



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Exposición temprana a alimentación distinta a la lactancia materna y
asma en niños preescolares

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTOR:

Monteza Marina, Isaac Israel (orcid.org/0000-0002-2715-1138)

ASESORA:

Dra. Vega Fernandez, Amalia Guadalupe (orcid.org/0000-0002-0274-7437)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud perinatal e infantil

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO- PERÚ

2023

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta esta etapa de mi vida, por brindarme sabiduría y salud, para cumplir el primer objetivo de los muchos que me he trazado a lo largo de mi vida.

A mis padres quienes me han apoyado incondicionalmente durante la construcción de mi vida profesional para poder llegar hasta esta instancia de mis estudios.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por la salud, por las bendiciones derramadas a lo largo de esta carrera profesional.

A mis docentes de la universidad, por haber sido mis guías durante mis años de estudio, por haberme brindado parte de sus conocimientos para enriquecer los míos, por sus consejos tanto en el ámbito de la salud como personales.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas y gráficos.....	v
Resumen	v
Abstract.....	vii
I. Introducción	1
II. Marco teórico.....	4
III. Metodología	11
3.1 Tipo y diseño de investigación	11
3.2 Variables y operacionalización.....	11
3.3 Población, muestra y muestreo	11
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	12
3.5 Procedimientos	12
3.6 Método de análisis de datos.....	13
3.7 Aspectos éticos.....	13
IV. Resultados	14
V. Discusión.....	16
VI. Conclusiones	19
VII. Recomendaciones	20
Referencias.....	21
Anexos	

Índice de tablas y gráficos

Tabla 1. Características de los niños preescolares que se atendieron en el Hospital de Apoyo Chepén periodo 2017 – 2022	14
Tabla 2. Alimentación distinta a la lactancia materna como factor de riesgo para asma bronquial en niños preescolares del Hospital de Apoyo Chepén periodo 2017 – 2022	15

RESUMEN

Objetivo: Determinar si la exposición temprana a alimentación distinta a la lactancia materna es un factor de riesgo para asma en niños preescolares.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio analítico, de casos y controles en el que se incluyeron a 178 pacientes preescolares atendidos en un Hospital público, según criterios de selección los cuales se dividieron en función de la presencia o no de asma bronquial, se calculó el chi cuadrado y el estadígrafo odds ratio.

Resultados: La frecuencia de vía de parto por cesárea y antecedente familiar de asma bronquial fue significativamente mayor entre los pacientes con asma bronquial ($p < 0,05$), la frecuencia de alimentación distinta a la lactancia materna en niños preescolares con asma bronquial fue de 34%, la frecuencia de alimentación distinta a la lactancia materna en niños preescolares sin asma bronquial fue de 16%, la alimentación distinta a la lactancia materna es factor de riesgo para asma bronquial en niños preescolares con un odds ratio de 2,72 el cual fue significativo ($p > 0,05$).

Conclusión: la exposición temprana a alimentación distinta a la lactancia materna es un factor de riesgo para asma en niños preescolares.

Palabras claves: *lactancia materna, factor de riesgo, asma.*

ABSTRACT

Objective: To determine if early exposure to diets other than breastfeeding is a risk factor for asthma in preschool children.

Material and methods: An analytical, case-control study was carried out in which 178 preschool patients attended in a public hospital were included, according to selection criteria which were divided according to the presence or absence of bronchial asthma, Chi square and statistical odds ratio were calculated.

Results: The frequency of delivery via cesarean section and family history of bronchial asthma was significantly higher among patients with bronchial asthma ($p < 0.05$), the frequency of feeding other than breastfeeding in preschool children with bronchial asthma was 34%, the frequency of feeding other than breastfeeding in preschool children without bronchial asthma was 16%, feeding other than breastfeeding is a risk factor for bronchial asthma in preschool children with an odds ratio of 2.72 which was significant ($p > 0.05$).

Conclusion: early exposure to food other than breastfeeding is a risk factor for asthma in preschool children.

Keywords: *breastfeeding, risk factor, asthma.*

I. INTRODUCCIÓN

El asma es una patología no transmisible muy común en niños y representa una enfermedad crónica que es muy frecuente en los adultos. Representa un problema mundial de salud con un estimado de 495 100 muertes por asma en el 2017 y 22,8 millón de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD); comparaciones transversales en la prevalencia del asma en poblaciones requieren métodos estandarizados que puedan ser implementados en una amplia gama de entorno¹.

El asma pediátrica a nivel mundial sugiere un problema grave de salud pública, lo que puede ejercer una influencia considerable en la calidad de vida. Internacionalmente, la enfermedad del asma se ubica en el puesto 16 dentro de los primeros motivos de años vividos con discapacidad y 28 dentro de las primeras causas de morbilidad, según AVAD². La prevalencia global de la enfermedad y mortalidad del asma en la edad pediátrica se ha incrementado de manera significativa en los últimos 40 años³.

La Organización mundial de la Salud (OMS) considera que aproximadamente 310 millones de habitantes en el mundo sufren de asma, y se estima que este número supere los 400 millones para 2025. El porcentaje de mortalidad del asma pediátrica en Norteamérica oscila entre 0 y 0,7 por cada 100 000 habitantes, entre los niños, el asma representa la patología crónica más frecuente, ubicándose entre los primeros 20 motivos de discapacidad a nivel mundial en niños de todas las edades⁴.

En una revisión sistemática realizada en Asia durante el período 1990-2019 en niños de 0 a 14 años se evidenció una correspondencia positiva y reveladora la medición del crecimiento de los humanos y la aparición de asma bronquial; también existe una correlación negativa significativa entre índice de desarrollo humano y mortalidad por enfermedad en ambos sexos en pacientes pediátricos⁵.

Estudios recientes que utilizan datos para los últimos 20 años han demostrado que la mortalidad por asma continúa disminuyendo en la región entre todos los grupos de edad en Centroamérica y Sudamérica: Costa Rica,

México, Brasil y Puerto Rico que mostraron tasas de mortalidad decrecientes del 80%, 26%, 10% y 42%, respectivamente⁶. En consonancia con estos hallazgos en Sudamérica, se ha evidenciado una reducción en las tasas brutas de mortalidad por asma de 5,6% anual durante el periodo de 2000 y 2018⁷.

