



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Factores asociados a bronquiolitis en lactantes en el servicio de pediatría del Hospital Sergio E. Bernales. 2018

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

García Sifuentes, Yadira Liliana (ORCID: 0000-0002-8650-4263)

ASESOR:

DR. Bazán Palomino Edgar Ricardo (ORCID: 0000-0002-7973-2014)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Perinatal e Infantil

PIURA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con mucho cariño a mis padres Carlos Carhuamaca y Eva Sifuentes por siempre apoyarme incondicionalmente brindándome consejos para alcanzar mis objetivos y no dejarme caer nunca, gracias por ser mi mejor ejemplo de superación.

AGRADECIMIENTO

Agradezco por su contribución para el desarrollo de esta tesis a:

Los médicos Dr. Morzan y Dra. Herrera ; ambos docentes del servicio de pediatría del hospital 2 de mayo, por la gran motivación y conocimiento que me brindaron durante el proceso de pregrado .

Al Hospital Sergio E. Bernalles por permitirme ingresar a archivos para la recolección de datos de mi trabajo.

A mi asesor por guiarme durante todo el proceso de la elaboración y culminación de mi presente tesis.

A todas y todos que de cierto modo colaboraron con un granito para la realización de mi presente trabajo.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
I. INTRODUCCIÓN	8
II. MARCO TEÓRICO	12
III. METODOLOGÍA	21
3.1. Tipo y diseño de Investigación	21
3.2. Variables y Operacionalización	21
3.2.1 Definición Conceptual	21
3.2.2. Definición Operacional.....	22
3.3. Población y muestra.....	22
3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos	22
3.5. Técnicas para el procesamiento de la información	23
3.6. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	23
3.7. Aspectos éticos	23
IV. RESULTADOS	24
4.1. Análisis descriptivo	24
4.2. Análisis Inferencial	36
4.3. Comprobación de hipótesis y técnicas estadísticas empleadas	37
V. DISCUSIÓN	44
VI. CONCLUSIONES	46
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	51
Anexo 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
Anexo 2: Operacionalización de las variables	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Edad en los lactantes con bronquiolitis	25
Tabla N°2. Género en los lactantes con bronquiolitis.....	26
Tabla N°3 Asistencia de lactantes con bronquiolitis a guarderías.....	27
Tabla N°4 Hacinamiento de lactantes con bronquiolitis	28
Tabla N°5. Tabaquismo en hogar en lactantes con bronquiolitis.....	29
Tabla N°6. Antecedente familiar de asma o atopia en lactantes con bronquiolitis	
Tabla N°7. Lactancia materna exclusiva en lactantes con bronquiolitis	31
Tabla N° 8. Prematuridad en lactantes con bronquiolitis.....	32
Tabla N° 9. Displasia broncopulmonar en lactantes con bronquiolitis.....	33
Tabla N°10. Comorbilidades en lactantes con bronquiolitis	34
Tabla N°11. Comorbilidades en lactantes con bronquiolitis	35
Tabla N°12 Edad y género en pacientes con bronquiolitis en el servicio de pediatría del Hospital Sergio E. Bernales.	36
Tabla N° 13. Prueba de Normalidad.....	37
Tabla N° 14. Prueba de Normalidad.....	38

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es determinar la relación que existe entre los factores ambientales y del huésped asociados a bronquiolitis en lactantes en el servicio de pediatría del hospital Sergio E. Bernales. 2018. Empleando una metodología cuantitativa, diseño no experimental, descriptivo correlacional; con una población de 143 lactantes; por medio de una ficha de recolección de datos. Los resultados demostraron que lactantes con bronquiolitis leve 97%, moderado; 24% y severo 11%. Predominio no lme 73%; prematuridad 72%; el género masculino con un 72% y femenino 28%; la edad con mayor porcentaje fue de menores a 6 meses 68%, asistencia a guardería 65%; con un hacinamiento mayor a 54%; tabaquismo intradomiciliario 60%; antecedente de atopia o asma 65%, dbp no tienen 56%. Se concluyó en la presente investigación no existe relación significativa entre los factores tanto ambientales y del huésped asociado a bronquiolitis en lactantes en el servicio de pediatría del hospital Sergio E. Bernales.

Palabras clave: Bronquiolitis, Factores asociados

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the relationship between environmental and host factors associated with bronchiolitis in infants in the pediatric service of the Sergio E. Bernales hospital. 2018. Using a quantitative methodology, non-experimental, descriptive correlational design; with a population of 143 infants; by means of a data collection sheet. The results showed that infants with mild bronchiolitis 97%, moderate; 24% and severe 11%. Predominantly non-sci 73%; prematurity 72%; the masculine gender with 72% and feminine 28%; the age with the highest percentage was under 6 months 68%, attendance at daycare 65%; with an overcrowding greater than 54%; indoor smoking 60%; history of atopy or asthma 65%, dbp not 56%. It was concluded in the present investigation there is no significant relationship between both environmental and host factors associated with bronchiolitis in infants in the pediatric service of the Sergio E. Bernales hospital.

Keywords: bronchiolitis, associated factors

I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud del Perú mediante la resolución ministerial (R. M.) N° 291-2006 aprobó las guías de Práctica Clínica para la Atención de las Patologías más frecuentes y Cuidados Esenciales en la Niña y el Niño ⁽¹⁾, incluyendo a la bronquiolitis una de las más frecuentes; el mismo año mediante la R.M. N°292-2006 se aprobó la norma técnica para la atención integral de salud de la Niña y el Niño ⁽²⁾; y muy independientemente el Hospital Nacional Cayetano Heredia mediante la R.M. N° 216-2007, aprobó la Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis ⁽³⁾, y por último en el 2010 aprobaron a nivel nacional la R.M. N° 319-2010 la guía clínica: bronquiolitis y la guía clínica de atención de niños con enfermedad diarreica aguda ⁽⁴⁾.

En 1983, Makonokie describió la bronquitis como el primer brote de dificultad para respirar que ocurre en las primeras etapas de rinorrea, tos y taquipnea, con o sin fiebre. ⁽⁵⁾

La bronquiolitis es causada por el virus respiratorio sincitial (VRS) representando del 50% al 80% de las infecciones que originan hospitalización ⁽⁶⁾, también puede ser causado por el metapneumovirus humano (hMPV) quien tiene ciertas características tanto epidemiológicas como clínica similar al VRS; parainfluenza a predominio el de tipo 3, adenovirus, rinovirus, coronavirus ⁽⁷⁾.

En el sur de Europa el 15,21% de los menores de 24 meses fueron a urgencias por episodios de Bronquiolitis ⁽⁸⁾. En Santiago de Chile 12% presenta bronquiolitis dentro del primer año de vida y el 6% dentro del segundo ⁽⁹⁾.

Según el estudio epidemiológico de distribución y frecuencia de atenciones preventivas y de mortalidad del ministerio de salud en el Perú en el año 2010 la morbimortalidad por bronquiolitis tuvo una frecuencia acumulada de 33% ⁽¹⁰⁾.

En algunos países, el clima es muy peligroso en invierno y se convierte en una pandemia tanto en el clima como en el suelo. En otras palabras, cuanto más alto era, mayor era el evento. Un ejemplo evidente es Arequipa, que reportó 232 casos de obstrucción intestinal en niños

menores de 5 años entre el 9 y el 9 de septiembre de 2018, con más de 4.000 casos de la enfermedad en todo el Perú. (10)

La bronquiolitis puede estar asociada a una serie de factores que ponen en riesgo la morbi-mortalidad incrementando su tasa de incidencia; dentro de los factores ambientales está el hábito de fumar por parte de alguien en la casa, historia familiar de alergia o asma, lactancia materna no exclusiva; y dentro de los factores del huésped encontramos la prematuridad, displasia broncopulmonar, cardiopatías congénitas, inmunodeficiencias y malformaciones pulmonares (3).

