salud (CH). Sobrevivir y prosperar: transformando la atención para cada recién nacido pequeño y enfermo. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326495/9789241515887-eng.pdf?ua=1>
2. Toro C. Seguimiento prematuros moderados y tardíos en APS. Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile. 2020. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/08/Articulo-seguimiento-prematuros.pdf>
3. Echevarría Martínez Luis Enrique, Suárez García Nuvia, Guillén Cánovas Ana Mercedes, Linares Cánovas Lázaro Pablo. Morbilidad y mortalidad asociadas con el muy bajo peso al nacer. MEDISAN. 2018 oct; 22 (8): 720-732. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000800720&lng=es.
4. Jantsch, Leonardo Bigolin et al. Factors associated with the development of skin allergies in premature newborns in the first year of life. Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2021, v. 42 [Accessed 27 November 2022], e20200261. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/pxnfqhBDLvfbTMLKgTMCPnn/?lang=en#>
5. Kusari, Ayan; Han, Allison M.; Virgen, Cesar A.; Matiz, Catalina; Rasmussen, Maynard; Friedlander, Sheila F.; Eichenfield, Dawn Z. (2018). Evidence-based skin care in preterm infants. Pediatric Dermatology, pde.13725. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30548578/>
6. Robaina Castellanos Gerardo Rogelio. Bajo peso al nacer, prematuridad y enfermedades crónicas en la adultez. Rev Cubana Pediatr. 2017 Jun; 89 (2): 108-112. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312017000200001
7. Basurto Macías, G. G., Pesantez Durán, F. A., Santos Zambrano, C. J., & Ontaneda Peralta, D. F. (2021). Cuidados del recién nacido prematuro. *RECIMUNDO*, 5(1), 361-370. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1033>
8. Nunez J., Ribeiro J., Jaborandy M. Perfil nutricional e consumo dietético de crianças alérgicas à proteína do leite de vaca acompanhadas em um hospital infantil de Brasília/DF, Brasil. Com. Ciências Saúde. 2017; 28(3/4):402-412. Disponible en: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v28_3_perfil_nutricional_consumo.pdf
9. Winslow A. El papel del recién nacido muy prematuro en la prevención de la enfermedad atópica. J Allergy Clin Immunol. 2019. Disponible en: [https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(19\)30194-0/fulltext](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(19)30194-0/fulltext).
10. Matos-Alviso LJ, Reyes-Hernández KL, López-Navarrete GE, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Sal Jal. 2020;7(3):179-186. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98553>.
11. Senán R., Pelegrín B. Guía de Consulta Rápida en Dermatitis Atópica. 2da Edición. Editorial: International Marketing & Communication (IM&C). 2021. España. Disponible en: <https://sepeap.org/guia-de-consulta-rapida-en-dermatitis-atopica/>