Con base en diferentes estudios realizados en Perú, el asma y las enfermedades alérgicas tienen una prevalencia superior al 30%, y constituyen las enfermedades crónicas más frecuentes no infecciosas en pacientes de edad pediátrica⁸.

La lactancia materna no exclusiva (LMNE) podemos definirla como la administración de productos alimenticios o líquidos complementariamente a la leche materna que no contemplen fármacos, vitaminas y minerales en los lactantes de menos de 6 meses de edad, se considera dentro de los primeros desencadenantes de discapacidad y decesos infantiles en los lugares en vías de progreso. Se considera que es causante del 10 % de morbilidad y de 1,4 millones de decesos en la etapa pediátrica. En el mundo, solo el 35% de los niños lactantes reciben lactancia materna de manera exclusiva adecuada en los primeros cuatro meses de existencia, generalmente en los lugares en vías de progreso, la alimentación complementaria suele ser demasiado temprana o demasiado tarde⁹.

Por lo tanto, teniendo en cuenta esta realidad se plantea como problema de investigación: ¿La exposición temprana a alimentación distinta a la lactancia materna es un factor de riesgo para asma en niños preescolares? Así mismo se plantea la siguiente hipótesis de investigación: H0: la lactancia materna no exclusiva no es un factor de riesgo para asma bronquial. H1: la lactancia materna no exclusiva es un factor de riesgo para asma bronquial.

Se considera como objetivo general: Determinar si la exposición temprana a alimentación distinta a la lactancia materna es un factor de riesgo para asma en niños preescolares y como objetivos específicos: estimar la frecuencia de exposición en preescolares con asma bronquial que recibieron lactancia materna exclusiva o no; Estimar el porcentaje de niños preescolares sin

asma bronquial que estuvieron expuestos a alimentación distinta a la lactancia materna o no; determinar la asociación entre las variables de estudio.

Considerando que el asma bronquial es una patología que es responsable de una elevada carga de morbilidad en los pacientes pediátricos, así como de un importante costo sanitario para el sector sanitario y alteración en la mejora de vida con impacto determinante en el entorno familiar, en este sentido resulta prioritario el reconocimiento de aquellos factores desencadenantes, al respecto se ha descrito la influencia de los patrones de lactancia materna en la aparición de trastornos alérgicos y de enfermedad de las vías respiratorias durante los primeros años de la infancia y en virtud de que el tipo de lactancia materna es una variables sobre la que es posible influir de manera directa y planificada, tomando en cuenta que no se evidencio estudios previos similares en nuestro medio es que decidimos realizar el presente proyecto de investigación.

II. MARCO TEÓRICO

Rachma et al.¹⁰ analizaron la correlación entre el tiempo de la lactancia materna y la gravedad del asma alérgica descrita por la periodicidad de los cuadros de asma, el trastorno del sueño y la limitación de la actividad en un estudio observacional analítico que utilizó un enfoque transversal. Los sujetos eran pacientes ambulatorios pediátricos de 1 a 5 años con asma. A través de los datos obtenidos de 62 encuestados, el tiempo de la lactancia materna exclusiva no mostró una relación relevante con la frecuencia de ataques de asma ($r_s = -0,227$, $p = 0,076$), trastorno del sueño ($r_s = -0,214$, $p = 0,095$) y limitación de actividad ($r_s = -0,055$, $p = 0,672$).

Kumar et al.¹¹ estudiaron la concordancia entre LME y asma bronquial, en una investigación de controles y casos emparejados en un total de 180 niños con asma (casos) y se incluyeron 180 sin la enfermedad (controles). La prevalencia de lactancia materna exclusiva entre las madres resultó en un 60% (50% entre casos y 69% entre los controles). La LME se relacionó con posibilidad 46 % menor de tener asma con una probabilidad (p-valor) de 0,025 donde la razón de posibilidades (OR) fue de 1,85, con un intervalo de confianza (IC) del 95 % de 1.08 a 3.16. El tiempo de la lactancia se asoció significativamente con una menor posibilidad de tener asma ($p = 0,001$) (OR 0,87; IC 95% 0,79-0,94). El aumento de un mes en el tiempo de la lactancia se relacionó con un 23% menos de probabilidad de la enfermedad.

Xue et al.¹² investigaron la relación de la LM y la aparición del cuadro de asma en una revisión sistemática y metaanálisis con MEDLINE, EMBASE y CINAHL en un diseño de cohortes retrospectivas/prospectivas se incluyeron a una población menor de 18 años con cuadro diagnosticado de asma. Los resultados iniciales fueron el diagnóstico de asma por parte del personal médico calificado validado por criterios basados en guías de diagnóstico. Cuarenta y tres investigaciones fueron los resultantes para entro dentro de la revisión sistemática. Treinta y siete artículos formaron parte del diagnóstico de asma por médicos/guías, y cinco artículos se basaban en las complicaciones y severidad del asma. Los lactantes que recibían más tiempo de duración en la lactancia materna se asociaban a menor riesgo de asma

(OR=0,84; IC 95%: 0,75-0,93, I²=62,4%). Asimismo, una baja probabilidad de asma se evidenció en la población estudiada que tenían mayor LME versus menos lactancia materna exclusiva (0,81; 0,72-0,91, I²=44%).

Huo et al.¹³ estudiaron la relación sobre la administración de antibióticos prenatales y la probabilidad de tener asma en la edad pediátrica, y exploraron si la LM modifica el riesgo en un estudio de casos y controles. Se incluyeron una cifra de 634 reportes de asma y 864 controles de 3 años hasta los 12 años. El uso de antibióticos en el embarazo en los casos y controles fue de 7,1 y 3,5%, respectivamente. Se evidenció una estrecha concordancia sobre la administración de antibióticos durante la etapa prenatal y el asma (ORa: 1,7, IC 95 %: 1,0–2,9), sobre todo en niños (ORa: 2,2, IC 95 %: 1,1–4,4) y niños que tenían algún antecedente familiar de cuadros alérgicos (ORa: 3,1, IC 95%: 1,2-8,4). Se pudo evidenciar que esta relación solo se daba en niños la edad pediátrica que no tomaron LM en los 6 primeros meses de existencia. (ORa 2,6, IC 95% 1,3-5,1) pero no en lactantes con LME (ORa 0,9, IC 95% 0,4-2,1).