Los casos que generan severidad están relacionado casi siempre con varios factores predisponentes, siendo la bronquiolitis uno de los problemas con gran demanda, requiere asistencia no solo en la atención primaria sino también a nivel hospitalario causando un alto costo económico.

Debido a una alta prevalencia y la falta de estudios relacionados a esta patología estamos planteando este estudio para determinar los factores asociados a bronquiolitis para poder contribuir con datos importantes los cuales nos permita ayudar a prevenir con un manejo oportuno de esta enfermedad y evitar complicaciones.

1.1. Formulación del problema

¿Cuál es la relación con la incidencia de bronquitis en lactantes en Servicios Infantiles del Hospital Sergio E. Bernales 2018?

1.1.1. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre los factores ambientales y la bronquitis?
- ¿Cuál es la relación entre factores ambientales y bronquiolitis moderado?
- ¿Cuál es la relación entre factores ambientales y bronquiolitis severa?

- ¿Cuál es la relación entre factores del huésped y bronquiolitis leve?
- ¿Cuál es la relación entre factores del huésped y bronquiolitis moderado?
- ¿Cuál es la relación entre factores del huésped y bronquiolitis severa?

1.2. Objetivos de la investigación

1.2.1. Objetivo general

Establecer la incidencia de los factores asociados a bronquiolitis en lactantes en el servicio de Pediatría del Hospital Sergio E. Bernales, 2018.

1.2.2. Objetivos específicos

- Precisar que los factores ambientales puedan conllevar a una bronquiolitis leve.
- Determinar que los factores ambientales puedan conllevar a una bronquiolitis moderada.
- Determinar que los factores ambientales puedan conllevar a una bronquiolitis severa.
- Determinar que los factores del huésped puedan conllevar a una bronquiolitis leve
- Determinar que los factores del huésped puedan conllevar a una bronquiolitis moderada.
- Determinar que los factores del huésped puedan conllevar a una bronquiolitis severa.

1.3. Justificación de la investigación

En el Perú las infecciones respiratorias agudas tienen una alta prevalencia; la bronquiolitis una de las enfermedades perteneciente a este gran grupo genera una incidencia elevada, constituyendo un problema de salud pública incrementando la morbilidad a una población muy vulnerable de niños y niñas menores de 2 años.

La bronquiolitis es una enfermedad altamente contagiosa que se presenta en bebés hasta los 12 meses de edad, por lo que la causa y el diagnóstico de la infección es fácil. No siempre es adecuado para este sistema, pero algunos factores ambientales y relacionados causan una evolución lenta, causan enfermedades y requieren atención, hospitalización y financiación adicionales. No solo por mi madre, sino también por el país.

Por ello, es muy interesante realizar un proyecto de investigación en la sección de pediatría del Hospital Regional Sergio E. Bernales en 2018 con el objetivo de identificar las causas de la bronquitis en la infancia.

1.3.1. Importancia de la investigación

La presente investigación busca identificar los factores tanto ambientales como el del huésped que se asocian directamente para el desarrollo de bronquiolitis en el lactante menor de 12 meses.

Tiene relevancia social debido a que la bronquiolitis es una patología muy frecuente y en la mayoría de situaciones generan una evolución acelerada y tórpida siendo la primera causa de hospitalización en lactantes afectando económicamente en conjunto a la familia y el Estado. La bronquiolitis tiene una alta prevalencia de morbimortalidad; al tener implicancia práctica ayudara a disminuir esta prevalencia con un diagnóstico oportuno y un adecuado tratamiento, haciendo que la estancia hospitalaria disminuya evitando complicaciones que podrían adquirir en el establecimiento de salud.

1.3.2. Viabilidad de la investigación

- Cursa con el apoyo y autorización de los médicos docentes del departamento de pediatría.
- Se tendrá el tiempo necesario para desarrollar.
- Se contará con los recursos económicos.

1.4. Limitaciones del estudio

- La información que brinden los padres de los lactantes no sean fiables.
- Las historias clínicas estén incompletas
- No sea legible la letra del médico en las historias clínicas

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

- Nacionales

Chauca (2017) obtuvo el título de especialista en la Universidad Ricardo Palma de Lima por un informe sobre el riesgo de neumonía hospitalaria en pacientes ingresados en el hospital María Auxiliadora de julio de 2015 a diciembre de 2016- El objetivo de Perú es identificar factores de riesgo relevantes para bronquitis durante la lactancia, encontramos que el riesgo más importante era la falta de inmunidad al seguimiento, no la lactancia materna específica. Se determinó que la bronquitis se asoció con 6 meses o menos, sin CSI, sin edad de vacunación completa, lactante prematura, antecedentes familiares de atopia o asma y congestión. (11).

Monja (2017) Literatura epidemiológica, clínica y terapéutica para niños menores de 2 años diagnosticados de bronquitis en el Hospital II-2 del Hospital de Tarapoto de enero a diciembre de 2016. Los consultorios médicos de las universidades nacionales brindan información de San Martín en Tarapoto, Perú. Resultados diseñados para bronquitis, diagnóstico clínico y terapéutico en niños menores de 2 años diagnosticados de bronquitis afectan a la población rural menos de 6 meses, sin tiempo, sin irrigación. Los riesgos pueden ser muy elevados. Dijeron que los síntomas clínicos eran tos, disnea y dificultad para respirar, y los resultados fueron similares a los publicados en sus biografías. (12).

Espinosa (2015) Licenciada en Cirugía, Universidad Nacional de Nigeria. Cajamarca en Cajamarca, Perú. El diagnóstico de los factores de riesgo de bronquitis no mostró un sexo significativo, incluida una asociación significativa entre 1 a 3 meses, el nivel nutricional y la lactancia materna durante 6 meses o menos. Origen, nivel de educación materna e historial médico; Los factores de riesgo asociados a la hospitalización por asma son 1-3 meses, infertilidad de 6 meses o menos, deshidratación por debajo del 90% y la conclusión de que se trata de un problema respiratorio. (13).

- Internacionales

Molina (2016) anunció de enero a diciembre de 2015 recibir un doctorado de la Universidad de Guayakir sobre los riesgos y complicaciones de la bronquitis en niños de 1 año en el Hospital León Besera Camacho de Miragro. Ciudad Guayakir-Ecuador; Para identificar los factores de riesgo más importantes y las complicaciones de la bronquitis en niños menores de 1 año, los principales factores de riesgo son niños menores de 3 meses, fetos, sobrepeso, antecedentes familiares de bronquitis, completado es la base de las matemáticas. Especialmente los hombres (14).

Alarcón (2015) publicó un artículo sobre factores de riesgo de enfermedad neonatal publicado para el tema de pediatría en la Universidad Zulia de Maracaibo, Venezuela. Determiné los factores de riesgo de bronquitis en bebés ingresados en el Hospital de Niños de Maracaibo. Los resultados muestran que la edad promedio es de 6.3 / -4.7 meses, el sexo entre hombres y mujeres en las ciudades es el más afectado, el 80% tiene antecedentes familiares y el 43% de los bebés son padres cuyos padres fuman. Tengo un hábito y mi abuelo es un gran bar. Llegué a la conclusión de que existen riesgos asociados con la bronquitis en los bebés ingresados en el hospital. (15).

Apolo (2014) presentó un tema de GP en la Universidad Nacional de Loja en Loja Ecuador con el objetivo de descubrirlos en un ensayo que explica los riesgos asociados al desarrollo de bronquitis en niños ingresados en

el Hospital Isidro Ayola. Pacientes pediátricos de alto riesgo asociado con síntomas, el 36% de los pacientes están asociados con personas con infecciones del tracto respiratorio superior, el 19% contrae gripe y finalmente el 17% recibe lactancia materna especial como importante hasta por 6 años. Descubrí que no era así. (16).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Bronquiolitis

2.2.1.1. Definición

En 1941 después de una gran epidemia de gripe en Reino Unido se describió como entidad clínica a la bronquiolitis siendo esta una infección aguda del trato respiratorio que provoca el primer episodio de broncoespasmo en un lactante menor de 24 meses (17).

