

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



Lactancia Materna Exclusiva como factor protector para Bronquiolitis
en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo durante el
periodo 2012 – 2013.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

Bach. Ana Lucia Rocha Riofrio

ASESORA:

Dra. Silvia Úrsula Revoredo LLanos

TRUJILLO – PERÚ

2014

DEDICATORIA

A Dios, quien estuvo conmigo siempre, guiando e iluminando mis pasos.

A mi madre, Ana Cecilia, por su gran fortaleza y su entera confianza en mí, porque me enseñó a levantarme cada vez que me caí y siempre me ayudó a salir adelante. Me enseñó que debía hacer de mi vida un rascacielos, volar tan alto como pueda.

A mi padre, Fernando José, por ser mi admiración y ejemplo a seguir, excelente padre e intachable médico, siempre culto, y dedicado a sus pacientes.

A mi amada abuelita, por ese gran ejemplo de mujer, siempre trabajadora y con el corazón más bondadoso que conozco.

A mi hermosa familia, Arturo y Joaquín, por ser mi mayor fortaleza, mi motor, y hacer de mis días los más felices.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, por todo el sacrificio hecho para que yo pueda lograr mis metas, por estar siempre conmigo, y confiar incondicionalmente en mí.

A IFMSA, por poder ser parte de esta gran y hermosa familia de médicos, que renovó en mí la verdadera vocación por la medicina y me dio una visión diferente del mundo.

A mis docentes, por el granito de arena que pusieron para formarme, porque con cada uno de ellos y su experiencia pude forjar mi conocimiento.

A los pacientes de estos años, porque no solo me enseñaron de medicina, sino también de la vida, a no olvidar que detrás de cada uno de ellos existe una familia y una realidad diferente, porque con ellos entendí qué implica ser médico.

A Braulio, mi paciente estrella, porque puso en mí la semilla de la Pediatría e hizo que desee con todo mi corazón poder cultivarla.

ÍNDICE

CARÁTULA

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

I. INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Justificación

Formulación del problema

Objetivos

Hipótesis

II. MATERIAL Y MÉTODO

Población

Población Diana

Población de estudio

Muestra

Métodos

Diseño Específico

Descripción y escala de medición de las variables

Definición operacional

Procedimiento

Procesamiento y análisis de la información

Aspectos éticos

III. RESULTADOS

IV. DISCUSIÓN

V. CONCLUSIONES

VI. RECOMENDACIONES

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VIII. ANEXOS

RESUMEN

OBJETIVOS: El objetivo del estudio fue demostrar que la lactancia materna exclusiva constituye un factor protector para bronquiolitis en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2012 – 2013.

MÉTODOS: Se realizó un estudio de casos y controles, retrospectivo, comparativo y analítico en pacientes hospitalizados durante el 2012 y 2013 en el Hospital Belén de Trujillo. Los casos fueron pacientes con diagnóstico de bronquiolitis y los controles pacientes sin diagnóstico de bronquiolitis. Se estudiaron a un total de 222 pacientes, 74 para los casos y 148 para los controles quienes cumplieron con los criterios de selección.

RESULTADOS: El promedio de edad para los casos fue 4,5 meses y para los controles fue 10,3 meses ($p < 0,001$) (Cuadro 1). En relación a la asociación entre la lactancia materna exclusiva (LME) y la presencia de bronquiolitis se observó que en los casos y controles la frecuencia de LME fueron 17,57% y 60,81% respectivamente ($p < 0,001$), comprobando que la Lactancia materna exclusiva es un factor protector para bronquiolitis con un OR = 0,14 IC 95% [0,07 – 0,27] (Cuadro 2).

CONCLUSIÓN: La lactancia materna exclusiva constituye un factor protector para bronquiolitis.

PALABRAS CLAVE: Bronquiolitis, Lactancia Materna Exclusiva.

ABSTRACT

OBJECTIVES: The aim of the study was to demonstrate that exclusive breastfeeding is a protective factor for bronchiolitis in patients treated at the Belen Hospital of Trujillo during the period 2012 - 2013.

METHODS: A study case-control, retrospective, comparative, analytical in patients hospitalized during 2012 and 2013 in the Belen Hospital of Trujillo was performed. Cases were patients with a diagnosis of bronchiolitis and the control patients without a diagnosis of bronchiolitis. They studied a total of 222 patients, 74 for cases and 148 for controls who met the selection criteria.

RESULTS: The mean age for cases was 4.5 months and for controls was 10.3 months ($p < 0.001$) (Table 1). Regarding the association between exclusive breastfeeding (EBF) and the presence of bronchiolitis was observed in cases and controls the frequency of (EBF) were 17.57% and 60.81% respectively ($p < 0.001$), checking that exclusive breastfeeding is a protective factor for bronchiolitis with an OR = 0.14 95 % [0.07 to 0.27] (Table 2).

CONCLUSION: Exclusive breastfeeding is a protective factor for bronchiolitis.