12. American Academy of Allergy Asthma & Immunology. Skin Allergy. Disponible en: <https://www.aaaai.org/conditions-treatments/afecciones-y-tratamientos/alergias/alergia-cutanea>
13. Abuabara K, Yu AM, Okhovat JP, Allen IE, Langan SM. La prevalencia de la dermatitis atópica más allá de la infancia: una revisión sistemática y metanálisis de estudios longitudinales. *Alergia*. 2018;73(3):696-704. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.13320>.
14. Valderrama Arnay S, Morales Tirado A, López de Haro de Torres J. Dermatitis por contacto. *Protoc diagn ter pediater*. 2019; 2:177-84. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/12_dermatitis_contacto.pdf.
15. Woon FC, Chin YS, Ismail IH, Chan YM, Batterham M, Latiff AHA, et al. Contribución de la nutrición temprana en el desarrollo de desnutrición y enfermedades alérgicas en el primer año de vida: un protocolo de estudio para el Mother and Infant Cohort Study (MICOS). *BMC Pediatría*. 2018;18:233. Disponible en: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-018-1219-3>
16. Escarrer Jaume M, Guerra Pérez MT. Dermatitis atópica. *Protoc diagn ter pediater*. 2019; 2:161-75. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11_dermatitis_atopica.pdf
17. Alvarado Cuenca, R. I., Manteca Oñate, M. de los Ángeles, Coral Hernández, D. N., & Sócola Macas, R. Y. (2022). Dermatitis Atópica. *RECIAMUC*, 6(3), 294-304. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/909>
18. Arellano J., et al. Guía clínicas chilenas para el manejo de pacientes con dermatitis atópica. *Rev chil dermatol* 2021; 37 (4) – 121. Disponible en: <https://www.rcderm.org/index.php/rcderm/article/download/449/425>.
19. Leyva Montero M., et al. Atopic dermatitis: physiopathology and its clinical implications. Artículo de revisión. *Correo Científico Médico (CCM)* 2020; 24(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2020/ccm201q.pdf>
20. Silva Amanda Maria Luz e, Monteiro Gicely Regina Sobral da Silva, Tavares Adrienny Nunes da Silva, Pedrosa Zenaide Verônica Ribeiro da Silva. La introducción alimentaria precoz y el riesgo de alergias: revisión de la literatura. *Enferm. glob*. 2019; 18 (54): 470-511. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000200017&lng=es.
21. Celorio W., Benavides E. Probióticos y Prebióticos: Beneficios en Dermatología. *Rev chil dermatol* 2021; 37 (1). Disponible en: <https://www.rcderm.org/index.php/rcderm/article/view/364>
22. Viada M., Leschinsky V., Gomila A. Dermatitis atópica en niños y vitamina D. Un estudio analítico retrospectivo. *Rev. Methodo* 2019;4(2):41-43. Disponible en: <https://methodo.ucc.edu.ar/files/vol4/num2/PDF/Dermatitis%2003.pdf>
23. Verde Carmen Villarreal, Medina Maritza Dorila Placencia, Sifuentes Violeta Alicia Nolberto. Lactancia materna exclusiva y factores asociados en madres que asisten a establecimientos de salud de Lima Centro. *Rev. Fac. Med. Hum.* [Internet]. 2020 Abr; 20 (2): 287-294. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000200287&lng=es.

24. Organización Panamericana de la Salud. Leche materna desde la primera hora de vida. 2018. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14530:3-in-5-babies-not-breastfed-in-the-first-hour-of-life&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
25. Maldonado-Gómez Winston, Chuan-Ibáñez Janet, Guevara-Vásquez Génesis, Gutiérrez César, Sosa-Flores Jorge. Asociación entre lactancia materna exclusiva y dermatitis atópica en un hospital de tercer nivel de atención. Rev. perú. med. exp. salud pública. 2019 Jun; 36(2): 239-246. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200010.
26. Ibáñez Tortajada M., Sorlí Guerola J. V. Efecto de la lactancia materna en la calidad de vida y en el desarrollo de la dermatitis atópica. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015 Jun; 17 (66): 115-124. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v17n66/03_original2.pdf.
27. Gutierrez Z., et al. Relación entre el tipo de parto y dermatitis atópica en lactantes menores de 4 meses en hospital Adolfo Guevara Velasco, Cusco 2020 – 2021. Universidad Andina del Cusco. Perú. 2021. Disponible en: https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/4050/Yoselin_Max_Tesis_bachiller_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Rincón P., et al. Características clínicas de una población con dermatitis atópica en un centro de tercer nivel. Rev. alerg. Méx. [revista en la Internet]. 2021 Mar; 68 (1): 12-25. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902021000100012&lng=es
29. González Miltos MA, Meza R, Sánchez Bernal S. Alergias alimentarias en pediatría: frecuencia, características clínicas y alérgenos más frecuentes en pacientes de un consultorio pediátrico de alergia de referencia. Pediatr (Asunción). 15 de diciembre de 2021; 48(3):187-94.
30. Armario H., Galán M., y Carrascosa C. Dermatitis atópica. Más Dermatol. España. 2021, 34: 5-13. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7862251>