Klopp et al.¹⁴ determinaron si los distintos métodos de alimentación infantil se relacionan con el asma en la etapa pediátrica, incluida la diferenciación entre la LM directa y la leche materna extraída, en 3296 niños en la cohorte de nacimiento. La exposición principal fue el modo de alimentación infantil a los 3 meses, informado por las madres y categorizado como solo lactancia directa, lactancia con algo de leche materna extraída, leche materna y fórmula, o fórmula únicamente. A los 3 meses de edad, la distribución de los modos de alimentación fue 27% lactancia directa, 32% lactancia con algo de leche materna extraída, 26% leche materna y fórmula y 15% fórmula sola. A los 3 años de vida, el 12% de los lactantes fueron diagnosticados con posible o probable asma. Se evidenció que cualquier otro método de alimentación en la edad infantil diferente al de la lactancia materna se relacionó más a la aparición de asma. Estas asociaciones persistieron después de ajustar por asma materna, origen étnico, tipo de nacimiento, sexo del bebé, edad gestacional y asistencia a la guardería (algunas leches maternas extraídas:

aOR, 1,64, IC del 95 %, 1,12-2,39; leche materna y fórmula, aOR, 1,73); IC del 95 %, 1,17-2,57; solo fórmula: aOR, 2,14, IC del 95 %, 1,37-3,35).

Verducci et al.¹⁵ compararon la correlación entre la LME y las sibilancias en los lactantes en un estudio que indaga si existe una relación entre la LME y las sibilancias a los 12 meses de edad. Se reclutaron secuencialmente una serie de 1632 parejas madre-niño. Las madres recibieron capacitación en el hospital sobre prácticas de lactancia materna y cómo reconocer las sibilancias. A los 12 meses participaban 1522 parejas madre-hijo. La lactancia materna se inició en el 95,9% de ellos y fue exclusiva en el 86,1%. La incidencia de sibilancias alguna vez y sibilancias recurrentes a los 12 meses de edad fue del 33,7 % y del 10,0 %, respectivamente. El tiempo de la LME fue más corta en los bebés con sibilancias que en los que no la tenían (mediana de 2,6 meses frente a 4,1 meses, $P < 0,001$). Después del ajuste por factores de confusión, cada mes de lactancia materna exclusiva disminuyó la probabilidad de sibilancias alguna vez en un 11 % y de sibilancias en recurrencia en un 15 %, a los primeros 12 meses de vida.

Wilson et al.¹⁶ investigaron la asociación entre el tiempo de la LM y el asma en la etapa pediátrica, las madres informaron el tiempo de cualquier LME y resultados del asma durante el seguimiento en preescolares. Los resultados incluyeron sibilancias actuales (12 meses), alguna vez asma, asma actual (con ≥ 2 sibilancias actuales, alguna vez asma, uso de medicamentos en los últimos 12-24 meses) y asma actual estricta (alguna vez asma con sibilancias actuales o ambas y uso de medicamentos en el pasado). 12-24 meses). Entre las mujeres, 33%, 13%, 9% y 45% reportaron 0 a menos de 2, 2 a 4, 5 a 6 y más de 6 meses de cualquier lactancia, respectivamente. Hubo una asociación protectora dependiente del tiempo de la LME y aparición de asma (p. ej., cociente de probabilidades actual ajustado de asma [intervalo de confianza del 95 %], 0,64 [0,41-1,02], 0,61 [0,38-0,98] y 0,52 (0,31-0,87) durante 2 a 4 meses, 5 a 6 meses y más de 6 meses, respectivamente, en comparación con < 2 meses).

Sotelo et al.¹⁴ determinaron la asociación entre LME en los seis primeros meses de edad y asma bronquial infantil en un estudio observacional

analítico tipo casos y controles con un total de 53 casos y 159 controles; siendo de 75% y 55% la frecuencia de LMNE para los casos y controles, se evidenció una relación en términos estadísticos significativos ($p=0,009$). La lactancia materna exclusiva por análisis de regresión logística (OR 0.41, $p=00.014$, IC 0.20-0.84.) se evidencio una asociación para asma bronquial.

Cuando hablamos de asma nos referimos a una enfermedad crónica heterogénea que afectan las vías respiratorias y está muy relacionado a su aparición en la edad infantil, generalmente caracterizado por las sibilancias como síntoma más frecuente asociado a otros síntomas respiratorios, dificultad para respirar, opresión torácica y tos, junto con dificultad variable del flujo de aire espiratorio. En los últimos años existe un dilema sobre el control de los pacientes sintomáticos y su manejo, así como la presencia de los factores de riesgo principales en la práctica clínica.

No existe una única prueba de "estándar de oro" que se pueda utilizar para diagnosticar con precisión el asma; en la práctica, se debe hacer un diagnóstico basado en el síntoma característico, evidencia de variabilidad en la limitación del flujo de aire en la presencia de afectación de las vías respiratorias, la probabilidad de diagnósticos alternativos y la respuesta al manejo terapéutico. Las pruebas que valoran la funcionalidad pulmonar se pueden utilizar para ayudar al diagnóstico en niños mayores de 5 años con cuadros asmáticos. Pico espiratorio (PEF) y la espirometría se utilizan comúnmente para evaluar la obstrucción del flujo de aire y reversibilidad. Se puede utilizar PEF para detectar la variación diurna, que es una característica típica del asma¹⁹.

