

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



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

---

**Lactancia mixta como factor de riesgo para otitis media aguda en menores de 5 años Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura, 2016 – 2023**

---

**Área de investigación:**

Enfermedades infecciosas y tropicales

**Autor:**

More Garcia, Katherine Judith

**Jurado evaluador:**

**Presidente:** Delgado Seminario, Paulo Cesar

**Secretario:** Avellaneda Herrera, Manuel Edmundo

**Vocal:** Chu Córdova, Vanina

**Asesor:**

Landa Pérez, Luis Abraham

Código Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-6744-6444>

**PIURA – PERÚ**

**2024**

**Fecha de sustentación:** 12/04/2024

# Lactancia mixta como factor de riesgo para otitis media aguda en menores de 5 años Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura, 2016 – 2023

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>repositorio.upao.edu.pe</b><br>Fuente de Internet                             | <b>9%</b> |
| <b>2</b> | <b>repositorio.upsjb.edu.pe</b><br>Fuente de Internet                            | <b>3%</b> |
| <b>3</b> | <b>Submitted to Universidad Privada Antenor Orrego</b><br>Trabajo del estudiante | <b>1%</b> |
| <b>4</b> | <b>www.medigraphic.com</b><br>Fuente de Internet                                 | <b>1%</b> |
| <b>5</b> | <b>revista.nutricion.org</b><br>Fuente de Internet                               | <b>1%</b> |

Excluir citas      Activo

Excluir bibliografía      Activo

Excluir coincidencias      < 1%

Dr. Luis Abraham Landa Perez  
Médico Pediatra  
C.M.P. 27684 RNE. 14023

### **Declaración de originalidad**

Yo, **Landa Pérez Luis Abraham**, docente del Programa de Estudio de Medicina Humana, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de investigación titulada **“Lactancia mixta como factor de riesgo para otitis media aguda en menores de 5 años Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura, 2016 – 2023”**, autora Katherine Judith More Garcia, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 15%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el 25 de abril del 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: Piura, 25 de abril del 2024.

#### **ASESOR**

Dr. Landa Pérez Luis Abraham

DNI: 10712481

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-6744-6444>

FIRMA:



Dr. Luis Abraham Landa Pérez  
Médico Pediatra  
C.M.P. 27884 R.N.E. 14023

#### **AUTOR**

More Garcia, Katherine Judith

DNI: 45641120

FIRMA:



## DEDICATORIA

Dedico este trabajo con profundo agradecimiento y amor a mi querida madre, Esther, cuyo inquebrantable apoyo, orientación y aliento han sido pilares fundamentales en cada etapa de este apasionante viaje académico. Este logro no habría sido posible sin su valioso aporte y su constante presencia en mi vida.

A mis adorables padres, Agripina y Román, les dedico este esfuerzo. Su dedicación, apoyo incondicional y sabias enseñanzas me han guiado para superar desafíos y alcanzar mis metas, así como también han sido una inspiración constante para mí.

A mis queridos hermanos, Ana y Marco, quienes han compartido conmigo cada paso de este camino. Su amor y aliento han sido un estímulo invaluable en este recorrido académico.

A cada uno de ustedes, mi familia, tíos, primos, les dedico este logro con la esperanza de que sientan parte de este triunfo. Gracias por ser mi red de apoyo, por alentarme en los momentos difíciles y por celebrar conmigo en los momentos de victoria. Este logro es tanto suyo como mío.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios y a la Virgen, por iluminar cada paso en este camino académico y por ser la fuerza que impulsa mis logros. En este recorrido, su divina guía ha dirigido mis pasos, proporcionándome sabiduría y determinación. Agradezco las bendiciones recibidas, las lecciones aprendidas en los desafíos y las alegrías que han enriquecido mi vida.

A mi asesor de tesis, el Dr. Luis Abraham Landa Pérez, le expreso mi agradecimiento por su orientación, compromiso, generosidad y dedicación, elementos que fueron esenciales para el desarrollo y culminación de este trabajo.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar si la lactancia mixta es un factor de riesgo para otitis media aguda en menores de 5 años atendidos en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura 2016 - 2023.

**Material y método:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y analítico de casos y controles. La muestra estuvo conformada por 92 niños: 46 en el grupo de casos y 46 en el grupo control, seleccionados por muestreo probabilístico aleatorio simple. La información obtenida de las historias clínicas que cumplían con los criterios de selección fue registrada en una ficha de recolección de datos. Los datos obtenidos fueron procesados a través de IBM SPSS Statistics 27.

**Resultados:** Se evidenció que el 67.4% de los niños con otitis media aguda recibieron lactancia mixta, mientras que en el grupo sin otitis media aguda fue el 37%. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ), con un Odds Ratio de 3.53 (IC 95%: 1.49 - 8.33), indicando un riesgo 3.53 veces mayor de presentar otitis media aguda en niños con lactancia mixta en comparación con lactancia materna exclusiva. No se encontraron asociaciones significativas entre variables intervinientes (Sexo, Edad, Peso al nacer, Vía de parto, Antecedente de atopia y Área de residencia) y la presencia de otitis media aguda en menores de 5 años ( $p > 0.05$ ), ninguna de ellas se identificó como factor de riesgo para esta afección.

**Conclusiones:** Se concluye que la lactancia mixta es un factor de riesgo para la otitis media aguda en menores de 5 años.

**Palabras clave:** otitis media aguda, lactancia mixta, niño, Lactancia Materna Exclusiva.

## ABSTRACT

**Objective:** Determine if mixed breastfeeding is a risk factor for acute otitis media in children under 5 years of age treated at the Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 in Piura 2016 - 2023.

**Material and method:** A retrospective, observational and analytical case-control study was carried out. The sample was made up of 92 children: 46 in the case group and 46 in the control group, selected by simple random probabilistic sampling. The information obtained from the medical records that met the selection criteria was recorded in a data collection form. The data obtained were processed through IBM SPSS Statistics 27.

**Results:** It was evident that 67.4% of children with acute otitis media received mixed breastfeeding, while in the group without acute otitis media it was 37%. This difference was statistically significant ( $p < 0.05$ ), with an Odds Ratio of 3.53 (95% CI: 1.49 - 8.33), indicating a 3.53 times greater risk of presenting acute otitis media in children with mixed breastfeeding compared to breastfeeding. exclusive. No significant associations were found between intervening variables (Sex, Age, Birth weight, Route of delivery, History of atopy and Area of residence) and the presence of acute otitis media in children under 5 years of age ( $p > 0.05$ ), none of them. was identified as a risk factor for this condition.

**Conclusions:** It is concluded that mixed breastfeeding is a risk factor for acute otitis media in children under 5 years of age.