XI. ANEXOS:

ANEXO 01

SOLICITO: Autorización para revisión de Historias clínicas

Dr. Ruiz Méndez, Ángel Pedro
Director del Hospital Albrecht de Trujillo
Presente:

Yo, Bulmer Franco Llerena Leiva identificado con DNI N° 73894415; con ID N° 000164937, estudiante del Programa Profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, ante Ud. me presento y expongo:

Que, por motivo de encontrarme en el último año de la carrera y siendo necesario ejecutar un proyecto de investigación, solicito a Ud. su apoyo y autorización para revisión de Historias Clínicas del área de pediatría de su digna institución con el fin de culminar mi tesis titulada: "Lactancia materna exclusiva como factor protector de alergias cutáneas en prematuros durante el primer año de vida".

Por lo expuesto:
Espero sea aceptada mi petición por ser de justicia.

Trujillo 01 de octubre del 2023

Atentamente



Bulmer Franco Llerena Leiva

ANEXO 02

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS (CASOS) 2012-2022 CON DERMATITIS ATOPIICA Y/O DE CONTACTO													
N° FICHA	FECHA	EDAD	SEXO	LME (SI/NO)	DERMATITIS ATOPIICA	DERMATITIS DE CONTACTO	EDAD GESTACIONAL (32 SEMANAS A 36 SEMANAS 6 DIAS)	PESO AL NACER	PARTO VAGINAL O CESAREA	ANTECEDENTE DE FAMILIAR CON ECCEMA	ANTECEDENTE FAMILIAR DE ALERGIA A ALIENTOS	ANTECEDENTE FAMILIAR DE ASMA	ANTECEDENTE FAMILIAR DE RINITIS ALERGICA
1		8a	M	NO	NO	SI	32	1754	V	SI	SI	SI	SI
2		6a	M	NO	SI	SI	35	2180	C	NO	NO	SI	NO
3		3a	F	SI	SI	NO	33	1840	V	SI	SI	SI	SI
4		11m	M	NO	SI	NO	36	2340	V	SI	SI	SI	SI
5		9a	F	NO	SI	NO	32	1780	C	NO	SI	SI	SI
6		10a	M	NO	SI	NO	34	1998	V	SI	NO	SI	NO
7		4a	M	SI	SI	NO	32	1710	V	SI	SI	SI	SI
8		6a	M	NO	SI	SI	36	2450	C	NO	SI	NO	NO
9		9a	F	SI	SI	NO	35	2160	V	SI	SI	SI	SI
10		3a	M	NO	SI	NO	32	1755	V	SI	SI	SI	SI
11		5a	F	NO	SI	SI	34	1824	C	NO	NO	NO	NO
12		2a	F	NO	SI	NO	33	1798	V	SI	SI	SI	SI
13		7a	F	NO	NO	SI	36	2426	V	SI	SI	SI	NO