Se recomiendan practicar los tratamientos no farmacológicos que tengan la finalidad de aumentar la calidad de vida en pacientes asmáticos, particularmente la etapa pediátrica, dentro de estas la no exposición al humo de tabaco ambiental o cese del consumo de tabaco en los adolescentes, el uso racional de fármacos y una buena alimentación en personas que desarrollen sensibilidad a estos , evitación de polución e irritantes interiores y/o exteriores, la pérdida de peso se debe advertir a los pacientes; programas de ejercicios respiratorios, no obstante, el uso de los

medicamentos para el manejo del cuadro asmático en los niños y adultos es un pilar muy fundamental para el manejo según la severidad clínica y el control de la enfermedad, que está determinado por diferentes factores que involucran al paciente, historial genético, el manejo farmacológico en curso, el medio ambiente y factores psicosociales. La severidad de un cuadro asmático se puede valorar retrospectivamente desde manejo requerido para contrarrestar los síntomas y exacerbaciones, que pueden modificarse con el tiempo²⁰.

La lactancia materna es muy importante en la edad pediátrica para el desarrollo y crecimiento del lactante por lo tanto se convierte en un elemento fundamental en la nutrición dentro de los primeros meses de vida. La leche materna está conformada de diferentes componentes que ayudan a la nutrición en los lactantes; dentro de estos componentes tenemos alrededor de 87% a 88% de agua y 124 g/L de componentes sólidos como macronutrientes, incluido alrededor del 7 % (60–70 g/L) carbohidratos, 1% (8–10 g/L) proteína y 3.8% (35–40 g/L) de grasa²¹.

La composición puede variar dependiendo de factores ambientales, incluida la dieta materna. El calostro es baja en grasas, pero alta en proteínas y relativamente rica en componentes inmunoprotectores. Aunque la leche materna contiene suficientes vitaminas para asegurar el crecimiento normal del niño, vitaminas D y K pueden ser insuficientes, y el niño puede requerir su suplementación. Otros componentes importantes en la leche materna son los factores de crecimiento, proteínas y péptidos bioactivos que actúan en el tracto intestinal, la vasculatura, el sistema endocrino y el sistema nervioso central (SNC). En las últimas décadas se han desarrollado diversas fórmulas infantiles y se están complementando con ingredientes específicos de la leche materna, como el oligosacárido de la leche humana (HMO), pero no existe un sustituto perfecto.²²

La LMNE podemos definirla como la administración de productos alimenticios o líquidos complementariamente a la leche materna que no contemplen fármacos, vitaminas y minerales en los lactantes de menos de 6 meses de edad, se considera dentro de los primeros desencadenantes de

discapacidad y decesos infantiles en los lugares en vías de progreso. Se considera que es causante del 10 % de morbilidad y de 1,4 millones de decesos en la etapa pediátrica y se considera como un factor de riesgo para el desarrollo de diferentes infecciones en los niños²³.

Aunque la relación entre la LM y el asma es un área activa de investigación, ha habido algunas inconsistencias en los hallazgos y lagunas donde se justifica una mayor investigación; algunos estudios han encontrado que la lactancia materna protege contra asma en niños, mientras que otros han encontrado un aumento o ninguna asociación con el asma; es importante evaluar sistemáticamente estas asociaciones para la modificación del efecto para delinear los posibles mecanismos subyacentes y guiar recomendaciones²⁴.

Actualmente, la importancia de la LM en el aspecto de la función respiratoria mantiene cierta incertidumbre, la supuesta correlación entre la LM y la función pulmonar podría explicarse por efectos epigenéticos y la modulación de la microbiota intestinal, el crecimiento pulmonar y el sistema inmunitario²⁵. En general, se reconoce que los lactantes amamantados tienen menos infecciones respiratorias frecuentes y menos graves que los no amamantados²⁶.

La leche humana proporciona beneficios a través de una protección directa de componentes específicos (lactoferrina, lisozima, defensina y otras citoquinas), y a través de la estimulación del sistema inmunológico debido a su alto contenido de factores de crecimiento y nucleótidos. Recientemente, se supuso que la lactancia materna además podría actuar de manera directa sobre el crecimiento pulmonar como resultado de interacciones complejas entre factores inmunoactivos protectores y el efecto mecánico²⁷.

Existe evidencia de niveles de puntuación z de capacidad de difusión pulmonar (DLCO) más bajos en ex niños prematuros comparándolos con nacidos a término más tarde en la infancia; por lo tanto, la relación entre lactancia materna y resultados respiratorios es más difícil de investigar en prematuros lactantes que los controles sanos.²⁸

Se han descrito diferencias entre la succión prolongada en el pecho en comparación con el biberón, lo que podría determinar el incremento de la capacidad en los pulmones en lactantes en relación con los niños alimentados con biberón²⁹.

Hasta la fecha, las investigaciones que muestran una implicancia muy importante de la LM en el pulmón han reportado resultados contrastantes, la mayoría de ellos encontraron mayor capacidad vital forzada (FVC) o volumen espiratorio forzado en 1 s (FEV1) en niños en edad escolar previamente amamantados.³⁰

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación: Aplicada, que hace referencia a un tipo de investigación que permite descubrir un nuevo conocimiento para buscar soluciones a una determinada situación.³¹

Diseño de investigación: Es un estudio no experimental, donde el investigador no hace una manipulación de las variables³¹; observacional, analítico, de casos y controles.

3.2 Variables y operacionalización

VARIABLES:

Independiente:

V1: Exposición temprana a alimentación distinta a la lactancia materna

Dependiente:

V2: Asma bronquial

Cuadro de operacionalización de variables (anexo 01).

3.3 Población, muestra y muestreo

Población: Estuvo conformado por los niños de 2 a 5 años de edad que se atendieron en el consultorio de pediatría del Hospital de Apoyo Chepén durante el periodo 2017 - 2022.

Criterios de Inclusión (casos):

- Niños con diagnóstico de asma bronquial
- Niños en edad preescolar
- Pacientes que tengan historias clínicas donde se registren los datos de estudio.