2.2.1.2. Etiología. -

Es causada por infecciones virales, principalmente por el Virus Respiratorio Sincicial (VRS), pero también asociada a otros virus (parinfluenza, adenovirus, influenza, metapneumovirus, rinovirus, enterovirus, bocavirus) o por el *Mycoplasma pneumoniae*. También se han descrito coinfecciones (18).

2.2.1.3. Cuadro clínico

Presenta disnea espiratoria de comienzo agudo, signos de enfermedad respiratoria causa viral tales como tos, coriza, rinorrea, fiebre, otitis media; y la presencia o no de signos de distres respiratorio agudo, neumonía (19),

Hay varios cambios en el epitelio bronquial que causan obstrucción intestinal con tres factores principales. Su función principal es la restricción de aire, lo que aumenta la eficiencia operativa del aire de escape y el volumen del escape. Disminución de la función respiratoria: puede causar taquipnea, dificultad para respirar, períodos de dolor abdominal, dificultad para respirar y, finalmente, dificultad para respirar que ocurre con la aparición de hipoxemia, hipercapnia y acidosis. (19).

2.2.1.4. Tipos de Bronquiolitis.-

- Bronquiolitis leve

Utilice la escala Wood-Downes para ajustar una puntuación de 0 a 3 puntos. Se tienen en cuenta las siguientes propiedades para obtener el contenido máximo de oxígeno en el aire o equivalente al 95%. La frecuencia respiratoria es inferior a 50 respiraciones por minuto. Será más fácil escupir. No se utiliza ningún accesorio o, si está disponible, hay poco espacio intercostal.

- Bronquiolitis Moderada

Utilice la escala Wood-Downes para cambiar la escala que da 4-5 puntos. Se consideran las siguientes características, donde el contenido de oxígeno en el aire ambiente está entre 92% y 95%: Su frecuencia respiratoria está entre 50 y 60 respiraciones por minuto. La ventilación de alta intensidad está protegida. Uso de intermediarios.

- Bronquiolitis Severa

Utilice la escala Wood-Downes para modificarla y darle una puntuación de 6 puntos o más. Deben tenerse en cuenta las siguientes características: Contenido adecuado de oxígeno inferior al 92% de la calidad del aire. La frecuencia respiratoria es de más de 60 respiraciones por minuto. El estímulo es inspirador y al final se puede escuchar en silencio. El uso de tejido muscular instrumental se disuelve mal en la nariz.

2.2.1.5. Diagnóstico

Esto se realiza mediante radiografía clínica, pulso, radiografía de tórax adaptada a la bronquitis y, finalmente, la antígeno restante de sincitio con irrigación o inhalación en niños con demencia. La forma más instructiva de diagnosticar la bronquiolitis no avanzada es seguir las pautas clínicas para la bronquiolitis pediátrica <24 meses de edad, que incluye la primera y última etapa de la bronquiolitis aguda. (19).

2.2.1.6. Tratamiento

Cuando se trata de cuidar a un bebé sano, la bronquitis suele ser una enfermedad autolimitante. En la mayoría de los casos, el tratamiento consiste en reducir la fiebre con suficiente agua y algunas medidas de apoyo para mantener la oxigenación. Los vientos fuertes pueden beneficiar a un grupo de pacientes (20).

2.1.2. FACTORES ASOCIADOS

2.1.2.1. Factores Ambientales

Según la OMS, el comportamiento humano, la exposición o la exposición aumentan la probabilidad de enfermedades o lesiones debido a los muchos cambios que se pueden experimentar en el medio ambiente. (21).

Tipos de factores.-

- Los niños que asisten a las guarderías;

La guardería tiene una gran demanda debido a la gran necesidad social siendo de gran influencia en la salud del (22). Con frecuencia las madres de familia van a consultas con el médico pediatra, para que las asesore sobre el cuidado más adecuado para sus hijos: el uso de guardería en casos menos posibles a otras posibilidades para cuidarlo como algún familiar cercano.

La guardería es donde el niño inicia la etapa de la socialización, pero a su vez es el lugar donde por primera vez inicia el contacto con diversas bacterias, virus (agentes infecciosos). La socialización a muy temprana edad podría ser desfavorable para la salud del lactante puesto que incrementa la incidencia de enfermedades infecciosas (23).

El aumento de estos procesos infecciosos sería un factor de riesgo en guarderías para la aparición de enfermedades del

tracto respiratorio inferior y superior, otitis media y gastroenteritis (24).

- Hacinamiento o la presencia de hermanos mayores

El hacinamiento excesivo de personas dentro de una habitación no adecuada con poca ventilación, iluminación; hace que aumente la probabilidad que un agente infeccioso se replique en la familia con gran facilidad y siendo más susceptibles los más pequeño del hogar debido a que su sistema inmunológico aún no se desarrolla en su totalidad (25).

- El habito de fumar por parte de alguien de la casa

El humo de tabaco o conocido como cigarrillo en lugares cerrados es inhalado por todos las personas alrededor; por lo tanto, los fumadores como no fumadores o también llamados fumadores pasivos quedan totalmente expuestos a sus efectos nocivos.

Unos 700 millones de niños aproximadamente la mitad de los niños del mundo, inhala aire contaminado por humo de cigarrillo. Más de un 40% de los niños tienen al menos un padre o madre fumador. En 2004 los diversos niños fueron víctimas del 31% de las 600 000 muertes prematuras a causa del humo ajeno (26).

El fumador pasivo se predispone a la aparición de graves enfermedades tanto cardiovasculares y respiratorias, entre ellas la las más graves seria cardiopatía coronaria y el cáncer de pulmón, en la etapa del adulto; pero en los lactantes lo que ocasiona es el síndrome de muerte súbita además de bajo peso al nacer.

La combinación de la filtración y ventilación no pueden disminuir la exposición al humo del tabaco que existe en espacios demasiado pequeños. (26).

- Historia familiar de alergia o asma

Los diversos estudios que se realizaron en personas que son miembros de una misma familia que padecen la misma afección y los hechos en gemelos, dieron principalmente datos que hay

algunas características o rasgos del asma o algún tipo de alergia que pueden obedecer a un patrón genético. El asma tiene un predisposición de 25% en la familia que tuviese esta patología, y se han demostrado algunos fenotipos asociados como las concentraciones séricas muy altas de inmunoglobulina E y la hiperreactividad bronquial. Por ende la historia familiar en pacientes que padecen de asma o algún otro tipo de alergia es importante para ser considerado como uno de los criterios mayores para la elaboración de un buen diagnóstico, pero también es importante recordar que está asociado a factores ambientales y genéticos.(27)

- Lactancia materna no exclusiva

La Organización Peruana de la Salud y la OMS impulsa como la mejor forma de nutrición la lactancia materna natural así como la alimentación que se le puede brindar a los bebés y a niños pequeños, gracias a ello se puede garantizar que la salud del lactante sea la más adecuada e incrementa su supervivencia. La leche materna es de vital importancia porque contiene diversos anticuerpos que protegen a los bebés de enfermedades, ayudando a incrementar su sistema inmune, para que pueda afrontar mejor diversos agentes patógenos. La leche materna es de fácil obtención y no genera ningún costo económico. Es indispensable la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida, ya que hay estudios que demuestra que los que fueron amamantados durante este tiempo a largo plazo no sufren de enfermedades como el sobrepeso, obesidad, diabetes y el desarrollo intelectual es uno de los grandes beneficios que se puede obtener (28).