14		4a	F	NO	SI	NO	32	1852	C	SI	SI	SI	SI
15		7a	M	NO	NO	SI	34	1988	V	SI	NO	NO	SI
16		1a	M	SI	NO	SI	32	1650	V	SI	SI	SI	SI
17		8a	F	NO	NO	SI	36	2385	V	SI	SI	SI	SI
18		5a	F	NO	SI	SI	32	1698	C	NO	NO	SI	SI
19		9a	M	SI	SI	NO	35	2172	V	SI	SI	SI	SI
20		2a	F	NO	SI	NO	34	1985	C	SI	SI	SI	SI
21		10a	M	SI	SI	NO	34	2054	V	NO	NO	SI	SI
22		1a	M	NO	SI	NO	36	2390	V	SI	SI	SI	SI
23		3a	F	SI	SI	NO	33	1815	V	SI	SI	SI	SI
24		7a	M	NO	SI	SI	32	1674	C	NO	SI	NO	NO
25		9a	F	NO	SI	NO	34	1979	V	SI	SI	SI	SI
26		1a	M	NO	SI	NO	34	1996	V	SI	SI	SI	SI
27		5a	M	SI	SI	NO	33	1808	V	SI	SI	SI	SI
28		3a	F	NO	SI	SI	35	2186	C	NO	NO	NO	NO
29		6a	M	SI	SI	NO	36	2385	V	SI	SI	SI	SI
30		1a	M	NO	NO	SI	32	1645	V	SI	SI	NO	SI
31		7a	F	NO	SI	NO	34	1988	V	SI	SI	SI	SI
32		2a	M	SI	SI	NO	36	2435	V	SI	SI	SI	SI
33		8a	M	NO	SI	SI	35	2190	C	NO	NO	NO	NO
34		2a	M	SI	SI	NO	36	2404	C	SI	SI	SI	NO
35		7a	F	NO	NO	SI	35	2178	V	SI	SI	SI	SI
36		10a	F	NO	SI	SI	33	1816	V	SI	SI	SI	SI
37		2a	F	SI	SI	SI	32	1678	V	SI	SI	SI	SI
38		3a	M	NO	SI	SI	32	1690	C	NO	NO	NO	NO
39		7a	M	NO	SI	NO	35	2188	V	SI	SI	SI	SI
40		2a	F	SI	SI	NO	35	2190	V	SI	SI	SI	SI
41		10a	F	NO	NO	SI	33	1814	V	SI	NO	SI	SI
42		4a	M	SI	SI	NO	35	2160	V	SI	SI	SI	SI
43		7a	F	NO	SI	SI	34	1973	C	NO	SI	NO	NO
44		2a	M	NO	SI	NO	32	1625	V	SI	SI	SI	SI
45		9a	M	NO	SI	SI	33	1799	C	NO	NO	SI	SI
46		6a	M	SI	SI	NO	36	2344	V	SI	SI	SI	SI
47		9a	M	NO	NO	SI	35	2160	V	SI	SI	SI	SI
48		2a	F	NO	SI	SI	34	1983	C	NO	NO	NO	NO
49		3a	F	SI	NO	SI	32	1642	V	SI	SI	SI	SI
50		7a	M	NO	SI	NO	34	1995	V	SI	SI	SI	SI
51		5a	F	NO	SI	SI	36	2380	C	NO	NO	NO	NO
52		8a	M	NO	SI	NO	35	2170	V	SI	SI	SI	SI
53		2a	F	NO	SI	NO	32	1680	C	SI	SI	SI	NO
54		6a	M	NO	SI	NO	33	1812	V	SI	SI	SI	SI
55		3a	F	NO	SI	SI	36	2407	C	NO	NO	NO	SI
56		1a	M	NO	SI	NO	35	2190	V	SI	SI	SI	SI
57		4a	M	SI	NO	SI	32	1707	V	NO	SI	NO	SI
58		4a	F	NO	SI	NO	36	2405	V	SI	NO	SI	SI
59		2a	M	NO	SI	NO	35	2195	V	SI	SI	SI	SI