Criterios de Inclusión (controles):

- Pacientes sin diagnóstico de asma bronquial, que fueron atendidos por otra patología
- Pacientes entre 2 a 5 años
- Pacientes que tengan historias clínicas completas.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con algún grado de desnutrición
- Pacientes con fibrosis quística
- Pacientes con tratamiento de corticoides por otras causas distintas al asma bronquial
- Pacientes con infección por VIH
- Pacientes con tuberculosis pulmonar

Muestra: La muestra se determinó con el análisis de estudios anteriores donde el número de controles por caso da un odds ratio de 1:1 donde los casos representan 0.75 y los controles 0.55 obteniendo un resultado de 89 casos 89 controles.

Muestreo: Se realizó un muestreo no aleatorio teniendo en cuenta el orden de aparición de las historias clínicas, El emparejamiento se realizó teniendo en cuenta la edad y el sexo, además se estableció una fecha índice que fue la fecha del diagnóstico de asma con esto se pretendió emparejar a los controles que estaban involucrados al mismo tiempo que los pacientes con asma.

Unidad de análisis: Cada HC de los niños que participan en el estudio.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica fue el análisis documental, los datos fueron tomados de las historias clínicas.

El instrumento a utilizar fue un documento de recopilación de datos en donde se procedió a registrar la información que tenga implicancia con las variables.

3.5 Procedimientos

Dentro del estudio se consideraron a los niños que se atendieron en el Hospital de apoyo Chepén entre los años 2017 - 2022. Se asistió al Hospital, en donde se realizó:

Establecer comunicación con el director del Hospital, para informarle acerca del proyecto de investigación que se pretendió realizar en el centro de salud, posteriormente se presentó la documentación correspondiente solicitando el permiso para la elaboración del trabajo de investigación; luego se seleccionaron a las historias clínicas de los niños del grupo de casos y de controles en relación del código CIE 10 que corresponde a asma bronquial, hasta llegar a completar la muestra requerida para que posteriormente realizar el análisis de los expedientes clínicos a fin de indagar sobre el patrón de lactancia materna que recibió el paciente y finalmente completar la correlación y su implicancia de las variables que intervinieron en el estudio; las cuales procedieron a ser incorporadas en una hoja de recolección de datos.

3.6 Método de análisis de datos

La información obtenida pasó por un proceso utilizando el programa Microsoft Office Excel, posteriormente se realizó el análisis en el sistema SPSS Vr. 26. Finalmente se utilizaron estadísticas descriptivas con el fin de verificar la correlación entre el cálculo del odds ratio, las variables en estudio, así también verificamos los intervalos de confianza correspondiente al 95%.³¹

3.7 Aspectos éticos

La presente investigación protegió la capacidad del autor y la información y derecho de los pacientes, Se hizo énfasis al emplear el derecho a la no maleficencia, respetando los datos y su naturaleza de origen; confidencialidad, se hizo énfasis en la autodeterminación informativa; beneficencia, se buscó el aporte de la LME y su factor protector para asma, se tuvo en cuenta la aprobación del comité de ética y de las reglas definidas de la Universidad César Vallejo; y se tuvo en cuenta la declaración de Helsinki II³² y la ley de salud general.³³

IV. RESULTADOS:

Tabla 1. Características de los niños preescolares que se atendieron en el Hospital de Apoyo Chepén periodo 2017 – 2022.

FUENTE: Hospital de Apoyo Chepén- Fichas de recolección: 2017 - 2022.

Variables intervinientes	Asma (n=89)	No asma (n=89)	RP (IC 95%)	Valor p
Edad:	3,7 +/- 1,4	3,4 +/- 1,2	NA	0,57
Sexo:				
Masculino	54 (61%)	49 (55%)	OR: 1,26	
Femenino	35 (39%)	40 (45%)	(IC 95% 0,7 – 1,8)	0,73
Procedencia:				
Urbano	82 (92%)	78 (93%)	OR 1,65	0,45
Rural	7 (8%)	11 (7%)	(IC 95% 0,6 – 2,2)	
Vía de parto:				
Cesárea	49 (55%)	32 (36%)	OR: 2,18	0,043
Vaginal	40 (45%)	57 (64%)	(IC 95% 1,1 – 3,6)	
Bajo peso al nacer:				
Si	15 (17%)	12 (13%)	OR 1,3	0,57
No	74 (83%)	77 (87%)	(IC 95% 0,7 – 2,1)	
Apgar bajo al nacer:				
Si	9 (10%)	6 (7%)	OR: 1,55	0,67
No	80 (90%)	83 (93%)	(IC 95% 0,8 – 1,9)	
Antecedente familiar:				
Si	18 (20%)	7 (8%)	OR 2,96	0,025
No	71 (80%)	82 (92%)	(IC 95% 1,6 – 5,4)	

Tabla 2. Alimentación distinta a la lactancia materna como factor de riesgo para asma bronquial en niños preescolares del Hospital de Apoyo Chapén periodo 2017 – 2022.

Alimentación distinta a lactancia materna	Asma bronquial		Total
	Si	No	
Si	30 (34%)	14 (16%)	44
No	59 (66%)	75 (84%)	134
Total	89 (100%)	89 (100%)	178

FUENTE: Hospital de Apoyo Chapén- Fichas de recolección: 2017 - 2022.

- Chi cuadrado: 9,4
- $p < 0,05$.
- Odds ratio: 2,72
- Intervalo de confianza al 95%: (1,4 – 5,3)

En relación a la influencia de la alimentación distinta a lactancia materna y el riesgo de asma bronquial, se evidenció la asociación a nivel muestral con un odds ratio > 1 ; expresa esta misma asociación a nivel poblacional con un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de esta tendencia al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%.

V. DISCUSIÓN:

En diferentes estudios se menciona la virtud que tiene la LME en los primeros meses de vida en relación a la administración de alimentación distinta con respecto a la aparición del asma. Cabe señalar que la leche materna contiene diferentes componentes como proteínas, alergenicos, quimiocinas, inmunoglobulinas, que actúan como moduladores del sistema inmune y están implicados en el adecuado desarrollo y maduración del sistema inmune además de proteger frente a infecciones respiratorias durante los primeros meses de vida, además se evidenció que la LME confiere protección frente a enfermedades alérgicas como el asma.