2.1.2.2. Factores del huésped:

- Prematuridad

La prematuridad es un factor muy importante debido a las infecciones y secuelas que puede desarrollar a nivel neuronal por ende a lo largo de los años está asociada y es una

predisposición muy importante para diversas enfermedades en el servicio de perinatología contemporánea (29).

Los niños pretérminos como tales son por sí solos un factor de riesgo de bronquiolitis, debido a que son retirados antes del último trimestre de gestación del vientre de la madre por alguna alteración durante el embarazo no reciben las inmunoglobulinas por vía transplacentarias y anticuerpos contra el VSR que son indispensables y los protegen (30).

Robaina Matanzas en su estudio sobre bronquiolitis y el niño pretérmino, obtuvo con mayor frecuencia que en los bebés prematuros desarrollan apneas y mucho después otros síntomas (31).

Como no se desarrollan adecuadamente sus pulmones, los lactantes prematuros con esta patología tienden a acelerar la gravedad de signos y síntomas en un tiempo menos habitual que el de un niño que nace a término. Al ser sus bronquiolos más pequeños, no ingresa el oxígeno necesario, haciendo que se agiten mucho más rápido al intentar respirar, debido a la obstrucción de sus pequeñas vías de respiración y falta de oxígeno pueden volverse azulados siempre visible tanto en uñas y en labios; a este acontecimiento se le denomina cianosis (32).

- Displasia broncopulmonar

Es una enfermedad pulmonar crónica, a consecuencia de diversos factores, uno de ellos es la inmadurez de la vía aérea, produciendo que el pulmón no tenga un crecimiento adecuado, al igual que los vasos pulmonares, limitan su función respiratoria. Es una secuela muy importante de la prematuridad; a su vez gracias al trabajo multidisciplinario que se realiza a favor del recién nacido para disminuir la incidencia usando concentraciones de oxígeno cada vez menores, procurando realizarle siempre un tratamiento menos invasivo ayudándolo con una buena nutrición para mejorarlo. Pero no siempre esta tendencia disminuye (33).

El diagnóstico para esta patología es muy sencillo, pero no siempre en todos los casos; clásicamente es un aumento de la respiración denominado taquipnea y por lo cual siempre tiene la tendencia a administrarle suplemento de oxígeno.

Pero no siempre hay un manejo adecuado o una estaficación a esta enfermedad; por lo que la Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología, sugiere homogenizar para disminuir su variabilidad diagnóstica (33).

- Co-morbilidad asociada: por ejemplo, cardiopatías congénitas, malformaciones pulmonares, inmunodeficiencias

Las cardiopatías congénitas tienen un defecto en su estructura y también en el funcionamiento del corazón en el recién nacido, es de gran importancia porque tiene una alta prevalencia de muerte durante el primer año de vida del lactante si no es tratado quirúrgicamente, es de causa congénita y suele estar dividido en dos grandes grupos; las cianóticas y las no cianóticas, ambas con un tratamiento muy independiente uno de la otra. A su vez esta patología viene asociada a otra malformación genética (34).

Las malformaciones pulmonares congénitas tienen una baja frecuencia a comparación con otros órganos del cuerpo humano, es de origen genético y se da en la etapa de la embriogénesis del pulmón y las vías respiratorias, el grado de afectación se puede observar de acuerdo a la manifestación clínica que presente el paciente, no necesariamente esto sucede al nacer, porque si no es tan grave puede presentarse en cualquier edad.

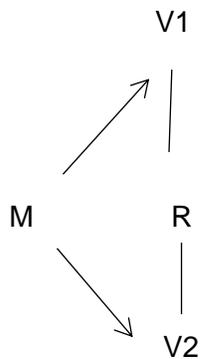
Es una patología que se diagnostica en la mayoría de casos por casualidad en pruebas radiológicas ya sea con o sin signos ni síntomas. Su evolución puede ser infecciones muy recurrentes. Durante el embarazo también puede ser diagnóstica, mediante una ecografía morfológica que se realice en control prenatal (35).

Las inmunodeficiencias son diversas enfermedades que hacen un mal funcionamiento del sistema inmune frente a infecciones,

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de Investigación

La investigación actual utiliza la reducción de hipótesis. Viene de la realidad absoluta al conocimiento específico o específico, sin diseño experimental y diseño adaptativo.



Dónde:

V1= Factores Asociados

M= Muestra de estudio

R = Recolección

V2 = Bronquiolitis

3.2. Variables y Operacionalización

3.2.1 Definición Conceptual

- Factores Asociados.- Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.
- Bronquiolitis.- Primer episodio de sibilancias asociada a evidencia clínica de infección viral en un niño de dos años. Es una inflamación difusa y aguda de las vías aéreas inferiores, de naturaleza infecciosa, expresada clínicamente por obstrucción de la vía aérea pequeña. ⁽⁸⁾

3.2.2. Definición Operacional

- Primera Variable.- Según el ministerio de salud del Perú se clasifica en factores ambientales y del huésped.
- Segunda Variable.- Según la escala de Woods- Downes-Forres se divide en leve, moderado y severo.

3.3. Población y muestra

En este estudio se incluyó a 143 pacientes menores de 2 años con bronquitis con antecedentes de atención pediátrica en el Hospital Sergio E. Bernales. 2018

Criterios de inclusión

- Lactantes menores de 2 años
- Lactantes de ambos sexos
- Lactantes hospitalizados en el servicio de pediatría con el diagnóstico de Bronquiolitis

Criterios de exclusión

- Lactantes hospitalizados con otros diagnósticos respiratorios
- Pacientes con historias clínicas incompletas
- Lactantes Pacientes que estén internados en el área de escolares

3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos

3.4.1. Técnica: Observacional documental

Se utilizará la técnica observación documental, donde posteriormente se revisará las historias clínicas de los lactantes hospitalizados en el servicio de pediatría en relación a los criterios de inclusión y exclusión y se

identificarán los datos que sean necesarios para registrarlos en la ficha de recolección.

3.4.2. Instrumento: Ficha de recolección de datos, formulada en base a las variables

3.5. Técnicas para el procesamiento de la información

Con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en el estudio se adoptará el siguiente plan estadístico, se realizará la transcripción de datos desde la ficha de recolección de datos, luego serán trasladados a una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2016.

3.6. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

Para el análisis estadístico descriptivo se estimó la frecuencia media, desviación estándar, porcentajes y para hacer prueba de hipótesis se utilizará el sistema informativo SPSS versión 22.0 que sería un análisis estadístico inferencial. Los resultados serán presentados en tablas y gráficos.

3.7. Aspectos éticos

Este trabajo fue desarrollado respetando minuciosamente todos los puntos según las directrices de la OMS:

- Integridad: Actuamos de acuerdo con estándares éticos y trabajamos de buena fe, sentido común y equidad.
- Rendición de cuentas: La responsabilidad es responsable de sus acciones y decisiones y sus consecuencias.
- Respeto: Respetamos la dignidad, los valores, la equidad, la diversidad y la privacidad de todos.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