KEYWORDS: Bronchiolitis, Exclusive Breastfeeding.

I. INTRODUCCIÓN:

1. Antecedentes:

Las infecciones de vías respiratorias son una de las primeras causas de morbilidad en niños e infantes, considerándose un problema de salud pública mundial^(1,2)

La bronquiolitis aguda es la infección más frecuente de las vías respiratorias inferiores en los menores de 2 años. Tiene una incidencia anual del 10% en los lactantes y una tasa de ingreso hospitalario de entre el 2 y el 5%, con un incremento importante en los últimos años.⁽³⁾

El principal agente etiológico de bronquiolitis es el virus sincitial respiratorio (VSR), y numerosos estudios describen la asociación entre la infección por este virus en la infancia y el desarrollo posterior de sibilancias recurrentes e hiperreactividad bronquial.⁽⁴⁾

Según el Estudio Epidemiológico de Distribución y Frecuencia de Atenciones Preventivas y de Morbilidad - Perú 2010, el grupo de morbilidad más frecuente, fueron las Infecciones respiratorias agudas de vías aéreas superiores, responsable del 19,2 % de las atenciones financiadas por el SIS, sin embargo, y no tan lejos, en quinto lugar se encontraron las bronquitis y bronquiolitis, con un número de atenciones de 887.090, con un 2.9% del total. En La Libertad, este grupo ocupó el 10mo lugar como causa de morbilidad, teniendo lugar a 27.426 atenciones.⁽⁵⁾

La definición más aceptada de Bronquiolitis Aguda es la de McConnochie, considera como el primer episodio agudo de dificultad respiratoria con sibilancias, precedido por un cuadro catarral de vías respiratorias altas (rinitis, tos, con/sin fiebre), que afecta a niños menores de 2 años.^(6,7,4)

Koehoorn M, en un análisis ajustado de riesgo proporcional de Cox, determinó que tenían mayor riesgo de bronquiolitis los niños en su primer año de vida, niños con hermanos mayores, hijos de madres con bajo nivel de educación, bebés

nacidos de madres jóvenes (<20 años de edad) o bebés que no recibieron lactancia materna exclusiva. Los bebés con bajo (1500-2400 g) o muy bajo (<1500 g) peso al nacer y aquellos con anomalías congénitas. ⁽⁸⁾

Se ha comprobado que el lactante no amamantado deja de obtener numerosos beneficios, uno de ellos, los factores de protección que la leche materna ofrece, como son los ácidos grasos de cadena corta y los ésteres, ambos con una importante actividad bactericida, destacando el factor antiestafilocócico de los ésteres, sin embargo no está claro su mecanismo de acción frente a virus como el VSR. ⁽⁹⁾

Paricio y cols, en un estudio de cohortes que incluyó a más de 1.000 niños valencianos, demostraron que el riesgo de hospitalización por procesos infecciosos en el primer año de vida, es 5 veces mayor entre los lactantes no amamantados y 2,5 veces mayor entre los que fueron amamantados menos de 4 meses, frente a los amamantados durante 4 o más meses. Por cada mes de no lactancia materna el riesgo de hospitalización se multiplicó por 1,5. El amamantamiento durante más de 4 meses hubiera prevenido el 56% de los ingresos que tuvieron como causa una infección no perinatal. ⁽¹⁰⁾

Dornelles encuentra que la duración de la lactancia materna ya sea exclusiva o mixta se asocia a mejor evolución en pacientes con bronquiolitis (menor duración de la oxigenoterapia y la hospitalización), por lo que se recomienda fomentar la lactancia materna en los menores de dos años, pues se asocia a menor frecuencia de esta patología y de presentarse, a una mejor evolución. ⁽¹¹⁾

Bullkow, en su estudio prospectivo de casos y controles, encontró que en los recién nacidos prematuros y en pacientes menores de seis meses de edad que adquirieron una infección por VSR, la lactancia materna por más de 2 meses tuvo un efecto protector, además, hubo una mayor probabilidad de hospitalización si el tiempo de lactancia materna fue menor a 2 meses. ⁽¹²⁾

Carratalla MC., en un estudio de casos y controles refiere que no se ha observado una asociación entre la Lactancia Materna y las infecciones respiratorias en el

primer año de vida de forma global, pero que solo en el segundo trimestre de vida hay una asociación protectora frente a las infecciones respiratorias. ⁽¹³⁾

Alzate-Meza encontró en un estudio de corte transversal que existe una relación significativa entre lactancia materna como factor protector y bronquiolitis, síndrome bronco obstructivo, reflujo gastroesofágico, y desnutrición. En cuanto a la relación específica con bronquiolitis, se encontró que un 14% de los niños que habían recibido lactancia materna desarrollaron bronquiolitis y un 86% de los mismos no la desarrollaron. ⁽¹⁴⁾