**Keywords:** acute otitis media, mixed breastfeeding, child, Exclusive Breastfeeding.

## **PRESENTACIÓN**

De acuerdo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, presento la Tesis Titulada “LACTANCIA MIXTA COMO FACTOR DE RIESGO PARA OTITIS MEDIA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS - HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ COREA SANTA ROSA II-2 DE PIURA, 2016 – 2023”, un estudio observacional retrospectivo y analítico de casos y controles, que tiene como objetivo Determinar si la lactancia mixta es un factor de riesgo para otitis media aguda en menores de 5 años atendidos en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura, 2016 - 2023.

Con el propósito de enriquecer la evidencia científica en el campo de la pediatría, esta investigación se centra en arrojar luz sobre la relación entre la lactancia mixta y presencia de otitis media aguda en la población infantil. Los resultados obtenidos podrían proporcionar información valiosa para los profesionales de la salud y padres, permitiéndoles tomar decisiones informadas sobre las prácticas de lactancia y su impacto en la salud auditiva de los niños.

Además, se espera que los hallazgos de este estudio sirvan como base para el diseño de estrategias de prevención y orientación en el ámbito pediátrico, promoviendo así la salud auditiva. La prevención de la otitis media aguda, una afección común en la infancia es esencial para garantizar el bienestar de los niños y reducir la carga en los sistemas de salud.

Por lo tanto, someto la presente Tesis para obtener el Título de Médico Cirujano a evaluación del Jurado, confiando en que este trabajo pueda contribuir significativamente al conocimiento científico y al cuidado integral de la salud infantil.



## INDICE

|  |    |
|--|----|
| DEDICATORIA .....                      | 4  |
| AGRADECIMIENTO .....                   | 5  |
| RESUMEN.....                           | 6  |
| ABSTRACT .....                         | 7  |
| PRESENTACIÓN .....                     | 8  |
| I. INTRODUCCIÓN.....                   | 10 |
| II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA .....       | 15 |
| III. HIPÓTESIS .....                   | 15 |
| IV. OBJETIVOS .....                    | 15 |
| 4.1. OBJETIVO GENERAL: .....           | 15 |
| 4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....      | 15 |
| V. MATERIAL Y MÉTODOS.....             | 16 |
| 5.1. DISEÑO DE ESTUDIO:.....           | 16 |
| 5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....          | 17 |
| 5.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN .....      | 17 |
| 5.4. MUESTRA:.....                     | 18 |
| 5.5. VARIABLES:.....                   | 19 |
| 5.6. DEFINICIONES OPERACIONALES: ..... | 20 |
| 5.7. PROCEDIMIENTO: .....              | 20 |
| 5.8. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS: .....  | 21 |
| VI. RESULTADOS .....                   | 23 |
| VII. DISCUSIÓN .....                   | 26 |
| VIII. CONCLUSIONES .....               | 29 |
| IX. RECOMENDACIONES .....              | 30 |
| X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....    | 31 |
| XI. ANEXOS .....                       | 35 |

## I. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva (LME) es “definida como la alimentación del lactante sólo con leche materna sin inclusión de sólidos ni otros líquidos” (1), “durante los primeros 6 meses de vida” (2), una práctica biológica, sujeta a modificaciones por influencia social, económica y cultural, antiguamente los infantes de la clase privilegiada no eran amamantados por sus madres, esta función era delegada a las mujeres con escasos recursos económicos, las llamadas madres de alquiler o nodrizas, los lactantes que no podían recibir leche materna se recomendaba alimentarlos con leche de cabra, de asna y de vaca (3).

Durante el Siglo XIX con la pasteurización de la leche de vaca hizo que esta se convierta en una leche segura y popular, del mismo modo el desarrollo de la industria química permitió realizar modificaciones en la composición de este tipo de leche para semejarse a la leche humana obteniéndose la primea leche de formula (3).

En el siglo pasado la tasa de mujeres que daban de lactar a sus hijos disminuyó, resultado de diversos factores, como la creciente participación de las mujeres en el ámbito laboral remunerado, la corriente feminista que ve a la lactancia artificial como una vía hacia la emancipación, la presión ejercida por el área industrial de los sucedáneos de leche materna, la creencia arraigada en una parte de la población y de la clase sanitaria quienes estaban convencidos ciegamente en avances científico técnicos, los cuales influenciaron que “el pensamiento dominante acepte que todo lo artificial es mejor que lo natural” (4), hizo que se incremente la lactancia artificial como método de alimentación (4,5).

Por esta razón organismos como la OMS, UNICEF reaccionaron frente a esta situación y realizaron reuniones sobre “Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, y finalmente el 21.05.1981 se aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna” (4), pautas creadas para preservar la lactancia materna, lamentablemente no lograron modificar las tasas de este tipo de alimentación, también se realizó declaraciones sobre Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna (LM) en el año 1989 para educar a los padres y sobre todo ponerlo en práctica (4,6).

Sin embargo, en esa época la incidencia de mortalidad infantil en edades de 0 a 5 años era elevada pese al trabajo de los organismos en el apoyo de la LM, por esta razón se aprobó “por consenso de la 55ª Asamblea de la OMS, en mayo del 2002 y por la Junta Ejecutiva de UNICEF, unos meses después” (3), la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño”, con el interés de incrementar los índices en la práctica de amamantamiento y mejorar la salud de los infantes (3).

En el presente momento “la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Academia Americana de Pediatría (AAP), el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría (AEP) recomienda la alimentación exclusiva del pecho durante los primeros seis meses de vida del niño y continuar con el amamantamiento junto con otros alimentos que complementen la alimentación hasta los dos años o más” (6). Debido a que la leche materna es el fluido primordial, medioambientalmente amigable y seguro para alimentar al lactante (7,8), puesto que contiene nutrientes esenciales para un correcto crecimiento y mejor desarrollo a nivel biológico, psicomotor, social y un mayor coeficiente intelectual (8), así como componentes inmunológicos tales como la inmunoglobulina IgA que protegen contra enfermedades infecciosas: respiratorias, gastrointestinales, entre otras, disminuye el riesgo de presentar patologías alérgicas, obesidad, diabetes (9), hipertensión, enfermedades cardiovasculares, dislipidemia (10) además establece el vínculo madre-hijo (3) y proporciona beneficios en el sistema estomatognático que contribuye a un adecuado desarrollo de la boca del bebé y prevenir alteraciones del lenguaje, mal oclusiones dentaria, debido a la ejercitación de los músculos al momento de realizar la succión y la deglución (11).

A pesar de contar con respaldo científico proveniente de investigaciones que subrayan la relevancia y utilidad de la LM, así como los beneficios que aporta a los lactantes y a las madres, las tasas a nivel mundial de niños que reciben leche natural hasta los seis meses según la OMS es del 40% (12) y de acuerdo con la organización Panamericana de la Salud en la región de las Américas es el 38 % (12). Por lo tanto, la no alimentación o la interrupción de esta, incrementa el riesgo de adquirir enfermedades infecciosas, entre ellas una de la más frecuentes la otitis media aguda (OMA), que se describe como un “proceso séptico-inflamatorio del recubrimiento mucoperióstico del oído medio” (13), causado por virus o bacterias que provoca la formación de exudado la cual se manifiesta mediante “fiebre,

irritabilidad, apatía, cefalea, vómitos, alteración del patrón del sueño, diarrea, otalgia” (14), este último síntoma suele ser repentino y severo, “y en lactantes se puede manifestar como un constante roce de la oreja asociado a un llanto excesivo” (14).