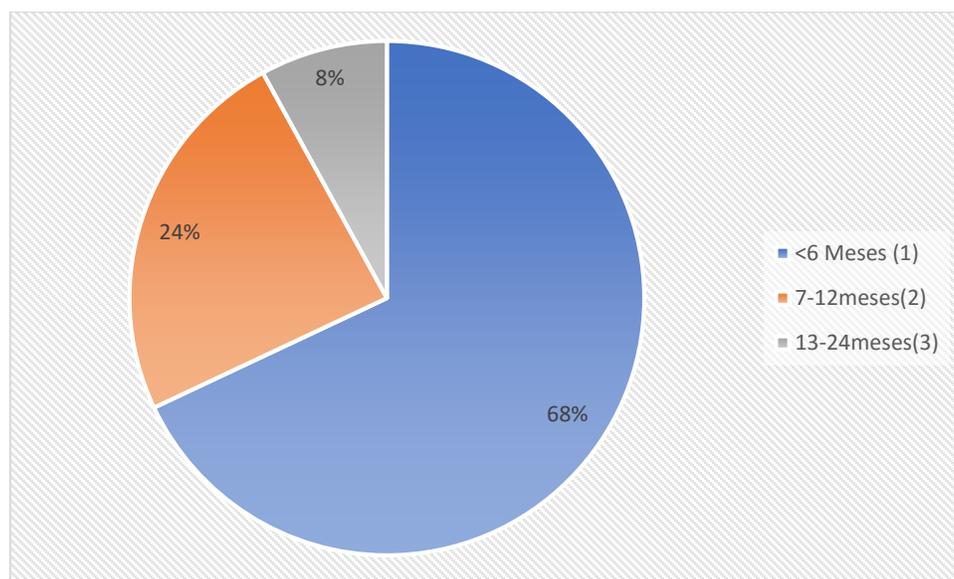
1. En la investigación el 68% son menores de 6 meses, el 24 % tienen entre 7 y 12 meses y el 8% tiene entre 13 y 24 meses

Tabla N°1. Edad en los lactantes con bronquiolitis

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<6 Meses	97	68%
7-12 meses	34	24%
13-24 meses	12	8%
TOTAL	143	100%

Fuente: Elaboración propia

En la figura N°1 muestra que el número máximo de bebés fue del 68%, menos de 6 meses. (97)



Fuente: Elaboración propia

Figura 1: Porcentaje de edad de lactantes con bronquiolitis

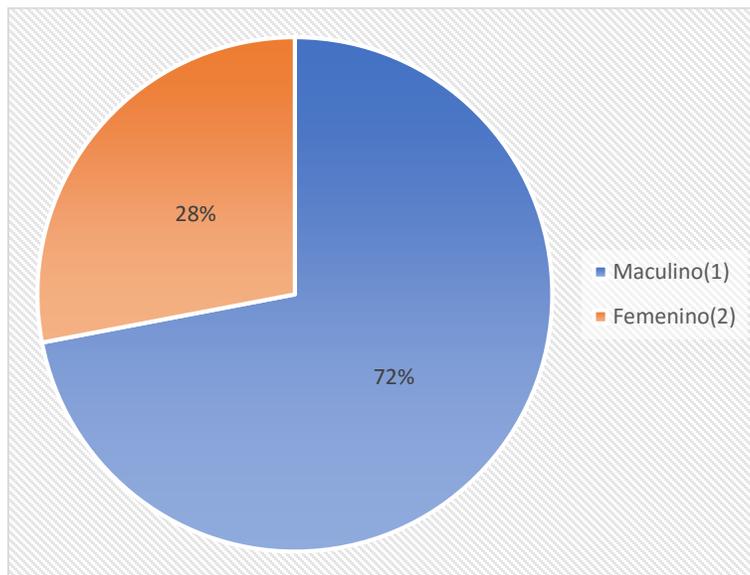
2. En la investigación el 72% de lactantes son de género masculino y el 28 % de sexo femenino

Tabla N°2. Género en los lactantes con bronquiolitis

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Masculino	102	72%
Femenino	41	28%
TOTAL	143	100%

Fuente: Elaboración propia

En la figura N°2; se muestra que el mayor porcentaje de lactantes son de sexo masculino con un 72%



Fuente: Elaboración propia

Figura 2: Porcentaje según género de lactantes con bronquiolitis

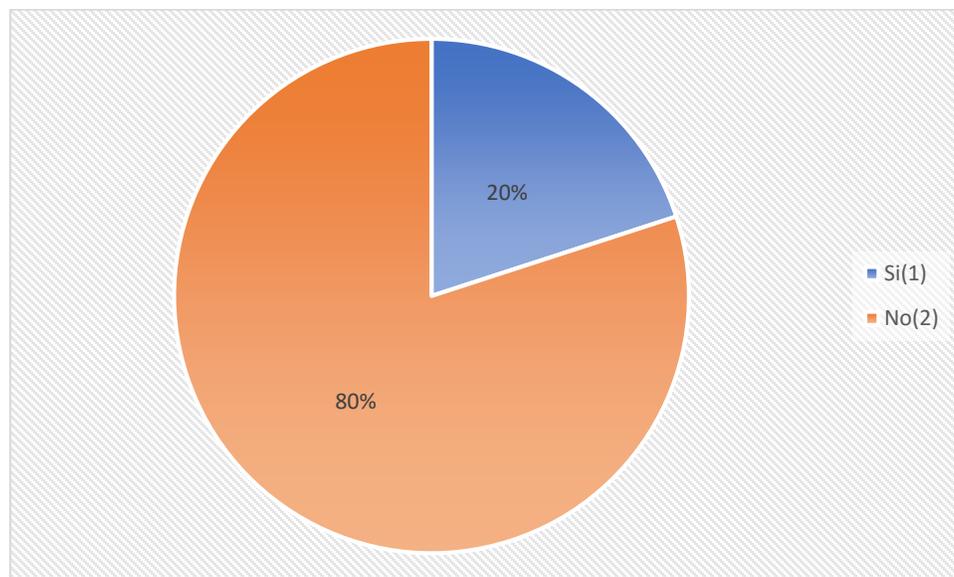
3. En la investigación el 80% no llevan a sus hijos a una guardería, pero el 20% si lo hacen.

Tabla N°3 Asistencia de lactantes con bronquiolitis a guarderías

GUARDERIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Si	25	20%
No	118	80%
TOTAL	143	100%

Fuente: Elaboración propia

En la figura N°3; se muestra que el mayor porcentaje de son llevados por sus familiares a una guardería (80%)



Fuente: Elaboración propia

Figura 3: Porcentaje de lactantes llevados a guarderías

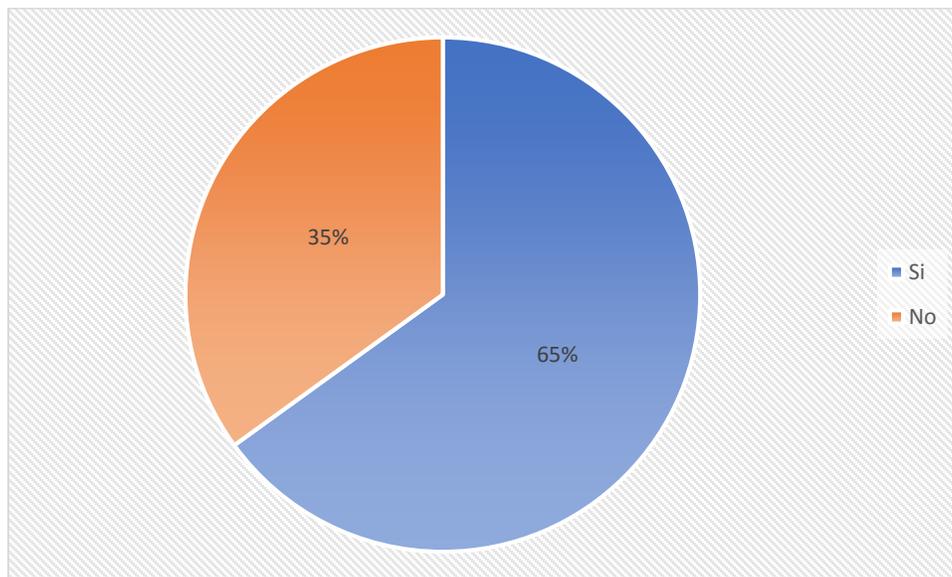
4. En la investigación el 65% viven varias personas en una sola habitación, pero el 35% tienen un adecuado nivel de hacinamiento.