Debemos tener en cuenta que cuando se practica la lactancia materna exclusiva, el lactante ingiere únicamente leche materna, no se le dan otros líquidos ni sólidos, ni siquiera agua, exceptuando la administración de una solución de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes. La OMS recomienda alimentar a los lactantes exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida, para que su crecimiento, desarrollo y salud sean óptimos. ⁽¹⁵⁾

2. Justificación:

Si bien es cierto, ya es conocido que la lactancia materna exclusiva constituye un efecto protector para diversas patologías de carácter infeccioso, sin embargo, en nuestra realidad como región y país no se le toma la debida importancia, a pesar de que hay evidencia que la ratifica como pilar preventivo con gran rentabilidad socio económica. Por ello es importante enfatizar y ratificar este conocimiento, sobretudo en patologías como la bronquiolitis, que no solo es un gran porcentaje de la consulta pediátrica, y ocupa el 10mo lugar como causa de morbimortalidad en el país, sino que además, predispone a episodios de sibilancias recurrentes posteriores.

3. Formulación del problema:

¿Es la Lactancia Materna Exclusiva un factor protector para Bronquiolitis en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo en el periodo 2012 -2013?

4. Objetivos:

Objetivo General:

Determinar si la Lactancia Materna Exclusiva es un factor protector para Bronquiolitis en pacientes menores de dos años atendidos en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2012 al 2013.

Objetivos Específicos:

- Determinar la frecuencia de pacientes con bronquiolitis que tuvieron lactancia materna exclusiva.
- Determinar la frecuencia de pacientes sin bronquiolitis que tuvieron lactancia materna exclusiva.

5. Hipótesis:

Ho: La lactancia materna exclusiva no es factor protector para bronquiolitis en pacientes menores de dos años, atendidos en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2012 – 2013.

H1: La lactancia materna exclusiva si es factor protector para bronquiolitis en pacientes menores de dos años atendidos en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2012 – 2013.

II. MATERIAL Y MÉTODO:

1. Población Diana o Universo:

Pacientes atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital Belén de Trujillo.

2. Población de estudio:

Pacientes menores de 2 años hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2012 – 2013, que cumplan los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión:

CASOS

Pacientes menores de dos años con diagnóstico de Bronquiolitis hospitalizados en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2012 – 2013.

CONTROLES

Pacientes menores de dos años sin diagnóstico de Bronquiolitis hospitalizados en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2012 – 2013.

Criterios de Exclusión:

CASOS Y CONTROLES.

- Pacientes con antecedente de atopía familiar.
- Pacientes con malformaciones congénitas.
- Pacientes con inmunodeficiencias.
- Pacientes desnutridos.
- Pacientes con antecedente de prematuridad.

3. Muestra:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para casos y controles, donde los valores de $p_1 = 94\%$ y $p_2 = 82\%$; fueron obtenidos del trabajo realizado por Alzate Meza ⁽¹⁵⁾

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P (1 - P) (r + 1)}{d^2 r}$$

Dónde:

$$P = \frac{p_2 + r p_1}{1 + r} = \text{promedio ponderado de } p_1 \text{ y } p_2$$

p_1 = Proporción de controles que estuvieron expuestos

p_2 = Proporción de casos que están expuestos

r = Razón de número de controles por caso

n = Número de casos

d = Valor nulo de las diferencias en proporciones = $p_1 - p_2$

$Z_{\alpha/2} = 1,96$ para $\alpha = 0.05$

$Z_{\beta} = 0,84$ para $\beta = 0.20$

$P_1 = 94\%$

$P_2 = 82\%$

$R = 2$

Reemplazando los valores, se tiene:

$$P = \frac{82 + 2(94)}{1 + 2} = 90$$

$$n = \frac{(1,96 + 0,84)^2 \cdot 90(100 - 90) \cdot (2 + 1)}{(12)^2 \cdot 2}$$

$$n = 73,5$$

Población II: (Controles) = 148 pacientes

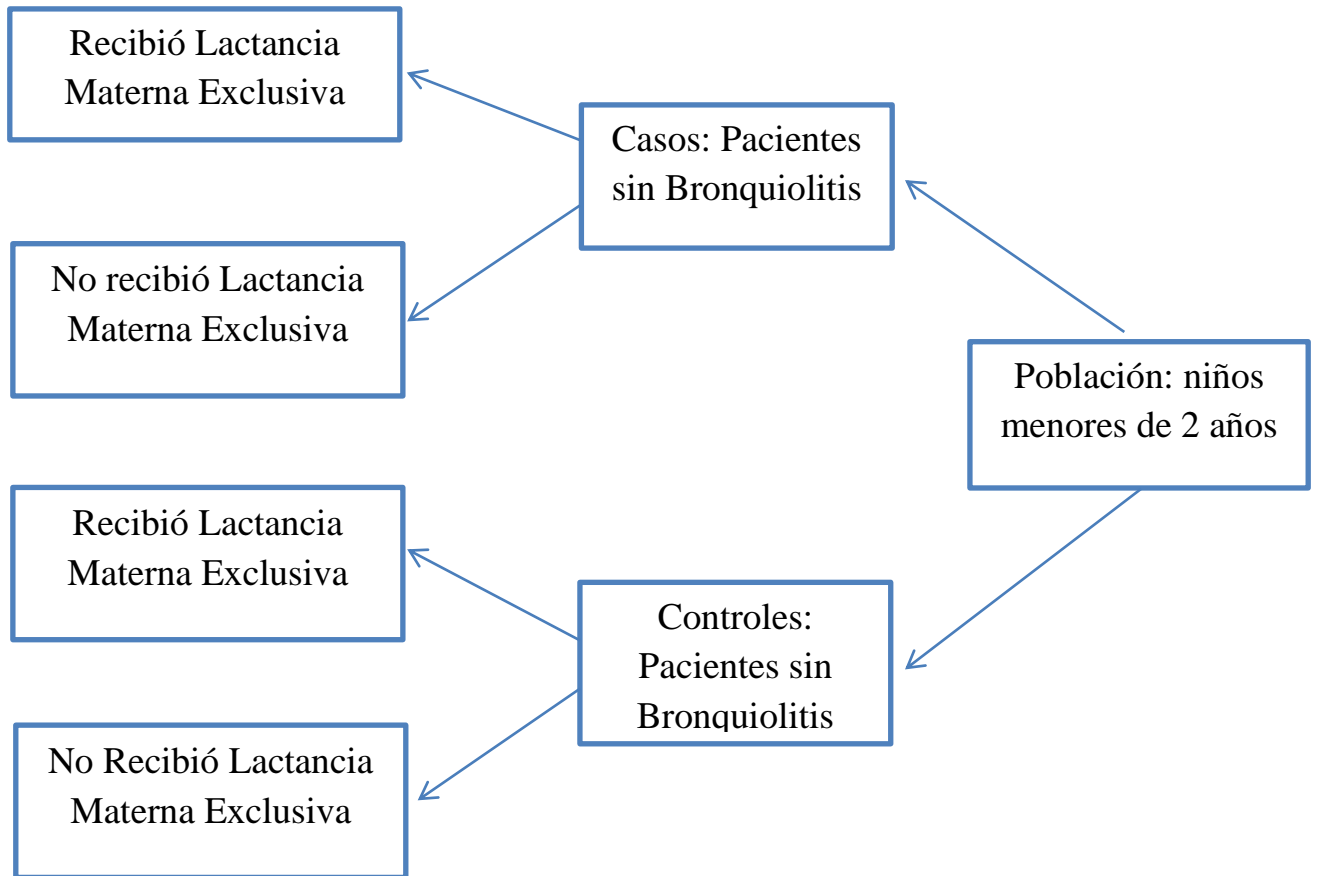
Población I: (Casos) = 74 pacientes

4. Diseño del Estudio:

4.1. Tipo de Estudio:

Se realizó un estudio de casos y controles, retrospectivo, comparativo y analítico.

4.2. Diseño Específico:



5. Descripción de variables y escala de medición:

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES	INDICES
INDEPENDIENTE: Lactancia materna exclusiva	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica	SI/NO
DEPENDIENTES: Bronquiolitis	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica	SI/NO

6. Definiciones conceptuales:

- Bronquiolitis:

Primer episodio agudo de dificultad respiratoria con sibilancias, precedido por un cuadro catarral de vías respiratorias altas (rinitis, tos, con/sin fiebre), que afecta a niños menores de 2 años.

- Lactancia Materna Exclusiva:

Alimentación del lactante en la que ingiere únicamente leche materna exceptuando la administración de una solución de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

7. Definiciones operacionales:

- Bronquiolitis:

Primer episodio agudo de dificultad respiratoria con sibilancias, precedido por un cuadro catarral de vías respiratorias altas (rinitis, tos, con/sin fiebre), obtenido mediante la historia clínica.

- Lactancia Materna Exclusiva:

Alimentación del lactante en la que ingiere únicamente leche materna exceptuando la administración de una solución de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes, durante los primeros 6 meses de vida.

8. Procedimiento:

8.1 Técnica e instrumento de recolección de datos:

Para la recolección de datos se revisaron las Historias Clínicas de pacientes menores de 2 años atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2012 a 2013, según los criterios de inclusión y se utilizó una ficha de recolección de datos previamente diseñada (Anexo No 01).

8.2 Procedimiento

Se solicitó la autorización a la Unidad de Docencia del Departamento de Pediatría del Hospital Belén de Trujillo.

Se seleccionó y se revisó las historias clínicas de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión tanto para casos como para controles.

Para efectos de la investigación se escogieron los casos utilizando el muestreo aleatorio simple y para los controles se seleccionaron 2 por cada caso hasta completar el tamaño de la muestra.

Los datos se recolectaron en una hoja previamente confeccionada en el anexo No 01.

Con la información recolectada se procedió a realizar el análisis respectivo.

9. Procesamiento y Análisis de la información:

Los datos fueron procesados en el Paquete Estadístico SPSS versión 21, teniendo en cuenta para la selección los criterios de inclusión y exclusión.