En el presente estudio evidenció una relación entre la LME y el desarrollo del asma. Se encontró un aumento de casos de asma en los niños que no recibieron LME en comparación a los que si la recibieron durante los primeros 6 meses de vida, estos resultados están en relación a diversos estudios^{12,13,14} donde existe la evidencia que la LME es un factor protector con relación a la aparición de asma en los niños.

En la Tabla 1 se comparan las diferentes variables que intervinieron en esta investigación como edad, sexo, procedencia, donde no se evidencia diferencias de manera significativa con respecto a estas características excepto para vía de parto por cesárea y antecedente familiar de asma; estos resultados coinciden con lo publicado por; Kumar¹¹. Huo¹³; quienes también registraron diferencia respecto a la variable vía de parto por cesárea entre los pacientes con o sin asma bronquial.

Estos hallazgos coinciden con lo expuesto por Kumar P. et al, en India en el 2021 quienes estudiaron la concordancia entre LME y asma bronquial, en una investigación de controles y casos emparejados en un total de 180 niños con asma (casos) y se incluyeron 180 sin la enfermedad (controles); encontrando que la

LME se relacionó con posibilidad de 46 % menos de tener asma con una probabilidad (p-valor) de 0,025 donde la razón de posibilidades (OR) fue de 1,85, con un intervalo de confianza (IC) del 95 % de 1,08 a 3,16 el tiempo de la lactancia se asoció significativamente con una menor posibilidad de tener asma ($p = 0,001$)¹¹.

También podemos verificar hallazgos similares a lo reportado por Huo X. et al, en China en el 2018 quienes estudiaron la relación sobre la administración de antibióticos prenatales y la probabilidad de tener asma en la edad pediátrica, y exploraron si la LM modifica el riesgo en una cifra de 634 reportes de asma y 864 controles de 3 años hasta los 12 años, se corroboró la asociación únicamente en los niños que no tomaron LM en los 6 primeros meses de existencia. (ORa 2,6, IC 95% 1,3-5,1)¹³

En la Tabla 4 se realiza el análisis bivariado entre alimentación distinta a la lactancia materna y obesidad; verificando a través de la prueba chi cuadrado un efecto de riesgo significativo con un odds ratio de 2,72, con un intervalo de confianza significativo, y la significancia estadística necesaria como para poder afirmar que el patrón de alimentación distinta a la lactancia materna es factor de riesgo para asma bronquial en preescolares.

Observamos hallazgos similares a los descritos en el estudio de Klopp A, et al¹⁴, en Turquía en el 2017 quienes determinaron si los distintos métodos de alimentación infantil se relacionan con el asma en la etapa pediátrica, en 3296 niños en la cohorte de nacimiento, el 12% de los lactantes fueron diagnosticados con posible o probable asma, se evidenció que cualquier otro método de alimentación diferente al de la lactancia materna se relacionó más a la aparición de asma (aOR, 1,64, IC del 95 %, 1,12-2,39; $p < 0.05$).

Finalmente hacemos mención a lo descrito por Sotelo M. et al, en Perú en el 2020 quienes determinaron la asociación entre LME en

los seis primeros meses de edad y asma bronquial infantil en un estudio observacional analítico tipo casos y controles con un total de 53 casos y 159 controles; encontrando que las frecuencias de LMNE para los casos y controles fue de 75% y 55% se evidenció una relación en términos estadísticos significativos ($p=0,009$) con asma bronquial.¹⁷

Debido al diseño de investigación este estudio cuenta con algunas limitaciones. De las cuales se puede resaltar que se trata de un estudio unicéntrico, además el presente estudio no valoró la relación del asma con otras variables como la dieta materna, el uso de fármacos antibióticos en la madre, alergias en la madre, variables que también podrían tener implicancia en el desarrollo del asma en los niños, tampoco se investigó sobre la presencia de infecciones virales en la lactancia como causante del asma debido a que este es un factor de riesgo fuerte para el desarrollo de asma en edades posteriores.

En conclusión, el presente estudio evidenció una relación significativa entre la LME y la aparición de asma, siendo la alimentación distinta a la lactancia materna exclusiva un factor de riesgo para el desarrollo del asma.

VI. CONCLUSIONES

1.-La frecuencia de vía de parto por cesárea y antecedente familiar de asma bronquial fue significativamente mayor entre los pacientes con asma bronquial ($p < 0,05$).

2.-La frecuencia de alimentación distinta a la lactancia materna en niños preescolares con asma bronquial fue de 34%

3.-La frecuencia de alimentación distinta a la lactancia materna en niños preescolares sin asma bronquial fue de 16%

4.-La alimentación distinta a la lactancia materna es factor de riesgo para asma bronquial en niños preescolares con un odds ratio de 2,72 el cual fue significativo ($p > 0,05$).

VII. RECOMENDACIONES

1.-Es pertinente tomar en cuenta los hallazgos encontrados en nuestra investigación con la expectativa de desarrollar estrategias de profilaxis primaria y secundaria para la vigilancia de riesgo de asma bronquial en preescolares de nuestra localidad.

2.-Es conveniente desarrollar nuevos estudios prospectivos multicéntricos con la expectativa de contrastar si las apreciaciones encontradas en nuestra muestra pueden generalizarse a toda la población de preescolares de nuestro entorno sanitario

3.-Es necesario identificar la influencia de otras variables como por ejemplo características clínicas, analíticas o epidemiológicas con la expectativa de integrar estos datos para la identificación oportuna de asma bronquial en preescolares.