Se estima que más del 60% de los infantes presenta esta patología antes de año y más del 80% antes de los tres años, siendo más prevalente entre los 6 y 24 meses, con la disposición de la vacuna frente a *Streptococcus pneumoniae* la incidencia de OMA disminuyó un 19 % en los niños y 34% en neonatos, sin embargo continúa siendo una patología que presenta altas tasas “a nivel global en un 10.85% lo que corresponde a 709 millones de casos al año, siendo más frecuentes en niños menores de 5 años” (13); la prevalencia más alta se presenta en el continente africano con el 154.12% en África subsahariana oeste mientras que en los países de Europa Central se observa menor cantidad de casos con una prevalencia de 3.64% y en América Latina 4.25% (13–15).

Los elementos de riesgo vinculados a esta enfermedad son: edad, que alcanza su máxima incidencia en niños de 6 a 11 meses (14,16), familiar con antecedente de OMA recurrente (17), falta de lactancia materna (18), sexo masculino (16), raza blanca no hispana (17), prematuridad, guarderías y jardín de niños (19), bajo peso al nacer (20), uso del chupón o tetero, exposición al humo del tabaco, anomalías craneofaciales como paladar hendido, síndrome de Down, nivel socioeconómico bajo, Atopia (21).

El diagnóstico se fundamenta en la evaluación clínica y la exploración física, donde se utiliza la otoscopia o la otoscopia neumática, siendo este el método diagnóstico más efectivo; “los hallazgos otoscópicos que sustentan mayor certeza del diagnóstico son: abombamiento de la membrana timpánica y su enrojecimiento” (22). Sin embargo, el detectar líquido en el oído medio establece el diagnóstico; así mismo, durante la evaluación, es posible encontrar una membrana opaca, amarilla, retraída y con motilidad disminuida (21,23).

El tratamiento se enfoca en analgésicos como primer paso siendo suficiente “paracetamol a 15 mg/kg/dosis c/4-6 h”, como opción se puede administrar ibuprofeno (24) y amoxicilina a dosis elevadas (80-90 mg/kg) como antibiótico de primera elección o amoxicilina en asociación con ácido clavulánico (14).

En la revisión de las publicaciones, se detectó una correlación entre el método de lactancia y el desarrollo de OMA; En este contexto Beltrán A, (Ecuador 2020), desarrolló una investigación para identificar la asociación entre LME y la incidencia de OMA en niños de edades comprendidas entre 0 a 5 años que ingresaron en un hospital de Guayaquil desde octubre del 2018 hasta octubre 2019; realizaron un estudio con enfoque observacional y analítico, específicamente del tipo casos y controles retrospectivo, en el cual analizaron 150 expedientes. Los resultados fueron: de los pacientes estudiados 75 recibieron LME y los restantes lactancia parcial, se obtuvo 66 pacientes con OMA de los cuales el 9.33% (7 pacientes) fueron alimentados con LME, mientras que el 78.6% (59 pacientes) recibieron lactancia parcial, además la OMA fue más común en los varones (26.67%) y en preescolares (28.67%). Se concluyó que el método de lactancia materna está asociado con la aparición de otitis media aguda (25).

AL-Nawaiseh FK, et al. (Jordania 2022), realizó una investigación para evaluar la relación entre la LME y el desarrollo de OMA. Este estudio tuvo un enfoque observacional, retrospectivo de casos y controles, participaron 98 niños en el grupo de casos y 98 niños en el grupo de controles, con edad menor de 2 años; los resultados fueron: los niños que presentaron OMA, el 23,5% recibió lactancia artificial, mientras que el 40,8% fueron alimentados de forma no exclusiva, el 22,4% y 13,3% recibió lactancia exclusiva durante 3 meses y 6 meses, respectivamente; El 70,7% de los niños que no presentaron OMA habían sido amamantados exclusivamente hasta los 6 meses, en comparación con el 29,3% de los niños sin OMA que habían recibido lactancia exclusiva durante 3 meses. Se concluyó que proporcionar alimentación con fórmula a lactantes de 0 a 6 meses de edad, está relacionada con el desarrollo de OMA. Asimismo, se concluye que la LME ejerce un efecto protector en la aparición de OMA (26).

Gamarra P, (Trujillo 2014), realizó una investigación para identificar si la LME tenía un efecto protector frente a OMA en infantes atendidos en un Hospital de Trujillo. Esta investigación adoptó un enfoque analítico, observacional y retrospectivo de cohortes, y contó con una muestra de 120 niños menores de tres años. Los resultados revelaron que el 20% de los infantes que recibieron LME presentaron OMA, en contraste con el 42 % de los infantes que recibieron lactancia mixta.

Concluyó que la LME desempeña un papel beneficioso en la prevención de OMA en infantes de 0 a 3 años (27).

López V, (Lima 2018), realizó una investigación para establecer la relación entre LME y OMA en infantes menores de 5 años en el Hospital de Cañete en el año 2017. Esta investigación se desarrolló bajo un diseño analítico y retrospectivo de casos y controles, contó con una muestra de 90 niños, elegidos conforme con los criterios establecidos. Los resultados obtenidos indicaron que los menores que fueron alimentados mediante Lactancia Mixta, el 75% padeció OMA en contraste con el 93.5% que recibió LME, no padeció esta patología OR ,023(<1), la estimación de riesgo para lactancia materna y Otitis media aguda según género (masculino) fue ,051 siendo OR < 1 por lo que el riesgo es mayor en el género masculino (70.4%) y en preescolares (82.8%). Como conclusión principal, se pudo determinar de manera significativa una relación entre la lactancia mixta y la OMA en menores de 5 años. Además, se confirmó que la LME actúa como un factor preventivo frente a esta enfermedad (28).

El amamantamiento exclusivo suele recomendarse como el mejor alimento para los lactantes, puesto que brinda muchos beneficios, tales como: nutrientes esenciales para un buen desarrollo, protección inmunológica frente a procesos infecciosos. A pesar de estos beneficios ampliamente reconocidos, este tipo de alimento aún no alcanzado las tasas deseadas por la OMS, una de las razones a esta discrepancia en la actualidad se relaciona con el creciente uso de sustitutos de leche materna como método de alimentación, sola o en combinación con la leche humana, lo que se describe como lactancia mixta (10).

Por otro lado, la prevalencia de otitis media aguda es elevada, siendo una patología más significativa de la salud pública en la infancia. Esta afección, puede presentarse de forma tórpida y ocasionar graves complicaciones; De acuerdo, con la revisión se encontró una serie de investigaciones que abordan la asociación entre el tipo de lactancia materna y la incidencia de OMA. Sin embargo, no se ha identificado investigaciones similares que se hayan realizado en nuestra realidad, lo que realza la importancia de llevar a cabo este estudio para poder verificar si se replica esa situación en nuestro medio.