9.1 Estadística Descriptiva

En cuanto a las mediciones se obtuvieron datos de distribución de frecuencia y se elaboraron tablas de doble entrada; con frecuencias absolutas y porcentuales.

9.2 Estadística analítica:

Se hizo uso de la prueba de Independencia de Criterios, con la estadística de Chi Cuadrado (X^2). La asociación fue considerada significativa si la probabilidad de equivocarse es menor al 5 % (valor-p < 0.05).

9.3 Estadígrafo del Estudio:

Se midió también el Odds ratio (OR) como fuerza de relación entre el factor de riesgo. Se complementó el cálculo con la estimación del intervalo de confianza al 95 %; como el 1 estuvo contenido en el intervalo de confianza se consideró factor protector.

10. Consideraciones Éticas:

Toda información recaudada de las historias clínicas durante la investigación fue de carácter confidencial, y sólo tuvo acceso a ella el personal investigador, ya que es deber de todo médico proteger la vida y la salud, pero también la intimidad y la dignidad del ser humano. Se obtuvo en primer lugar la aprobación del proyecto de investigación por parte del comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego y del Hospital Belén de Trujillo, obteniendo también el permiso de su Director para poder ingresar al archivo y conseguir los datos necesarios para la investigación.

III. RESULTADOS:

Durante el período comprendido entre el 01 de Noviembre del 2013 al 01 de Marzo del 2014 se estudiaron a 222 infantes los cuales fueron distribuidos en dos grupos: Casos (74 infantes con bronquiolitis) y Controles (148 infantes sin bronquiolitis), todos ellos atendidos en el periodo comprendido entre enero del 2012 a diciembre del 2013 en el Hospital Belén de Trujillo.

En lo referente a la edad, el promedio para los casos fue 4,5 meses y para los controles fue 10,3 meses (Cuadro 1).

Con respecto al sexo, se observó que en los casos el 56,76% de los infantes correspondieron al sexo masculino y en los controles el 60,81% fueron varones (Cuadro 1).

En relación a la asociación entre la lactancia materna exclusiva (LME) y la presencia de bronquiolitis se observó que en los casos y controles la frecuencia de LME fueron 17,57% y 60,81% respectivamente ($p < 0,001$), con un OR = 0,14 IC 95% [0,07 – 0,27] (Cuadro 2).

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN CARACTERÍSTICAS GENERALES Y GRUPOS DE ESTUDIO

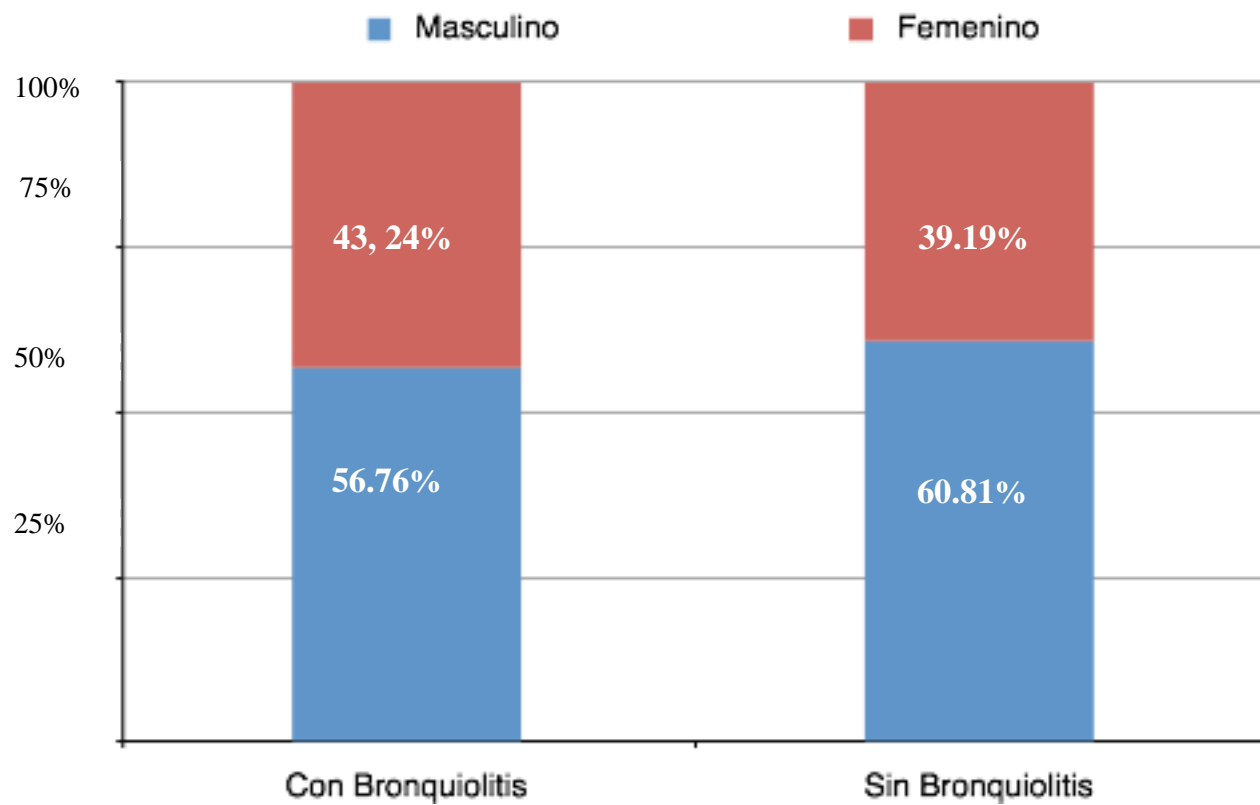
HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO

2012 – 2013

*T student; ** χ^2

CARACTERÍSTICAS GENERALES	GRUPO DE ESTUDIO	
	CASOS	CONTROLES
*EDAD	4,5	10,3
**SEXO (M/T)	42/74 (56,76%)	90/148 (60,81%)

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN CARACTERÍSTICAS GENERALES Y GRUPOS DE ESTUDIO

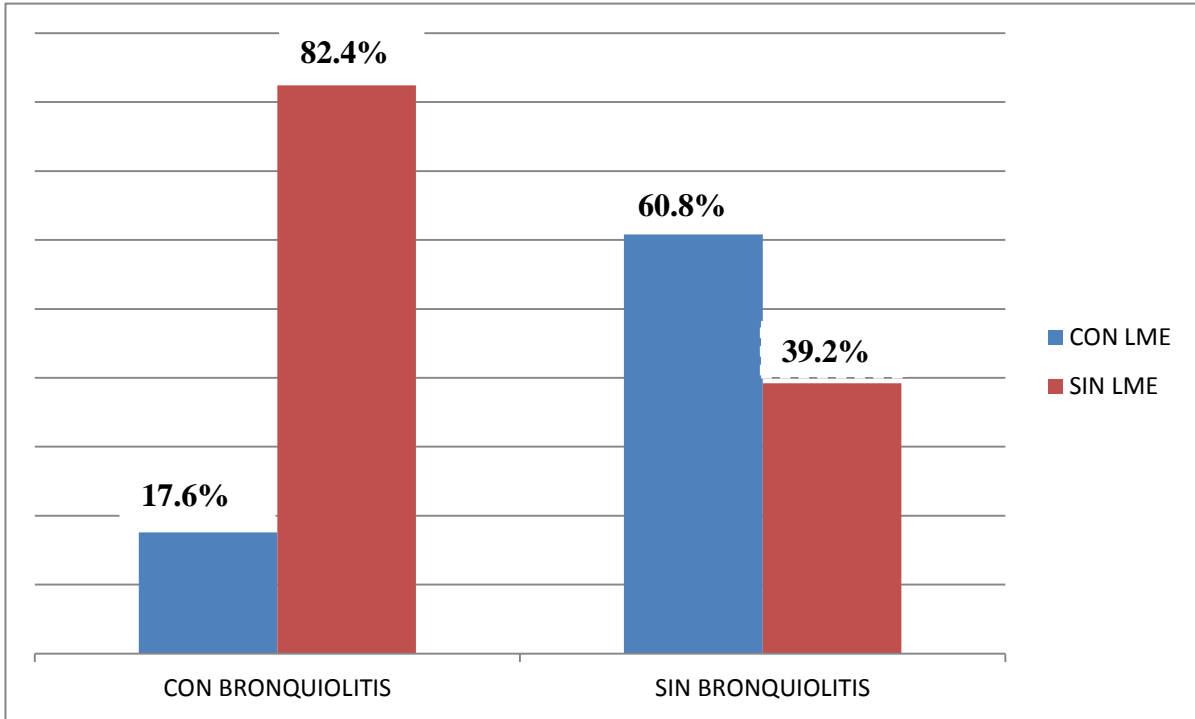


CUADRO 2
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y
GRUPO DE ESTUDIO
HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO
2012 – 2013

LME	GRUPO DE ESTUDIO		TOTAL
	CASOS	CONTROLES	
SI	13 (17,57%)	90 (60,81%)	103 (46,40%)
NO	61 (82,43%)	58 (39,19%)	119 (53,60%)
TOTAL	74 (100%)	148 (100%)	222 (100%)

$\chi^2 = 37,09$, $p < 0,001$; OR = 0,14 IC 95% [0,07 – 0,27]

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y GRUPO DE ESTUDIO



IV. DISCUSIÓN:

En el presente estudio se encontró que la lactancia materna constituye un factor protector para bronquiolitis. El resultado de la investigación es altamente significativo, con un OR de 0.14 a un intervalo de confianza del 95% y fue llevado a cabo con historias clínicas de pacientes hospitalizados del Hospital Belén de Trujillo durante el 2012 y 2013, siendo un total de 222 pacientes, 74 de ellos casos, y 148 controles, quienes cumplieron con los criterios de selección.