Tabla N°4 Hacinamiento de lactantes con bronquiolitis

HACINAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	93	65%
No	50	35%
TOTAL	143	100%

Fuente: Elaboración propia

En la figura N°4; se muestra que el nivel de hacinamiento es mayor con un 65%,



Fuente: Elaboración propia

Figura N° 4: Porcentaje de hacinamiento en lactantes con bronquiolitis

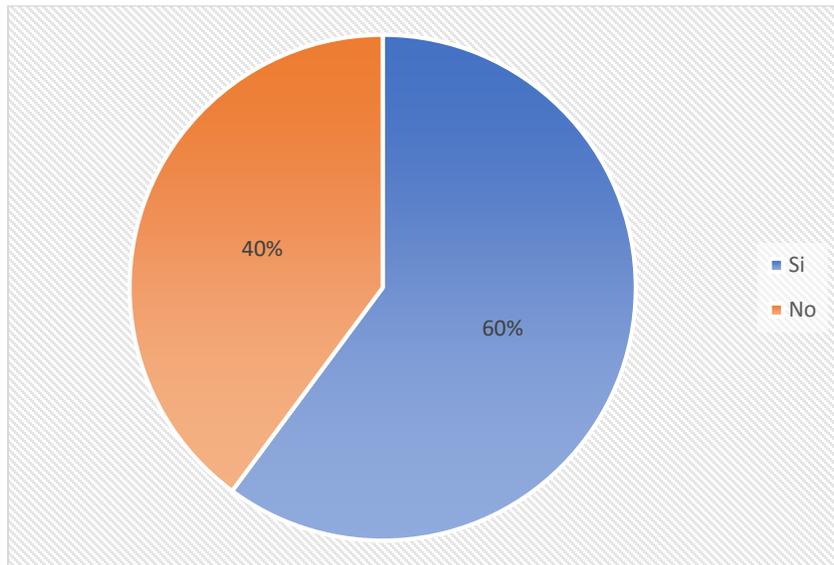
5. En la investigación el 60% de los lactantes viven con un fumador en el hogar y el 40% no

Tabla N°5. Tabaquismo en hogar en lactantes con bronquiolitis

TABAQUISMO EN HOGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	86	60%
No	57	40%
TOTAL	143	100%

Fuente: Elaboración propia

En la figura N°5; se muestra que el mayor porcentaje 60% tiene a un familiar que fuma alrededor del lactante



Fuente: Elaboración propia

Figura 5: Porcentaje tabaquismo en hogar de lactantes con bronquiolitis

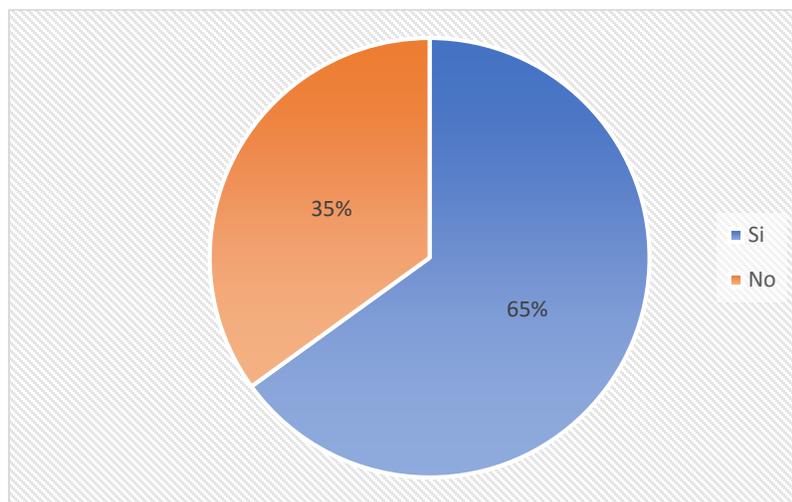
6. En la investigación el 65% de lactantes ha tenido un antecedente familiar de asma o atopia y solo un 35 % no presenta este antecedente.

Tabla N°6. Antecedente familiar de asma o atopia en lactantes con bronquiolitis

ASMA/ATOPIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	93	65%
No	50	35%
TOTAL	143	100%

Fuente: Elaboración propia

En la figura N°6; se muestra que el mayor porcentaje 65% tiene a un familiar que fuma alrededor del lactante



Fuente: Elaboración propia

Figura 6: Porcentaje antecedente familiar de atopia o asma en lactantes con bronquiolitis

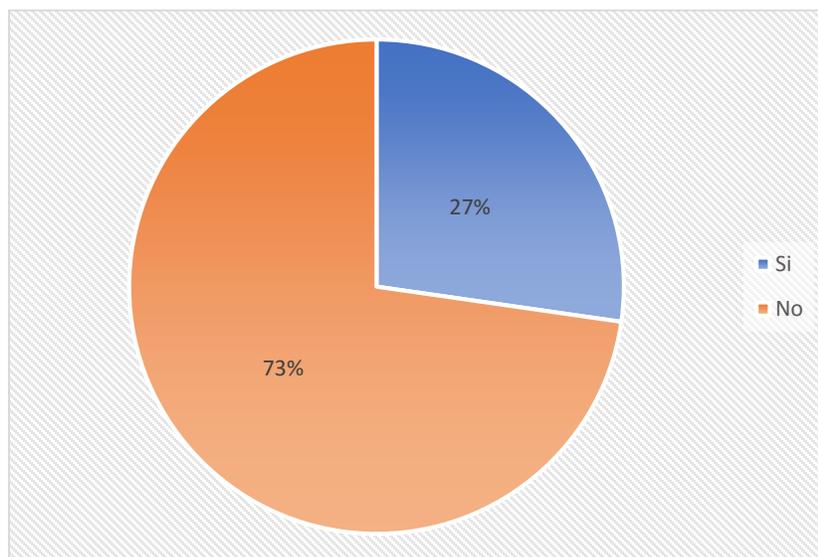
7. En la investigación el 73% de lactantes no han tenido una lactancia materna exclusiva y solo un 27% amamanto durante los primeros 6 meses.

Tabla N°7. Lactancia materna exclusiva en lactantes con bronquiolitis

LME	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	39	27%
No	104	73%
TOTAL	143	100%

Fuente: Elaboración propia

En la figura N°7; se muestra que el mayor porcentaje 73% no recibió una lactancia materna exclusiva



Fuente: Elaboración propia

Figura 7: Porcentaje con lactancia materna exclusiva en lactantes con bronquiolitis

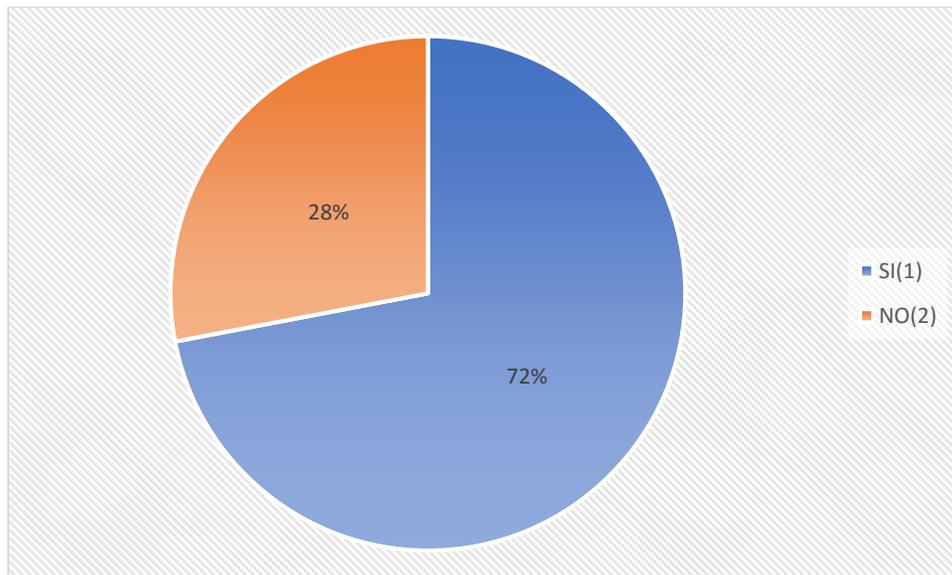
8. En la investigación 72% de los lactantes son prematuros y el 28% son nacidos a termino