Por lo tanto, este estudio se justifica en virtud de la importancia de determinar si la Lactancia Mixta representa un factor de riesgo significativo para OMA en niños de 0 a 5 años en nuestro entorno. Los resultados obtenidos podrían proporcionar información valiosa para los profesionales de la salud y padres, permitiéndoles tomar decisiones informadas sobre las prácticas de lactancia y su impacto en la salud auditiva de los niños. Además, estos resultados podrían servir como base para el diseño de estrategias de prevención y orientación en el ámbito pediátrico, promoviendo así la salud auditiva.

## **II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

¿Es la lactancia mixta un factor de riesgo para otitis media aguda en menores de 5 años atendidos en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura 2016 - 2023?

## **III. HIPÓTESIS**

Hipótesis Alterna (Hi): La lactancia mixta es un factor de riesgo para otitis media aguda en menores de 5 años atendidos en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura 2016 - 2023.

Hipótesis Nula (H0): La lactancia mixta no es un factor de riesgo para otitis media aguda en menores de 5 años atendidos en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura 2016 - 2023.

## **IV. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar si la lactancia mixta es un factor de riesgo para otitis media aguda en menores de 5 años atendidos en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura 2016 – 2023.

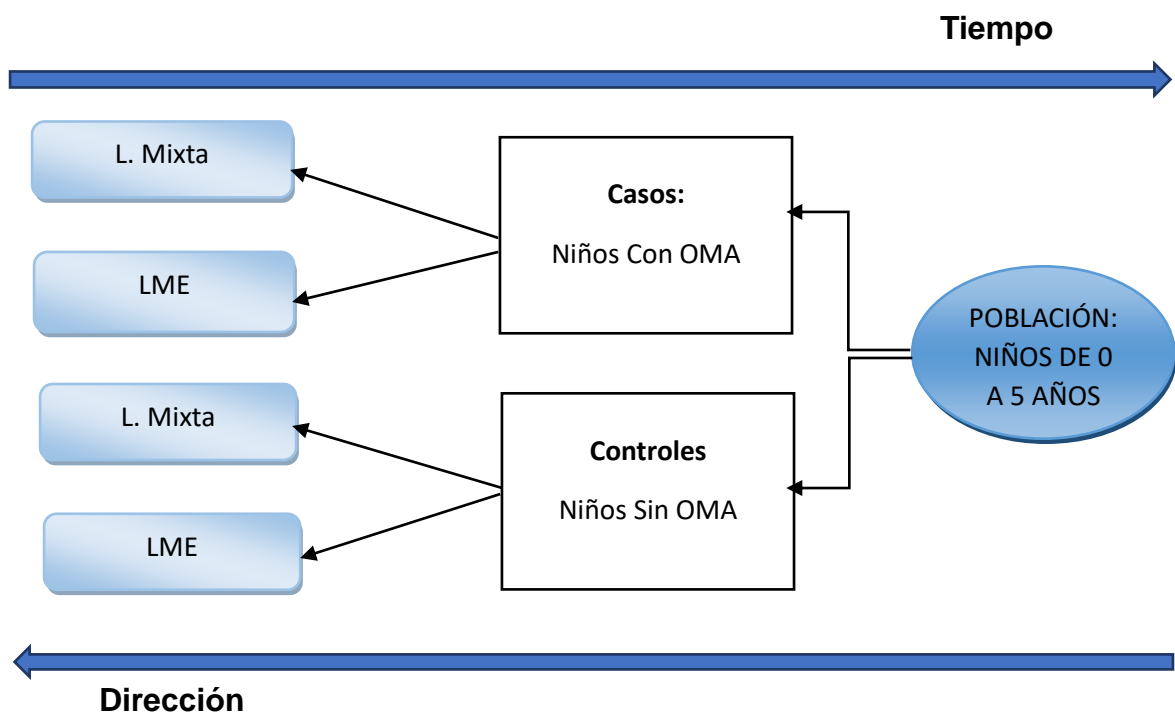
### **4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Evaluar la frecuencia de la lactancia mixta en menores de 5 años con otitis media aguda atendidos en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura 2016 – 2023.
- Evaluar la frecuencia de la lactancia mixta en menores de 5 años sin otitis media aguda atendidos en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura 2016 – 2023.
- Comparar la frecuencia de la lactancia mixta en menores de 5 años con y sin otitis media aguda atendidos en el Hospital de la Amistad Santa Rosa de Piura 2016 – 2023.
- Determinar si las variables intervinientes de los infantes (Sexo, Edad, Peso al nacer, Vía de parto, Antecedente de atopia y Área de residencia) se asocian a otitis media aguda en menores de 5 años atendidos en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura 2016 – 2023.

## V. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. DISEÑO DE ESTUDIO: casos y controles, retrospectivo y observacional.

### ESQUEMA DEL DISEÑO





## **5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO:** Integrada por todos los niños que han recibido atención médica en consultorio de Pediatría del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura 2016 – 2023.

## **5.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN (CASOS)**

- Niños de ambos géneros de 0 a 5 años.
- Niños alimentados mediante el método de lactancia mixta y lactancia materna exclusiva registrado como antecedente en la historia clínica.
- Niños con diagnóstico de otitis media aguda registrado en el historial clínico.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN (CONTROLES)**

- Niños de ambos géneros de 0 a 5 años.
- Niños alimentados mediante el método de lactancia mixta y lactancia materna exclusiva registrado como antecedente en la historia clínica.
- Niños sin diagnóstico de otitis media aguda, verificado en su historial clínico.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Niños prematuros.
- Niños con malformaciones congénitas: síndrome de Down, labio leporino y/o paladar hendido.
- Niños con inmunodeficiencias.
- Niños con malnutrición severa.
- Niños con otitis media aguda recurrente.
- Tumores nasofaríngeos.
- Hipertrofia adenoidea.
- Historia clínica con datos incompletos.

#### 5.4. MUESTRA:

El tipo de muestreo empleado fue el probabilístico aleatorio simple, la unidad de análisis se constituyó de cada niño que ha sido atendido en el consultorio de Pediatría del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura 2016 - 2023, que cumplieron con los criterios de selección, la unidad de muestreo fue la historia clínica de cada niño atendido en el consultorio de Pediatría del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura 2016 – 2023 y que cumplieron los criterios de selección.

El tamaño muestral se determinó mediante Epidat 4.2 y se basó en el estudio previamente realizado por López V. titulado “Lactancia Materna Exclusiva y Otitis Media Aguda en niños menores de 5 años en el Hospital Rezola de Cañete durante el año 2017” (28). La muestra incluyó 92 niños que fueron distribuidos en dos grupos: 46 en el grupo de casos (con diagnóstico de OMA) y 46 en el grupo control (sin diagnóstico de OMA).