REFERENCIAS

- 1.-Meghji J, Mortimer K, Agusti A. Improving lung health in low-income and middle-income countries: from challenges to solutions. *Lancet* [en línea] [citado: 2022 junio 15]; [2021; 397: 928–40 pp]. DOI 10.1016/S0140-6736(21)00458-X.
- 2.-Roth G, Abate D, Abate K. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* [en línea] [citado: 2022 junio17]; [2018; 392: 1736–88 pp]. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7)
- 3.-Cruz Á, Stelmach R, Ponte E. Asthma prevalence and severity in low-resource communities. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. [en línea] [citado: 2022 junio17]; [2017; 17:188-93pp]. DOI: DOI: 10.1097/ACI.0000000000000360
- 4.-Ferrante G, La Grutta S. The burden of pediatric asthma. *Front Pediatr*. [en línea] [citado: 2022 junio17]; [2018; 6:186 pp]. DOI: 10.3389/fped.2018.00186
- 5.-Goodarzi E. The Burden of Asthma in Children Aged 0-14 Years in Asia: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *J Pediatr Res*. [en línea] [citado: 2022 junio17] [2022;9(2):105-15 pp]. DOI: 10.4274/jpr.galenos.2021.29577
- 6.-Solé D, Aranda CS, Wandalsen GF. Asthma: epidemiology of disease control in Latin America - short review. *Asthma Res Pract*. [en línea] [citado: 2022 junio17]; [2018; 11;3:4pp]. DOI: 10.1186/s40733-017-0032-3
- 7.-Cabrera A, Rodriguez A, Romero N. Trends in hospital admissions and mortality rates for asthma in Ecuador: a joinpoint regression analysis of data from 2000 to 2018. *BMJ Open Resp Res*. [en línea] [citado: 2022 junio17]; [2021;8: 773pp]. DOI: 10.1136/bmjresp-2020-000773.
- 8.-García-Gomero D, López-Talledo M, Galván-Calle C, Muñoz-León R, Matos-Benavides E, Toribio-Dionicio C, et al. sensibilización a aeroalérgenos en una población pediátrica peruana con enfermedades alérgicas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. [en línea] [citado: 2022 junio 18] ; [2020;37(1):57- 62 pp]. DOI: 10.17843/rpmesp.2020.371.4460

- 9.-Getaneh D. Non-exclusive breast feeding and its factors in the first 6-month life of infants among mother-infant pairs of 6–12 months in Debre Tabor town, Northwest Ethiopia, 2019: community-based cross-sectional study. *Heliyon*. [en línea] [citado: 2022 junio 20]; [2021; 7: 06922 pp]. DOI: 10.1016/j.heliyon.2021.e06922.
- 10.-Rachma A. Exclusive Breastfeeding Duration and Allergic Asthma Severity in Children. *Jurnal Respirasi*. [en línea] [citado: 2022 junio 20]; [2021; 7(3): 106–113 pp]. DOI: 10.20473/jr.v7-l.3.2021.106-113.
- 11.-Kumar P, Devgan A. The Association of Breastfeeding With Childhood Asthma: A Case-Control Study From India. *Cureus*. [en línea] [citado: 2022 junio 20]; [2021; 13(11): 19810 pp]. DOI: 10.7759/cureus.19810.
- 12.-Xue M, Dehaas E, Chaudhary N. Breastfeeding and risk of childhood asthma: a systematic review and meta-analysis. *ERJ Open Res*. [en línea] [citado: 2022 junio 20]; [2021; 4(2):13-17 pp]. DOI: 10.1183/23120541.00504-2021.
- 13.-Huo X. The effect of breastfeeding on the risk of asthma in high-risk children: a case-control study in Shanghai, China. *BMC Pregnancy Childbirth*. [en línea] [citado: 2022 junio 21]; [2018; 18: 341]. DOI: 10.1186/s12884-018-1936-5.
- 14.-Klopp A, Vehling L, Becker A, Subbarao P, Mandhane P, Turvey S, et al. Modes of Infant Feeding and the Risk of Childhood Asthma: A Prospective Birth Cohort Study. *J Pediatr*. [en línea] [citado: 2022 junio 21]; [2017; 190:192-199 pp.]. DOI: 10.1016/j.jpeds.2017.07.012.
- 15.-Verducci E. Duration of exclusive breastfeeding and wheezing in the first year of life: A longitudinal study *N Allergologia et Immunopathologia*. [en línea] [citado: 2022 junio 21]; [2017; 45(4)]. DOI: 10.1016/j.aller.2016.08.013
- 16.-Wilson K, Gebretsadik T, Adgent MA, Loftus C, Karr C, Moore PE, et al. The association between duration of breastfeeding and childhood asthma

outcomes. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2022 May 10:S1081-1206(22)00400-8.

17.-Sotelo M, Roque JC, Vargas JA, Alburqueque-Melagarejo J, Saldaña C. Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida como factor protector para asma bronquial en población pediátrica. *Rev Perú Investig Matern Perinat* 2020; 9(2): 29-36.

17.-Bakirtas A. Diagnostic challenges of childhood asthma. *Curr Opin Pulm Med.* 2017;23:27-33. DOI: <https://doi.org/10.1097/MCP.0000000000000338>

18.-Sash Y. Socio-demographic and Clinical Profile of Children with Asthma attending Chest Clinic at B. P. Koirala Institute of Health Sciences, Nepal. *BJHS* 2020;6(2)15. 1426-1431.

19.-Martin J, Townshend J, Brodrie M. Diagnosis and management of asthma in children. *BMJ Paediatrics Open* 2022;6:e001277

20.-Tesse R, Borrelli G, Mongelli G. Treating Pediatric Asthma According Guidelines. *Front. Pediatr.* 2018; 6:234.

21.-Vandenplas Y, Berger B, Carnielli VP, Ksiazek J, Lagström H, Sanchez Luna M, et al. Human milk oligosaccharides: 2'-fucosyllactose (2'-FL) and lacto-N-neotetraose (LNnT) in infant formula. *Nutrients* 2018;10:1161.

22.-Hegar B, Wibowo Y, Basrowi RW, Ranuh RG, Sudarmo SM, Munasir Z, et al. The role of two human milk oligosaccharides, 2'-fucosyllactose and lacto-N-neotetraose, in infant nutrition. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr* 2019;22:330-40.

23.-Getaneh D. Non-exclusive breast feeding and its factors in the first 6-month life of infants among mother-infant pairs of 6–12 months in Debre Tabor town, Northwest Ethiopia, 2019: community-based cross-sectional study. *Heliyon* 2021; 7849.11-17.