Se observaron hallazgos similares a los del estudio de corte transversal realizado por Alzate Meza, en donde también se demuestra una relación significativa entre bronquiolitis y lactancia materna pues el 14% de los niños que habían recibido lactancia materna exclusiva desarrollaron bronquiolitis, y el 86% de los mismos no. En nuestro estudio, de los pacientes con diagnóstico de bronquiolitis, un 17.5% había recibido lactancia materna exclusiva y el 82,43% no la había recibido.

Respaldando la investigación, encontramos, por ejemplo, el estudio de Duijts encontró resultados similares en su cohorte prospectivo, donde comparó a infantes que no recibieron LME con aquellos que la recibieron por al menos los primeros 4 meses, encontrando que este último grupo tuvo un bajo riesgo de infecciones del tracto respiratorio alto (OR: 0.65 CI:95%: 0.51-0.83) y del tracto respiratorio bajo (OR: 0.50 CI: 0.32–0.79) en los primeros seis meses de vida, que coincidentemente corresponde a la mayoría de casos de bronquiolitis.

Asimismo, Cushing, refiere que tras ajustar factores de confusión, la lactancia materna completa se asoció con una reducción en el riesgo de enfermedad respiratoria inferior (odds ratio = 0.81, 95% intervalo de confianza 0,68 a 0,96).

Ladomenou, describió que los infantes amamantados en forma exclusiva durante 6 meses, según las recomendaciones de la OMS, tuvieron un menor número de episodios infecciosos, a diferencia de infantes que recibieron lactancia materna parcial o no la tuvieron, además, este efecto protector persiste incluso después de ajustar por posibles factores de confusión para las infecciones respiratorias agudas (OR 0.58, IC del 95%: 0,36 a 0,92).

También Beaudry reportó en su cohorte retrospectivo que la lactancia materna exclusiva tiene un efecto protector en infecciones respiratorias, con un OR=0.66, IC:95% 0.52 -0.83, que persistió incluso después de su ajuste a otras variables como la clase socioeconómica, la edad materna y el consumo de cigarrillos.

La bronquiolitis es una patología, que como bien ya se explicó con anterioridad, es propia de los menores de 2 años, sin embargo, llama la atención que la edad promedio de los

pacientes que fueron considerados dentro de los casos es de 4 meses, edad a la que aún no se ha recibido lactancia materna exclusiva por 6 meses (según nuestra definición operacional) y no se cuenta aún con su protección, este dato, podría apoyar el resultado de la investigación de Chantry C., quien encontró en sus análisis no ajustados que los niños que fueron amamantados durante 4 a 6 meses (n = 223) tenían un mayor riesgo de infección respiratoria baja que aquellos que fueron amamantados durante \geq totalmente 6 meses (n = 136) (6,5 % vs 1,6 %).

Esto, sumado a que los datos fueron recolectados de pacientes hospitalizados, se encuentra relacionado a lo referido por Paricio y cols, quienes encontraron que por cada mes de no lactancia materna el riesgo de hospitalización se multiplica por 1.5 y que el amamantamiento durante más de 4 meses hubiera prevenido el 56% de los ingresos. Este resultado concuerda también con Carratalla MC quien refiere que solo en el segundo trimestre de vida hay una asociación protectora frente a las infecciones respiratorias. Por el contrario, discrepa con la investigación de Bullkow, quien encontró que en pacientes menores de seis meses de edad (como en el promedio de nuestros casos), la lactancia materna por más de 2 meses tuvo un efecto protector. (odds ratio; OR 3.25, 95% de intervalo de confianza).

Estos resultados respaldan las recomendaciones actuales de que los bebés reciben sólo leche materna durante los primeros 6 meses de vida.

El resultado de esta investigación es importante pues a pesar de que ya es conocido que la lactancia materna exclusiva es un factor protector no solo para enfermedades infecciosas de las vías respiratorias como la bronquiolitis sino también en otro tipo de infecciones, en nuestra sociedad se encuentra un tanto desvalorizada, por lo que se requiere que se enfatice su importancia como pilar fundamental en prevención, pues tanto la bronquiolitis como otras enfermedades infecciosas prevenibles constituyen una causa importante de consulta pediátrica con un creciente número de hospitalizaciones al año.

Por ello es vital promover el método correcto de lactancia materna exclusiva, así como su duración que debe ser durante los primeros seis meses de vida, y demás inigualables ventajas, pues constituye una estrategia preventiva de gran rentabilidad socio económica.

V. CONCLUSIONES:

1. La lactancia materna exclusiva constituye un factor protector para bronquiolitis.
2. El 17.5% de los pacientes que recibieron lactancia materna exclusiva desarrollaron bronquiolitis.