#### Datos:

|                                    |         |
|------------------------------------|---------|
| Proporción de casos expuestos:     | 40,000% |
| Proporción de controles expuestos: | 75,000% |
| Odds ratio a detectar:             | 0,222   |
| Número de controles por caso:      | 1       |
| Nivel de confianza:                | 95,0%   |

#### Resultados:

| Potencia (%) | Tamaño de la muestra* |           |       |
|--------------|-----------------------|-----------|-------|
|              | Casos                 | Controles | Total |
| 90,0         | 46                    | 46        | 92    |

\*Tamaños de muestra para aplicar el test  $\chi^2$  con la corrección por continuidad de Yates ( $\chi^2$ ).

P1= Se propuso un valor de 40% dado que el de la referencia es muy pequeño.

P2= 75%

$\Phi = 45/45 = 1$

### 5.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

| Variable              | Tipo          | Naturaleza   | Dimensión   | Indicador        | Medición | Escala   |
|-----------------------|---------------|--------------|---|------------------|----------|--|
| Otitis media aguda    | Dependiente   | Cualitativa  | Diagnostica   | Historia clínica | Nominal  | Si<br>No   |
| Tipo de lactancia     | Independiente | Cualitativa  | Lactancia mixta<br><br>Lactancia materna exclusiva        | Historia clínica | Nominal  | Lactancia mixta<br><br>Lactancia materna exclusiva |
| Sexo                  | Interviniente | Cualitativa  | Biológica   | Historia clínica | Nominal  | Masculino<br>Femenino                              |
| Edad                  | Interviniente | Cualitativa  | Biológica   | Historia clínica | De Razón | Años   |
| Peso al nacer         | Interviniente | Cuantitativa | Biológica   | Historia clínica | De Razón | Macrosómico<br>Peso normal<br>Bajo peso            |
| Vía de parto          | Interviniente | Cualitativa  | Eutócico<br>Instrumental<br>Cesárea                       | Historia clínica | Nominal  | Eutócico<br>Instrumental<br>Cesárea                |
| Antecedente de atopia | Interviniente | Cualitativa  | Rinitis alérgica<br>Asma bronquial<br>Dermatitis alérgica | Historia clínica | Nominal  | Si<br>No   |
| Área de residencia    | Interviniente | Cualitativa  | Urbana<br>Rural   | Historia clínica | Nominal  | Urbana<br>Rural                                    |

## 5.6. DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **Otitis media aguda:** Niño con diagnóstico o no de OMA verificado en el historial clínico.
- **Tipo de lactancia:** Niño alimentado mediante lactancia mixta o LME registrado en el historial clínico.
- **Sexo:** Niños de sexo masculino y femenino menores de 5 años, verificado en el historial clínico.
- **Edad:** Edad de los menores registrado en el historial clínico.
- **Peso al nacer:** Peso del infante al nacimiento verificado en el historial clínico.

“Macrosómico: > 4 000 g” (29)

“Peso normal: 2 500 a 3 999 g” (29)

“Bajo peso (BPN): < 2 500 y >1 500 g” (29)

- **Vía de parto:** Vía de parto del niño al momento de nacer verificado en el historial clínico.
- **Antecedente de atopia:** Niño con antecedente o no de atopia verificado en el historial clínico.
- **Área de residencia:** Área de residencia verificado en el historial clínico.

## 5.7. PROCEDIMIENTO:

Se envió la solicitud a la dirección del Programa de estudio de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego para la inscripción y aprobación del proyecto de tesis. Para la ejecución de este estudio, se solicitó autorización al director del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura para la revisión de las historias clínicas de los infantes de 0 a 5 años que recibieron atención en el consultorio externo del servicio de pediatría durante los años 2016 - 2023 y que reunían los criterios de selección.

Los infantes referentes en cada grupo de estudio fueron seleccionados utilizando la técnica de muestreo aleatorio simple probabilístico, para la formación de parejas se

llevó a cabo mediante el criterio de edad y sexo, el número de control por cada caso fue 1. Se utilizó un formulario de recopilación de datos para consignar la información obtenida del historial clínico, de acuerdo con las variables de estudio detalladas en el Anexo 1.

La recopilación de datos continuó hasta alcanzar el tamaño de muestra necesario para cada grupo de investigación, finalmente la información recopilada en los formularios fue transferida a una base de datos elaborada en Microsoft Office Excel 2021 y luego fue analizada utilizando IBM SPSS Statistics 27.

## **5.8. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:**

### **ANÁLISIS DE DATOS:**

Los datos fueron procesados en la plataforma estadística IBM SPSS Statistics 27.

### **ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA:**

Para las variables cualitativas se utilizó frecuencias, Tablas cruzadas, gráficos de barras. En cuanto a las variables cuantitativas, se calculó la mediana, percentil 25 y percentil 75.

### **ESTADÍSTICA ANALÍTICA:**

Para examinar los resultados, se llevó a cabo un análisis bivariado utilizando el odds ratio como una métrica para cuantificar el riesgo, y se calculó su intervalo de confianza al 95%. Para evaluar las relaciones entre las variables, se utilizó la prueba de Chi Cuadrado de Pearson y prueba U de Mann-Whitney.

### **ASPECTOS ÉTICOS**

El presente estudio se llevó a cabo con la aprobación y la correspondiente autorización del consejo de Bioética de investigación de la Universidad Privada Antenor Orrego y del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura. La información recopilada de los registros clínicos se utilizó exclusivamente con fines de investigación, respetando rigurosamente la privacidad de los datos. Se aplicaron las normas éticas establecidas por Helsinki (Numerales: 23 y 24) (30).

**LIMITACIONES:**

Una limitación de consideración en el desarrollo de la presente investigación fue la presencia de historias clínicas incompletas.

## VI. RESULTADOS

**Tabla N°1: Variables intervinientes de los infantes y su relación con otitis media aguda en menores de 5 años atendidos en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura, 2016 – 2023**

| Variables intervinientes     | Otitis media aguda |    |           |    | p     |       |
|------------------------------|--------------------|----|-----------|----|-------|-------|
|                              | Si                 |    | No        |    |       |       |
| <b>Edad</b>                  | 2 (1 - 4)          |    | 2 (1 - 4) |    | 1.000 |       |
| <b>Sexo</b>                  | Masculino          | 24 | 52.2%     | 24 | 52.2% | 1.000 |
|                              | Femenino           | 22 | 47.8%     | 22 | 47.8% |       |
| <b>Peso al nacer</b>         | Bajo peso          | 2  | 4.3%      | 5  | 10.9% | 0.166 |
|                              | Normal             | 44 | 95.7%     | 39 | 84.8% |       |
|                              | Macrosómico        | 0  | 0.0%      | 2  | 4.3%  |       |
| <b>Vía de parto</b>          | Eutócico           | 33 | 71.7%     | 32 | 69.6% | 0.819 |
|                              | Cesárea            | 13 | 28.3%     | 14 | 30.4% |       |
| <b>Antecedente de atopía</b> | Si                 | 7  | 15.2%     | 8  | 17.4% | 0.778 |
|                              | No                 | 39 | 84.8%     | 38 | 82.6% |       |
| <b>Área de residencia</b>    | Urbana             | 39 | 84.8%     | 42 | 91.3% | 0.335 |
|                              | Rural              | 7  | 15.2%     | 4  | 8.7%  |       |