60		3a	F	NO	SI	SI	36	2387	C	NO	NO	NO	NO
61		3a	M	NO	NO	SI	35	2174	V	SI	SI	SI	SI
62		4a	M	NO	SI	NO	35	2198	V	SI	SI	SI	SI
63		2a	F	NO	SI	NO	33	1798	V	SI	SI	SI	SI
64		5a	M	NO	SI	SI	36	2406	C	NO	SI	NO	NO
65		9a	M	NO	SI	NO	35	2177	V	SI	SI	SI	SI
66		7a	M	NO	SI	SI	34	1998	C	NO	NO	SI	NO
67		1a	F	SI	NO	SI	32	1723	V	SI	SI	SI	SI
68		7a	F	NO	SI	NO	35	2186	V	SI	SI	SI	SI
69		3a	M	NO	SI	NO	33	1799	V	SI	SI	SI	SI
70		10a	F	NO	SI	SI	36	2406	C	NO	SI	NO	NO
71		2a	M	SI	SI	NO	36	2348	V	SI	SI	SI	SI
72		7a	F	NO	SI	NO	36	2393	V	SI	SI	SI	SI
73		8a	M	NO	SI	NO	32	1642	V	SI	SI	SI	SI
74		2a	F	NO	SI	SI	35	2167	C	NO	NO	NO	SI
75		9a	F	NO	SI	NO	33	1805	V	SI	SI	SI	SI
76		4a	F	NO	NO	SI	32	1649	V	SI	NO	SI	SI
77		10a	M	NO	SI	NO	35	2166	V	SI	SI	SI	SI
78		2a	F	NO	SI	SI	36	2353	C	NO	NO	NO	NO
79		8a	M	NO	SI	NO	34	1984	V	SI	SI	SI	SI
80		3a	F	SI	SI	NO	33	1796	V	SI	SI	SI	SI
81		7a	F	NO	SI	SI	35	2348	C	NO	NO	NO	NO
82		1a	M	NO	SI	SI	32	1695	C	NO	NO	NO	SI
83		3a	M	NO	SI	NO	36	2387	V	SI	SI	SI	SI
84		9a	M	SI	SI	NO	34	1978	V	SI	SI	SI	SI
85		5a	F	NO	NO	SI	34	1986	V	SI	SI	SI	NO
86		9a	F	SI	NO	SI	35	2168	C	NO	SI	NO	SI
87		7a	M	NO	SI	NO	34	1996	V	SI	SI	SI	SI
88		2a	F	NO	NO	SI	35	2165	V	SI	SI	SI	SI
89		5a	M	SI	SI	NO	36	2353	V	SI	SI	SI	SI
90		9a	F	NO	SI	SI	32	1673	C	NO	NO	NO	NO
91		6a	M	SI	SI	NO	33	1797	V	SI	SI	SI	SI
92		1a	F	NO	SI	SI	33	1801	C	NO	NO	SI	NO
93		9a	M	SI	SI	NO	34	1979	V	SI	SI	SI	SI
94		7a	M	NO	SI	NO	36	2412	V	SI	SI	SI	SI
95		3a	M	NO	SI	NO	33	1817	C	SI	SI	SI	SI
96		1a	F	NO	SI	NO	35	2215	V	SI	SI	SI	SI
97		9a	F	NO	SI	SI	32	1756	C	NO	NO	NO	NO
98		3a	F	SI	NO	SI	32	1804	V	SI	SI	SI	SI
99		7a	F	NO	SI	NO	34	1989	V	SI	SI	SI	SI
100		2a	F	SI	NO	SI	34	1994	C	NO	SI	NO	SI
101		10a	M	NO	SI	NO	35	2168	V	SI	NO	SI	SI
102		3a	M	SI	NO	SI	35	2189	V	SI	SI	SI	SI
103		9a	F	NO	SI	SI	34	1991	C	NO	SI	NO	NO
104		3a	F	NO	SI	NO	36	2445	V	SI	SI	SI	SI
105		10a	F	NO	SI	NO	34	1994	V	SI	SI	SI	SI
106		2a	M	NO	SI	SI	33	1814	C	NO	NO	SI	NO