Tabla N° 8 Prematuridad en lactantes con bronquiolitis

PREMATURIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	106	72%
NO	37	28%
TOTAL	143	100%

Fuente: Elaboración Propia

En la figura N°8; se muestra que el mayor porcentaje 72% son lactantes que nacieron en un parto pretermo



Fuente: Elaboración propia

Figura 8: Porcentaje prematuridad de lactantes con bronquiolitis

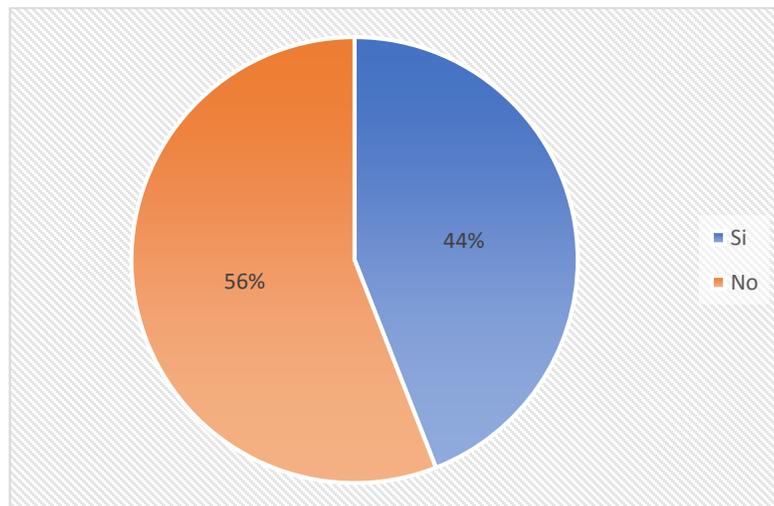
9. En la investigación el 44% de los lactantes tuvieron displasia broncopulmonar y el 56% no presento esta alteración

Tabla N° 9 Displasia broncopulmonar en lactantes con bronquiolitis

DBP	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	63	44%
NO	80	56%
TOTAL	143	100%

Fuente: Elaboración Propia

En la figura N°9; se muestra que el mayor porcentaje 56% son lactantes no presentaron esta alteración



Fuente: Elaboración propia

Figura 9: Porcentaje displasia broncopulmonar en lactantes con bronquiolitis

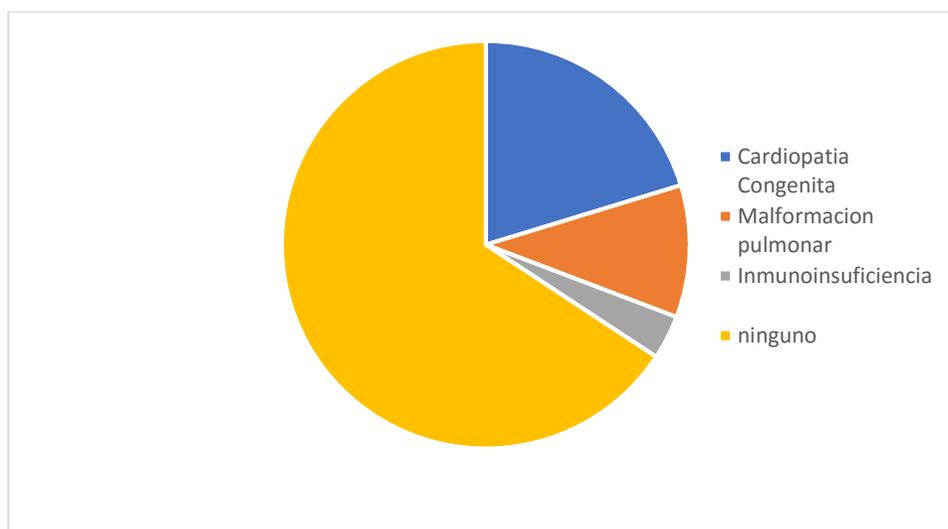
10. En la investigación el 66% no presente ninguna morbilidad, el 20% cardiopatía congénita, el 10% alguna malformación pulmonar y solo el 3% inmune insuficiencia

Tabla N°10. Comorbilidades en lactantes con bronquiolitis

COMORBILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cardiopatía Congénita	29	20%
Malformación pulmonar	15	10%
Inmunodeficiencia	5	3%
ninguno	94	66%
TOTAL	143	100%

Fuente: Elaboración propia

En la figura N°10; se muestra que el mayor porcentaje 66% no presente ninguna morbilidad y solo el 3% inmunodeficiencia



Fuente: Elaboración propia

Figura 10: Porcentaje de comorbilidad en lactantes con bronquiolitis

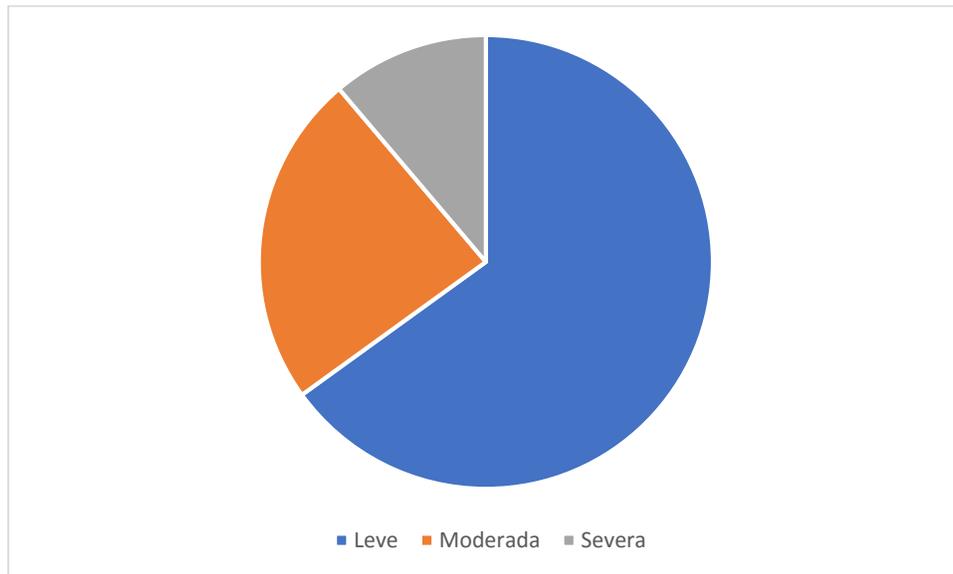
11. En la investigación el 65% no presente una bronquiolitis leve, el 24% bronquiolitis moderada y solo el 11% bronquiolitis severo

Tabla N°11. Comorbilidades en lactantes con bronquiolitis

BRONQUIOLITIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Leve	93	65%
Moderada	34	24%
Severa	16	11%
Total	143	100%

Fuente: Elaboración propia

En la figura N°11; se muestra que el mayor porcentaje 65% presento bronquiolitis leve



Fuente: Elaboración propia

Figura 11: Porcentaje de en lactantes con bronquiolitis y su clasificación

12. Según la tabla de contingencia de edad de lactantes versus el género, se observa que el menor de 6 meses considera que el 56% son de sexo masculino, los de 7 a 12 meses tienen 16% también son de género masculino y solo los de 13 a 24 meses son un 8% femenino.