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

$X^2$  de Pearson,  $p < 0,05$  significativo

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Se observó que la variable edad no sigue una distribución normal en ninguno de los grupos. La mediana de la edad en ambos grupos (con otitis media aguda y sin otitis media aguda) es de 2 años, con un rango intercuartílico (P25-P75) de 1 a 4 años. La distribución de género es similar en ambos grupos, en relación con la variable vía de parto, predomina la vía de parto eutócico en ambos grupos. Además, se observó una ligera mayor proporción de casos de OMA en el área urbana. De acuerdo con los resultados obtenidos mediante las pruebas estadísticas utilizadas (U de Mann-Whitney y Prueba de Chi-cuadrado), no se encontraron asociaciones significativas

entre las variables intervinientes (edad, sexo, peso al nacer, vía de parto, antecedente de atopia, área de residencia) y la presencia de otitis media aguda en menores de 5 años ( $p > 0.05$ ), además ninguna de ellas es un factor de riesgo para otitis media agua.

**Tabla N°2: Lactancia mixta como factor de riesgo para otitis media aguda en menores de 5 años atendidos en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura, 2016 - 2023**

| <b>Método de lactancia</b>         | <b>Otitis media aguda</b> |              |                |              |
|------------------------------------|---------------------------|--------------|----------------|--------------|
|                                    | <b>Si = 46</b>            |              | <b>No = 46</b> |              |
| <b>Lactancia mixta</b>             | 31                        | <b>67.4%</b> | 17             | <b>37.0%</b> |
| <b>Lactancia materna exclusiva</b> | 15                        | 32.6%        | 29             | 63.0%        |

$X^2$  de Pearson = 8,538  $p = 0,003$

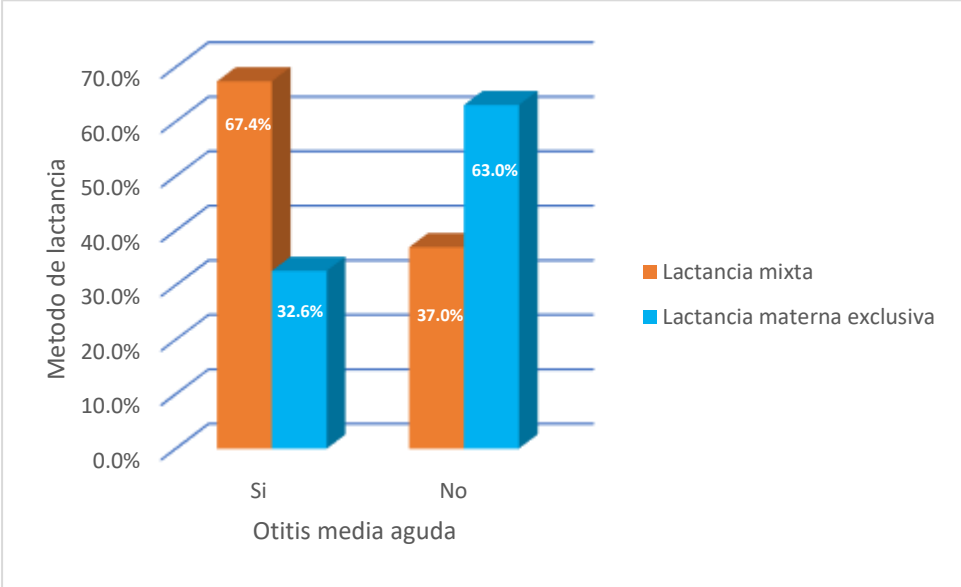
OR (IC 95%) = 3,53 (1,49 - 8,33)

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Del total de niños con otitis media aguda, 31 (67,4%) recibieron lactancia mixta, mientras que el grupo de niños sin otitis media aguda, 17 (37%) recibieron lactancia mixta, esta diferencia en porcentaje es estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ). En el cálculo de Odds Ratio (OR) con su intervalo de confianza del 95%, se obtuvo un valor de 3.53 (IC 95%: 1.49 - 8.33). Este resultado indica que la razón entre el método de lactancia mixta versus LME es 3.53 veces mayor en los menores con otitis media aguda en comparación con los niños sin esta patología.



**Figura N°1: Lactancia mixta como factor de riesgo para otitis media aguda en menores de 5 años atendidos en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 de Piura, 2016 - 2023**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Se observó que el 67,4% de los niños diagnosticados con otitis media aguda recibieron lactancia mixta. En contraste, solo el 37% de los niños sin otitis media aguda fueron alimentados de la misma manera.

## VII. DISCUSIÓN

En la presente investigación, se Determinó si la lactancia mixta es un factor de riesgo para otitis media aguda en menores de 5 años. Es importante señalar que el estudio incluyó 92 niños que fueron distribuidos en dos grupos: 46 en el grupo de casos (con diagnóstico de OMA) y 46 en el grupo control (sin diagnóstico de OMA).

Al analizar las variables intervinientes en relación con la presencia o ausencia de otitis media aguda, se observó que la variable edad no sigue una distribución normal en ninguno de los grupos. La mediana de la edad fue de 2 años, con un rango intercuartílico de 1 a 4 años en ambos grupos. Asimismo, se verificó que la distribución de género es similar en ambos grupos. Este contexto permite realizar comparaciones entre los grupos y de esta manera reduce la posibilidad de sesgos.

Con respecto a otras variables intervinientes, como la vía de parto, se observa que predomina la vía de parto eutócico en ambos grupos. En cuanto a la variable área de residencia se notó una ligera mayor proporción de casos de OMA en el área urbana. Al analizar los resultados de las pruebas estadísticas (U de Mann-Whitney y Prueba de Chi-cuadrado) no mostraron asociaciones significativas ( $p > 0.05$ ). Esto sugiere que factores como la edad, sexo, peso al nacer, vía de parto, antecedentes de atopia y área de residencia no están significativamente vinculados con la otitis media aguda en menores de 5 años.

A diferencia de la investigación realizada por López V en Lima en 2018, que estableció la relación entre LME y OMA en infantes menores de 5 años en el Hospital de Cañete en el año 2017. Su estudio se desarrolló bajo un diseño analítico y retrospectivo de casos y controles, contó con una muestra de 90 niños cuyas edades oscilan entre 0 y 5 años; obtuvo como resultados: la estimación de riesgo para lactancia materna y Otitis media aguda según género masculino, siendo  $OR < 1$ , lo que indica que el riesgo es mayor en el género masculino (70.4%) y en edad preescolar (82.8%) (28). De la misma manera, Beltrán A, (Ecuador 2020), en su investigación observó que la OMA fue más frecuente en los varones (26.67%) y en preescolares (28.67%) (25). Esto concuerda con la literatura revisada, que señala que el sexo masculino es un factor de riesgo para la OMA (16).