ANEXO 3

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS (CONTROLES) 2012-2022 SIN ALERGIAS DERMATITIS ATOPICA Y CONTACTO											
N° FICHA	FECHA	EDAD	SEXO	LME (SI/NO)	EDAD GESTACIONAL (32 SEMANAS A 36 SEMANAS 6 DIAS)	PESO AL NACER	PARTO VAGINAL O CESAREA	ANTECEDENTE DE FAMILIAR CON ECCEMA	ANTECEDENTE FAMILIAR DE ALERGIA A ALIENTOS	ANTECEDENTE FAMILIAR DE ASMA	ANTECEDENTE FAMILIAR DE RINITIS ALERGICA
1		11m	F	SI	36	2275	V	SI	SI	SI	SI
2		3a	M	SI	32	1690	V	SI	SI	SI	SI
3		9a	M	NO	35	2108	C	NO	NO	SI	NO
4		4a	F	SI	33	1694	V	SI	SI	SI	SI
5		7a	M	SI	34	1929	V	SI	SI	SI	SI
6		1a	M	SI	35	2096	V	SI	SI	SI	SI
7		8a	M	SI	32	1690	C	SI	NO	SI	SI
8		6a	F	SI	36	2298	V	SI	SI	SI	SI
9		2a	F	SI	36	2310	V	SI	SI	SI	SI
10		10a	M	NO	32	1694	C	NO	SI	NO	NO
11		4a	F	SI	33	1688	V	SI	SI	SI	SI
12		8a	M	SI	36	2301	V	SI	SI	SI	SI
13		2a	F	SI	35	2168	V	SI	SI	SI	SI
14		7a	F	NO	32	1674	C	NO	NO	NO	NO
15		4a	F	SI	34	2505	V	SI	SI	SI	SI
16		9a	F	SI	35	2235	V	SI	SI	SI	SI
17		1a	M	SI	33	1703	V	SI	NO	SI	SI
18		6a	F	SI	36	2367	V	SI	SI	SI	SI
19		3a	M	SI	32	1705	V	SI	SI	SI	SI
20		7a	M	NO	33	1712	C	NO	NO	NO	NO
21		1a	F	SI	34	1967	V	SI	SI	SI	SI
22		9a	M	SI	35	2098	V	SI	SI	SI	SI
23		5a	F	SI	32	1865	V	SI	SI	SI	SI
24		1a	M	SI	36	2431	V	SI	SI	SI	SI
25		7a	F	SI	35	2086	V	SI	SI	SI	SI
26		5a	F	NO	35	2109	C	NO	SI	NO	SI
27		8a	F	SI	33	1766	V	SI	SI	SI	SI
28		2a	M	SI	35	2164	V	SI	SI	SI	SI
29		6a	F	SI	32	1788	V	SI	SI	SI	SI
30		7a	M	SI	36	2456	C	SI	NO	SI	NO
31		3a	F	SI	34	1977	V	SI	SI	SI	SI
32		10a	M	SI	34	2115	V	SI	SI	SI	SI
33		1a	M	SI	32	1789	V	SI	SI	SI	SI
34		5a	F	SI	32	1985	V	SI	SI	SI	SI
35		9a	M	SI	33	1832	V	SI	SI	SI	SI
36		2a	F	NO	36	2343	C	NO	NO	NO	NO
37		6a	F	SI	35	2214	V	SI	SI	SI	SI
38		3a	M	SI	32	1843	V	SI	SI	SI	SI
39		6a	M	SI	36	2324	V	SI	SI	SI	SI
40		8a	M	SI	36	2431	V	SI	SI	SI	SI
41		1a	M	SI	34	2063	V	SI	SI	SI	SI
42		4a	F	NO	36	2289	C	NO	NO	NO	NO
43		6a	F	SI	32	1754	V	SI	SI	SI	SI
44		3a	M	SI	35	2065	V	SI	SI	SI	SI
45		8a	F	NO	33	1760	C	NO	NO	NO	NO
46		3a	M	SI	33	1832	V	SI	SI	SI	SI
47		1a	F	SI	32	1766	V	SI	SI	SI	SI