24.-Ahmadizar F, Vijverberg SJH, Arets HGM, de Boer A, Garssen J, Kraneveld AD, et al. Breastfeeding is associated with a decreased risk of childhood asthma exacerbations later in life. *Pediatr Allergy Immunol.* 2018;28(7):649–654.

- 25.-Kim A, Lim G, Oh I, Kim Y, Lee T, Lee J. Perinatal factors and the development of childhood asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2018;120(3):292–299.
- 26.-Klopp A, Vehling L, Becker AB, Subbarao P, Mandhane PJ, Turvey SE, et al. Modes of infant feeding and the risk of childhood asthma: a prospective birth cohort study. *J Pediatr.* 2017;190:192–199.
- 27.-Lossius AK, Magnus MC, Lunde J, Stordal K. Prospective cohort study of breastfeeding and the risk of childhood asthma. *J Pediatr.* 2018;195:182–189. e2.
- 28.-Kirksey K. A social history of racial disparities in breastfeeding in the United States. *Soc Sci Med.* 2021;289: 114365.
- 29.-Di Filippo P, Lizzi M, Raso M, Di Pillo S, Chiarelli F and Attanasi M. The Role of Breastfeeding on Respiratory Outcomes Later in Childhood. *Front. Pediatr.* 2022; 10:829414.
- 30.-Tsopmo A. Phytochemicals in human milk and their potential antioxidative protection. *Antioxidants (Basel).* 2018; 7:32.
- 31.-Kleinbaum D. Estadística en ciencias de la salud: análisis de supervivencia. Nueva York: Editorial Springer-Verlag; 2013; p78.
- 32.-Malik A. La Declaración revisada de Helsinki: ¿cambio cosmético o real? *Revista de la Real Sociedad de Medicina* 2018; 109 (5): 184-189.
- 33.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S. N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2012

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
Exposición temprana a alimentación distinta a la lactancia materna	Corresponde a la provisión de alimentos o líquidos además de la leche materna que no sean medicamentos, vitaminas y minerales a los niños antes de los 6 meses de edad. ²¹	Inicio de alimentos distintos a la lactancia materna antes de los 6 meses de edad, dato tomado de la historia clínica	Sí No	Cualitativo nominal
Asma bronquial	El asma es una enfermedad infamatoria crónica heterogénea de las vías respiratorias muy frecuente en la infancia. ¹⁸	Diagnóstico de asma bronquial consignado en la historia clínica.	Sí No	Cualitativo nominal

Anexo 2: Ficha de recolección de datos

Exposición temprana a alimentación distinta a la lactancia materna y asma en niños preescolares del Centro Educativo

PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha..... N.º.....

I. DATOS GENERALES:

1.1. Edad: _____

1.2. Procedencia: _____

1.3: Sexo: _____

1.4. Apgar bajo al nacer: Si () No ()

1.5 Vía de parto: cesárea () vaginal ()

1.6 Bajo peso al nacer: Si () No ()

1.7 Antecedente familiar de asma: Si () No ()

II. VARIABLE INDEPENDIENTE:

Lactancia materna: Exclusiva () No exclusiva ()

III. VARIABLE DEPENDIENTE:

Asma bronquial: Si () No ()

Anexo 3: Permiso del hospital



GERENCIA REGIONAL
DE SALUD

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



Chepén, 13 de Diciembre del 2022

OFICIO N° 1183 - 2022-GRLL-GGR/GRSS/RSCH/HACH/OD

**A : M.C. JUAN A. QUIJANO PACHECO
DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UCV**

**DE : M.C. JORGE TORRES DIAZ
GERENTE EJECUTIVO DE LA RED DE SALUD CHEPEN – LA LIBERTAD**

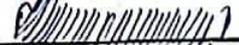
**ASUNTO : PERMISO PARA EJECUCIÓN DE TRABAJO DE TESIS
ATENCION : RESP. DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION**

Por medio del presente lo saludo cordialmente y a la vez para hacer de su conocimiento con respecto al Trabajo de Investigación **"EXPOSICION TEMPRANA A ALIMENTACION DISTINTA A LA LACTANCIA MATERNA Y ASMA EN NIÑOS PREESCOLARES"** que corresponde al estudiante de Medicina MONTEZA MARINA ISAAC ISRAEL de la Facultad de Medicina que Ud. dignamente dirige; al respecto, el Comité de Ética de ésta Sede Docente ha aprobado el permiso respectivo para su Ejecución. Por ello luego de la sustentación y aprobación de dicho trabajo el autor estará en el compromiso de hacer llegar un ejemplar de la tesis a la Unidad de Docencia e Investigación de la Red de Salud Chepén.

Sin otro particular y agradeciendo anticipadamente la atención que brinde al presente documento; aprovecho la oportunidad para reiterarle muestras de consideración y estima personal.

Atentamente.

JTD/jca
CC. Archivo
Adjunto Folios (

**GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD DE CHEPÉN**

**M.C. Jorge TORRES DIAZ
DIRECTOR EJECUTIVO**

Anexo 4 cálculo de muestra:

Se utilizó la siguiente fórmula³¹

$$n_1 = \frac{(Z_{1-\alpha/2} \sqrt{(1+\phi)P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{\phi P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)})^2}{\phi(P_1 - P_2)^2} : n_2 = \phi n_1$$

Dónde:

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

ϕ = Razón de número de controles por caso

n = Número de casos

Z $\alpha/2$ = 1,96 para $\alpha = 0.05$

$\beta = 0,84$ para $\beta = 0.20$

P1 = 0.75

P2 = 0.55

ϕ : 1

n = 89

CASOS: 89 pacientes

CONTROLES: 89 pacientes



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, VEGA FERNANDEZ AMALIA GUADALUPE, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Exposición temprana a alimentación distinta a la lactancia materna y asma en niños preescolares

", cuyo autor es MONTEZA MARINA ISAAC ISRAEL, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 20.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 20 de Enero del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
VEGA FERNANDEZ AMALIA GUADALUPE DNI: 18153279 ORCID: 0000000202747437	Firmado electrónicamente por: AGVEGAF el 22-01- 2023 11:18:24

Código documento Trilce: TRI - 0525289