En relación con la frecuencia en el grupo de niños con diagnóstico de otitis media aguda, se observó que el 67.4% de los niños fueron alimentados con lactancia mixta, mientras que el 32.6% recibió lactancia materna exclusiva. Por otro lado, en el grupo sin otitis media aguda, el 37.0% recibió lactancia mixta y el 63.0% lactancia materna exclusiva.

Los resultados revelaron una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre la lactancia mixta y la presencia de otitis media aguda, con un Odds Ratio (OR) de 3.53 y un intervalo de confianza del 95% de 1.49 a 8.33. Esto indica que los niños con lactancia mixta tienen un riesgo mayor de desarrollar otitis media aguda en comparación con aquellos alimentados exclusivamente con leche materna. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa ( $H_1$ ) y se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ).

Estos hallazgos coinciden con investigaciones previas, como la llevada a cabo por Beltrán A, (Ecuador 2020), quien desarrolló una investigación para identificar la asociación entre LME y la incidencia de OMA en niños de edades comprendidas entre 0 a 5 años que ingresaron en un hospital de Guayaquil desde octubre del 2018 hasta octubre 2019. El estudio, con enfoque observacional y analítico, específicamente del tipo casos y controles retrospectivo, en el cual analizaron 150 expedientes, reveló que el 78.6% de los niños con otitis media aguda recibieron lactancia parcial, mientras que solo el 9.33% fueron alimentados exclusivamente con leche materna. Se concluyó que el método de lactancia materna está asociado con la aparición de otitis media aguda (25).

De manera similar, en la investigación de López V (Lima 2018), los resultados indicaron que los menores que fueron alimentados mediante Lactancia Mixta, el 75% padeció OMA en contraste con el 93.5% que recibió LME, no padeció esta patología OR ,023(<1). Como conclusión principal, se pudo determinar de manera significativa una relación entre la lactancia mixta y la OMA en menores de 5 años. este resultado coincide con lo que se encontró en esta investigación. (28).

Finalmente, la investigación realizada por Gamarra P, (Trujillo 2014), para identificar si la LME tenía un efecto protector frente a OMA en infantes atendidos en un Hospital de Trujillo. Esta investigación adoptó un enfoque analítico, observacional y retrospectivo de cohortes, y contó con una muestra de 120 niños menores de tres años. Los resultados revelaron que la frecuencia de otitis media aguda en los

infantes con lactancia mixta fue de 42 % en contraste con los que recibieron LME fue el 20%,  $p < 0.01$ . Riesgo relativo: 0.48. Intervalo de confianza al 95%: (0.34 – 0.88). Concluyó que la LME desempeña un papel beneficioso en la prevención de OMA en infantes de 0 a 3 años (27).

No obstante, es importante señalar que el estudio de Gamarra P, evidenció que los niños alimentados con lactancia mixta tienen un riesgo 2.08 veces mayor ( $1/0.48 = 2.08$ ) de desarrollar otitis media aguda en comparación con los que recibieron lactancia materna exclusiva. El intervalo de confianza del 95% (0.34 - 0.88) refuerza esta asociación, sugiriendo que la lactancia mixta incrementa el riesgo de otitis media aguda entre un 12% y un 66% en relación con la lactancia materna exclusiva. Estos hallazgos coinciden con los obtenidos en nuestro estudio, como se mencionó anteriormente.

## VIII. CONCLUSIONES

1. Se determinó que la lactancia mixta es un factor de riesgo para otitis media aguda en menores de 5 años.
2. Se observó que el 67,4% de los niños con otitis media aguda recibieron lactancia mixta.
3. Se observó que el 37% de los niños sin otitis media aguda recibieron lactancia mixta.
4. Se observó que la diferencia en la frecuencia de lactancia mixta entre los niños con y sin otitis media aguda fue estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ), con una Odds Ratio de 3.53 (IC 95%: 1.49 - 8.33), indicando un mayor riesgo de otitis media aguda en niños con lactancia mixta en comparación con lactancia materna exclusiva.
5. Se determinó que no existen asociaciones significativas entre las variables intervinientes y la variable otitis media aguda ( $p > 0.05$ ). Este hallazgo indica que ninguna de las variables (Sexo, Edad, Peso al nacer, Vía de parto, Antecedente de atopia y Área de residencia) evaluadas en el estudio puede ser considerada como un factor de riesgo relevante para el desarrollo de otitis media aguda.

## **IX. RECOMENDACIONES**

Basándonos en los resultados obtenidos, se recomienda promover la lactancia materna exclusiva como una medida preventiva contra la otitis media aguda en los menores de 5 años. Campañas de concientización dirigidas a las madres podrían ser estrategias efectivas para fomentar esta práctica y reducir el riesgo de esta afección.

Se recomienda llevar a cabo nuevos estudios con muestras de población más amplias para respaldar nuestros hallazgos.

Se recomienda explorar en futuras investigaciones otros factores no contemplados en este estudio que podrían contribuir con el desarrollo de esta patología, así como estudios longitudinales prospectivo que podrían proporcionar información sobre la relación a lo largo del tiempo entre el tipo de lactancia y la presencia de otitis media aguda en la población infantil con mayor precisión.

## X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*. 2017;88(1):07-14.
2. Flores Estrella MD, Centeno Villavicencio ML, Maldonado Rivadeneira JC, Robles Rodríguez J, Castro Burbano J. Lactancia materna exclusiva y factores maternos relacionados con su interrupción temprana en una comunidad rural de Ecuador. *Acta Pediátrica de México*. 5 de marzo de 2021;42(2):56-65.
3. Aguayo Maldonado J, Gómez Papí A, Hernández Aguilar MT, Lazarte Velillas JJ, Lozano de la torre MJ, Pallás Alonso CR. *Manual de Lactancia Materna* [Internet]. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2008. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=Ulxyj72VZD0C>
4. Arena Ansótegui J, Díaz Gómez NM, Landa Rivera L, Lozano de Torre MJ, Calama Valero JM, Aguayo Maldonado J, et al. *Lactancia Materna: guía para profesionales*. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2004.
5. Gema de la Peña SB, Rodríguez López V, Partida Márquez AL. Evolución de la lactancia materna a lo largo de la historia. Desde el inicio de la humanidad hasta la actualidad. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com* [Internet]. 2018 [citado 11 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/evolucion-la-lactancia-materna-lo-largo-la-historia-desde-inicio-la-humanidad-la-actualidad/>
6. Mazo-Tomé PL del, Suárez-Rodríguez M, Mazo-Tomé PL del, Suárez-Rodríguez M. Prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna en recién nacidos sanos. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. febrero de 2018;75(1):49-56.
7. Melgar González ME. Lactancia Materna y Covid 19. *Acta Pediátrica Hondureña* [Internet]. octubre de 2020 [citado 13 de febrero de 2022];11(2). Disponible en: <http://www.bvs.hn/APH/pdf/APHVol11/pdf/APHVol11-2-2020-2021-4.pdf>