VI. RECOMENDACIONES:

1. Impulsar la lactancia materna exclusiva.
2. Fomentar el método correcto de lactancia materna exclusiva.
3. Orientación acerca de las ventajas de la lactancia materna exclusiva a las madres y futuras madres.
4. Realizar más estudios de la lactancia materna exclusiva como factor protector para otras patologías.
5. Registrar en las historias clínicas de consultorio externo y emergencia el tipo de lactancia que recibe el paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Charles Anthony, Luis E. Cuevas. Infecções respiratórias agudas em crianças. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, 2007;7(1):23-29.
2. Marlais M., Evans J., Abrahamson E. Clinical predictors of admission in infants with acute bronchiolitis. Arch Dis Child. 2011;96(7):648-52
3. Gonzales C. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico, tratamiento y prevención de la bronquiolitis aguda en el niño menor de 2 años de edad. Perú – 2012. Disponible en: <http://www.isn.gob.pe/sites/default/files/Guia%20de%20Bronquiolitis%20Med%20C%20Carlos%20G%20-%20Sugerencias.pdf>
4. Romero C., Benites S., Chávez M. Asociación entre virus respiratorios y la exacerbación de asma en niños. Trujillo – Peru. Rev. peru. pediatr. 2009;62(1):1-8
5. Huarachi L. Estudio Epidemiológico de Distribución y Frecuencia de Atenciones Preventivas y de Morbilidad - Perú 2010. Disponible en: http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/biblioteca/pdf/Estudio_Epidemio_Distrib_Frec_Atenc.pdf.
6. Pérez R., Otheo B., Ros P. Bronquiolitis en pediatría: puesta al día. Inf Ter Sist Nac Salud 2010; 34(1):3-11.
7. Bronchiolitis in children. A national clinical guideline. SIGN 2006;91:1-38.
8. Koehoorn M., Karr C., Demers P., Lencar C., Tamburic L, Brauer M. Descriptive epidemiological features of bronchiolitis in a population-based cohort. Pediatrics 2008;122(6):1196-1203.
9. Lozano de la Torre MJ. Lactancia materna. Asociación Española de Pediatría, disponible en <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf>.
10. Paricio JM., Lizán M., Benlloch MJ., Beseler B., Sánchez M. et al. Full breastfeeding and hospitalization as a result of infections in the first year of life. Pediatrics 2006;118:92-99

11. Dornelles C., Piva J., Macrosticka P. Nutritional Status, Breastfeeding, and Evolution of Infants with Acute Viral Bronchiolitis. *J Health Popul Nutr.* 2007 September; 25(3): 336–343.
12. Bulkow LR, Singleton RJ, Karron RA, Harrison LH, Alaska RSV Study Group. Risk factors for severe respiratory syncytial virus infection among Alaska Native children. *Pediatrics* 2002;109(2 Pt 1):210-6.
13. Carratala MC., Gascon E., Raga M. Is breast-feeding a protective factor for infectious diseases? A case-control study. *Aten Primaria.* 2005;35(3):140-5.
14. Maria Alzate-Meza, C. Arango, et al. A cross-sectional study of maternal breastfeeding as protection factor for prevalent diseases in children up to 5 years of age in some Colombian educational institutions, 2009. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2011;62(1):57-63.
15. Lactancia Materna Exclusiva segun la OMS, disponible en: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/index.html
16. Pertegas S., Pita S. Calculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles CAD ATEN PRIMARIA 2002; 9: 148-150.
17. Pita Fernandez. Determinacion del tamaño muestral. CAD ATEN PRIMARIA 1996;:138 – 144. Actualizado el 01/12/2010.
18. Ladomenou F, Moschandreas J, Kafatos A, et al. Protective effect of exclusive breastfeeding against infections during infancy: a prospective study. *Arch Dis Chil* 2010; doi:10.1136/adc.2009.169912
19. Duijts L., Jaddoe V., Hofman A., Moll H. Prolonged and Exclusive Breastfeeding Reduces the Risk of Infectious Diseases in infancy. *Pediatrics* 2010; 126; e18-e25.
20. Cushing AH, Samet JM, Lambert WE, et al. Breastfeeding reduces risk of respiratory illness in infants. *Am J Epidemiol.* 1998;147(9):863– 870.
21. Chantry C., Howard C., Auinger P. Full Breastfeeding duration and Associated Decrease in Respiratory Tract Infection in US children. *Pediatrics* 2006; 117(2): 425 -432.

22. Beaudry M, Dufour R, Marcoux S. Relation between infant feeding and infections during the first six months of life. *J Pediatr.* 1995; 126(2):191-7.
23. Noble., Murray M., Webb M., Swarbrick A., Milner A. Respiratory status allergy nine to 10 years after acute bronchiolitis. *Arch Dis Child* 1997;76:315–319.

Anexo N° 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Hospital Belén de Trujillo

Fecha de Recolección:/...../.....

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1. Edad:

2. Sexo:

Masculino ()

Femenino ()

I. DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE:

3. Diagnóstico de Bronquiolitis: Si () No ()

4. Lactancia Materna Exclusiva: Si () No ()