48		6a	M	SI	35	2112	V	SI	SI	SI	SI
49		3a	F	SI	33	1697	V	SI	SI	SI	SI
50		3a	F	NO	36	2368	C	NO	NO	SI	NO
51		5a	M	SI	34	1968	V	SI	SI	SI	SI
52		4a	F	SI	35	2082	V	SI	SI	SI	SI
53		9a	M	SI	32	1661	V	SI	SI	SI	SI
54		1a	F	SI	35	2105	V	SI	NO	SI	SI
55		5a	F	SI	33	1854	V	SI	SI	SI	SI
56		7a	M	SI	32	1816	V	SI	SI	NO	SI
57		4a	M	SI	36	2326	V	SI	SI	SI	SI
58		9a	F	SI	36	2473	V	SI	SI	SI	SI
59		3a	F	NO	32	1816	C	NO	NO	NO	NO
60		4a	M	SI	35	2239	V	SI	SI	SI	SI
61		7a	M	SI	35	2143	V	SI	SI	SI	SI
62		8a	F	SI	32	1854	V	SI	SI	SI	SI
63		1a	M	NO	34	1978	C	NO	NO	NO	NO
64		3a	F	SI	36	2364	V	SI	SI	SI	SI
65		7a	M	SI	32	1869	V	SI	SI	SI	SI
66		4a	F	SI	32	1690	V	SI	SI	SI	SI
67		9a	F	SI	36	2254	V	SI	SI	SI	SI
68		1a	M	SI	34	1988	V	SI	SI	SI	SI
69		4a	F	SI	33	1743	V	SI	SI	SI	SI
70		9a	M	NO	36	2354	C	NO	NO	NO	NO
71		2a	F	SI	32	1696	V	SI	SI	SI	SI
72		5a	M	SI	34	1978	V	SI	SI	SI	SI
73		6a	M	SI	36	2270	V	SI	SI	SI	SI
74		6a	F	SI	33	1690	V	SI	SI	SI	SI
75		8a	F	SI	36	2316	V	SI	SI	SI	NO
76		2a	M	SI	32	1795	V	SI	NO	NO	SI
77		7a	F	SI	35	2197	V	SI	SI	SI	SI
78		4a	M	SI	33	1768	C	SI	SI	SI	SI
79		9a	M	SI	32	1896	V	SI	SI	SI	SI
80		2a	F	SI	34	2231	V	SI	SI	SI	SI
81		5a	M	SI	36	2469	V	SI	SI	SI	SI
82		4a	F	NO	32	1784	C	NO	NO	NO	NO
83		6a	M	SI	33	1977	V	SI	SI	SI	SI
84		9a	F	SI	34	2067	V	SI	SI	SI	SI
85		2a	F	SI	35	2168	V	SI	SI	SI	SI
86		5a	F	SI	32	1783	V	SI	SI	SI	SI
87		8a	M	SI	33	1862	V	SI	SI	SI	SI
88		9a	M	SI	36	2459	V	SI	SI	SI	SI
89		1a	F	NO	33	1896	C	NO	SI	NO	NO
90		3a	M	SI	35	2104	V	SI	SI	SI	SI
91		1a	M	SI	32	1765	V	SI	SI	SI	SI
92		6a	F	SI	33	1882	V	SI	SI	SI	SI
93		3a	M	SI	36	2293	V	SI	NO	NO	NO
94		7a	F	SI	32	1871	V	SI	SI	SI	SI
95		5a	M	SI	35	2105	V	SI	SI	SI	SI
96		8a	F	SI	33	1997	V	SI	SI	SI	SI
97		9a	F	SI	36	2865	V	SI	SI	SI	SI
98		9a	M	NO	32	1899	C	NO	NO	NO	NO
99		3a	F	SI	34	2321	V	SI	SI	SI	SI
100		4a	M	SI	36	2444	V	SI	SI	SI	SI
101		2a	F	SI	33	1954	V	SI	SI	SI	SI
102		1a	M	NO	34	2052	C	NO	NO	NO	SI
103		10m	F	SI	32	1982	V	SI	SI	SI	SI
104		3a	M	SI	34	2085	V	SI	SI	SI	SI
105		3a	M	NO	35	2118	C	NO	NO	NO	NO
106		5a	M	SI	36	2363	V	SI	SI	SI	SI