8. Sánchez-Smith LI, Domínguez-Morales W, Smith-Hernández MS, González-Sábado R. Abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en menores de 1 año. Revista científica estudiantil 2 de Diciembre. 21 de enero de 2021;3(4):76.
9. de Antonio Ferrer L. Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. Pediatría Integral. 2015;XIX:243-50.
10. Vásquez-Garibay EM. Primer año de vida. Leche humana y sucedáneos de la leche humana. Gaceta Médica de México. 2016;152:13-21.
11. Paredes Núñez K, Valdivieso Vargas-Machuca M. Lactancia en el Infante: materna, artificial y sus implicancias odontológicas. Revista Odontología Pediátrica [Internet]. 18 de noviembre de 2018 [citado 13 de febrero de 2022];7(02). Disponible en: <http://www.revistaodontologiapediatrica.com/index.php/spo/article/view/205>
12. Minchala-Urgiles RE, Ramírez-Coronel AA, Estrella-González MDLÁ, Altamirano-Cárdenas LF, Pogyo-Morocho GL, Andrade-Molina MC, et al. La lactancia materna como alternativa para la prevención de enfermedades materno-infantiles: Revisión sistemática. AVFT – Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 16 de febrero de 2021 [citado 13 de febrero de 2022];39(8). Disponible en: <https://zenodo.org/record/4543500>
13. Krause FJ. Otitis Media Aguda. Diagnóstico y manejo práctico. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de noviembre de 2016;27(6):915-23.
14. Saborío Cervantes IE, Mora Valverde M. Otitis Media Aguda en Pediatría: Una revisión para Atención Primaria. Crónicas Científicas. abril de 2019;11(11):06-13.
15. García Ventura M, García Vera C, Ruiz-Canela Cáceres J. Abordaje terapéutico de la otitis media aguda en atención primaria de un área urbana. Evaluación de la prescripción diferida de antibióticos. An Pediatría. 2021;96(5):422-30.
16. Asenjo VP, Perera MB, García VP. Patología Inflamatoria del Oído Medio. Fisiopatología de la trompa de Eustaquio. Ototubaritis. Otitis Media Aguda. OMA Recurrente. SEORL-CCC. 2021;20.



17. Kaur R, Morris M, Pichichero ME. Epidemiology of Acute Otitis Media in the Postpneumococcal Conjugate Vaccine Era. *Pediatrics*. septiembre de 2017;140(3):11.
18. Barrientos Monge R. Infecciones de vía aérea superior relacionada con el uso del biberón en la alimentación del lactante menor. *Enferm Actual Costa Rica*. junio de 2017;(32):90-103.
19. González-Guerrero Maura MC, Morales-Lara AC, Guzmán-Castellanos LA, Montes-Esquivel LM, Ramírez-Fontes A, WheberHidalgo KA, et al. Factores de riesgo para otitis media aguda en niños de una casa hogar. *Rev Médica*. 2017;8(3):85-93.
20. Saffer M, Miúra MS. Otitis Media Aguda en el Recien Nacido y en el Lactante. V Manual de Otorrinolaringología Pediátrica – IAPO [Internet]. [citado 27 de marzo de 2022]; Disponible en: [https://cdn.gn1.link/iapo/manuals/v\\_manual\\_es\\_47.pdf](https://cdn.gn1.link/iapo/manuals/v_manual_es_47.pdf)
21. Ramírez-Marín JY, Merelo-Arias CA, Pérez-Dórame R, Álvarez-Díaz C de J, Strassburger-Lona K. Otitis media aguda Un enfoque clínico y terapéutico. *Rev Fac Med UNAM*. febrero de 2017;60(1):9.
22. Campos Navarro LA, Barrón Soto M, Fajardo Dolci G. Otitis media aguda y crónica, una enfermedad frecuente y evitable. *Rev Fac Med UNAM*. febrero de 2014;57(1):10.
23. Del Castillo Martín F, Baquero Artigao F, de la Calle Cabrera T, López Robles MV, Ruiz Canela J, Alfayate Miguelez S, et al. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda. *An Pediatría*. 1 de noviembre de 2012;77(5):345.e1-345.e8.
24. De la Flor i Brú J. Infecciones de vías respiratorias altas-2: otitis media: etiología, clínica, diagnóstico, complicaciones y tratamiento; otitis media recurrente y otitis media crónica; otitis externa. *Pediatría Integral*. mayo de 2013;XVII(4):262-80.
25. Beltrán Gordón AA, Vallejo Cedeño MP. Influencia de la lactancia materna en el desarrollo de otitis media aguda en niños de igual o menores a 5 años de edad atendidos en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el

- periodo de octubre del 2018 a octubre del 2019 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Guayaquil, Ecuador]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2020. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/14879/1/T-UCSG-PRE-MED-938.pdf>
26. Al-Nawaiseh FK, Al-Jaghibir MT, Al-Assaf MS, Al-Nawaiseh HK, Alzoubi MM. Breastfeeding initiation and duration and acute otitis media among children less than two years of age in Jordan: results from a case-control study. *BMC Pediatr.* 28 de junio de 2022;22:370.
27. Gamarra Moreno PK. Lactancia materna exclusiva como factor protector para otitis media aguda en niños del hospital Belén de Trujillo [Internet] [Tesis de pregrado]. [Trujillo, Peru]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014 [citado 26 de abril de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/459>
28. López Cervantes VL. Lactancia Materna Exclusiva y Otitis Media Aguda en niños menores de 5 años en el Hospital Rezola de Cañete durante el año 2017 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Lima]: Universidad San Juan Bautista; 2018. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1902/T-TPMC-%20Vanessa%20Liliana%20Lopez%20Cervantes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Ministerio de Salud [Internet]. 2017 [citado 27 de septiembre de 2023]. R.M - N° 537-2017/MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años. Disponible en: <https://www.saludarequipa.gob.pe/archivos/cred/NORMATIVA%20CRED.pdf>
30. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. WMA - The World Medical Association [Internet]. 2014 [citado 7 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

## XI. ANEXOS

### ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### LACTANCIA MIXTA COMO FACTOR DE RIESGO PARA OTITIS MEDIA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS - HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ COREA SANTA ROSA II-2 DE PIURA 2016 – 2023

N° de Ficha: .....

Fecha: .....

N° de Historia clínica: .....

#### Datos del niño:

Edad: .....

#### Sexo:

Masculino

Femenino

#### Área de residencia:

Urbana

Rural

#### Peso al nacer:

Bajo peso

Peso normal

Macrosómico

**Vía de parto:**

Eutócico

Instrumental

Cesárea

**Antecedente de Atopia:** Si  No

Dermatitis alérgica

Rinitis alérgica

Asma bronquial

**Método de lactancia:**

Lactancia materna exclusiva

Lactancia mixta

**Diagnóstico de la enfermedad:**

**Otitis media aguda:** Si  No