Tabla N°12 Edad y género en pacientes con bronquiolitis en el servicio de pediatría del Hospital Sergio E. Bernal.

			genero		Total
			masculino	femenino	
edad	menor 6 meses	Recuento	84	13	97
		% del total	56,0%	12,0%	68,0%
	7 a 12 meses	Recuento	22	12	34
		% del total	16,0%	8,0%	24,0%
	13 a 24 meses	Recuento	0	12	12
		% del total	0,0%	8,0%	8,0%
Total		Recuento	18	7	143
		% del total	72,0%	28,0%	100,0%

4.2. Análisis Inferencial

Para el primer cambio relacionado, se utilizó la prueba de criterio de Kolmogoray-Smimoy para presentar 143 muestras. La precisión es inferior a 0,000 0.05, por lo que puede ver cómo se ve a continuación.

Tabla N° 13 Pruebas de normalidad

	Kolmorov- Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Factores ambientales y de huésped	,488	143	,000	,493	25	,000

Fuente: Elaboración propia

Para la segunda variante, la bronquiolitis, se utilizó la prueba teórica de Kolmogoray-Smimoy para presentar una muestra de más de 143. La importancia es 0.000, menos de 0.05, por lo que puedes ver cómo se mantiene a continuación.

Tabla N° 14 Pruebas de normalidad

	Kolmorov- Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Bronquiolitis	,429	143	,000	,590	25	,000

Fuente: Elaboración propia

4.3. Comprobación de hipótesis y técnicas estadísticas empleadas

Prueba de hipótesis principal

H0: No hubo asociación significativa entre factores ambientales infantiles y bronquiolitis leve en la práctica pediátrica en el Hospital Sergio E. Bernales. 2018

H1: En el servicio de pediatría del Hospital Regional Sergio E. Bernales, existe una relación significativa entre los factores ambientales y la bronquiolitis leve en la infancia. 2018.

Tabla N° 15 Tabla correlacional entre factores asociados a bronquiolitis

			FACTORES	BRONQUIOLITIS
Rho de Spearman	FACTORES	Coeficiente de correlación	1,000	,141
		Sig. (bilateral)	.	,329
		N	143	143
	BRONQUIOLITIS	Coeficiente de correlación	,141	1,000
		Sig. (bilateral)	,329	.
		N	143	143

Debido a que se trata de un análisis no lineal, se utiliza el estándar de Spearman, como se muestra en la Tabla 15 de la prueba de proyección principal. La significancia de 0.329 es mayor que 0.05 y se aceptan y asumen supuestos negativos. Se puede concluir que no existe una relación significativa entre el pronóstico y por tanto la incidencia de bronquitis en los lactantes ingresados en el Hospital Infantil Sergio E. Bernales. 2018

Prueba de hipótesis específica 01

H0: No existe relación significativa entre factores ambientales y bronquiolitis leve

H1: Existe relación significativa entre factores ambientales y bronquiolitis leve.

Tabla 16: Correlación en factores ambientales y bronquiolitis leve

			FACTORES AMBIENTALES	BRONQUIOLITIS LEVE
Rho de Spearman	FACTORES AMBIENTALES	Coeficiente de correlación	1,000	,122
		Sig. (bilateral)	.	,400
		N	143	143
	BRONQUIOLITIS LEVE	Coeficiente de correlación	,122	1,000
		Sig. (bilateral)	,400	.
		N	143	143

Fuente: Elaboración propia

Dado que se trataba de un análisis no estadístico, se utilizó el valor de Spearman, como se muestra en la Tabla 16 para la prueba de proyección específica. La significancia es 0.400, que excede 0.05, y se aceptan suposiciones negativas y se omiten las citas. Así se puede concluir que no existe una relación significativa entre los factores ambientales y la viruela en los lactantes atendidos en la sección de pediatría del Hospital Regional Sergio E. Bernales. 2018

Prueba de hipótesis específica 02

H0: No existe relación significativa entre factores ambientales y bronquiolitis moderada

H1: existe relación significativa entre factores ambientales y bronquiolitis moderada.

Tabla 17: Correlación en actores ambientales y bronquiolitis moderada

			FACTORES AMBIENTALES	BRONQUIOLITIS MODERADO
Rho de Spearman	FACTORES AMBIENTALES	Coefficiente de correlación	1,000	-,068
		Sig. (bilateral)	.	,639
		N	143	143
	BRONQUIOLITIS MODERADO	Coefficiente de correlación	-,068	1,000
		Sig. (bilateral)	,639	.
		N	143	143

Fuente: Elaboración propia

Dado que este es un análisis no matemático, los coeficientes de Spearman se utilizan para probar algunas hipótesis, como se muestra en la Tabla 17. Dado que la importancia de 0.639 es mayor que 0.05, acepta la suposición negativa y rechaza la suposición. Como otra preocupación, podemos concluir que no existe una relación significativa entre los factores ambientales y la bronquitis moderada en los lactantes ingresados en el Hospital Regional Sergio E. Bernales. 2018.

Prueba de hipótesis específica 03

H0: No existe relación significativa entre factores ambientales y bronquiolitis severo.

H1: Existe relación significativa entre factores ambientales y bronquiolitis severo.

Tabla 18: Correlación entre factores ambientales y bronquiolitis severo.

			FACTORES AMBIENTALES	BRONQUIOLITIS SEVERO
Rho de Spearman	FACTORES AMBIENTALES	Coefficiente de correlación	1,000	-,190
		Sig. (bilateral)	.	,185
		N	143	143
	BRONQUIOLITIS SEVERO	Coefficiente de correlación	-,190	1,000
		Sig. (bilateral)	,185	.
		N	143	143

Fuente: Elaboración propia

Al tratarse de un análisis no estadístico, se utilizó el método de Spearman, como se muestra en la Tabla 18 para las pruebas de proyección específicas. Su importancia es 0.185 que es mayor que 0.05, por lo que se aceptan declaraciones negativas y se rechazan declaraciones negativas. Así se puede concluir que no existe una relación significativa entre los factores ambientales en los lactantes atendidos en el servicio de pediatría del Hospital Regional Sergio E. Bernales y la bronquitis severa. 2018.

Prueba de hipótesis específica 04

H0: No existe relación entre los factores del huésped y bronquiolitis leve

H1: Existe relación entre los factores del huésped y bronquiolitis leve.

Tabla 19: Correlación entre los factores del huésped y bronquiolitis leve.

			FACTORES DEL HUESPED	BRONQUIOLITIS LEVE
Rho de Spearman	FACTORES DEL HUESPED	Coefficiente de correlación	1,000	-,122
		Sig. (bilateral)	.	,400
		N	143	143
	BRONQUIOLITIS LEVE	Coefficiente de correlación	-,122	1,000
		Sig. (bilateral)	,400	.
		N	143	143

Fuente: Elaboración propia

Dado que este es un análisis no sistemático, los coeficientes de Spearman se utilizan para probar algunas hipótesis, como se muestra en la Tabla 19. Un valor de 0.400 es mayor que 0.05, por lo que se aceptan supuestos negativos y se rechazan los supuestos. Quizás podamos concluir que no existe una asociación significativa entre el receptor y la viruela en los lactantes ingresados en el Hospital Regional Sergio E. Bernales. 2018.

Prueba de hipótesis específica 05

H0: No existe relación entre los factores del huésped y bronquiolitis moderado

H1: Existe relación significativa entre los factores del huésped y bronquiolitis moderado

Tabla 20: Correlación entre los factores del huésped y bronquiolitis moderado

			FACTORES DEL HUESPED	BRONQUIOLITIS MODERADO
Rho de Spearman	FACTORES DEL HUESPED	Coeficiente de correlación	1,000	,068
		Sig. (bilateral)	.	,639
		N	143	143
	BRONQUIOLITIS MODERADO	Coeficiente de correlación	,068	1,000
		Sig. (bilateral)	,639	.
		N	143	143

Fuente: Elaboración propia

Como análisis no estadístico, la clave de Spearman se usa para una prueba de proyección particular, y si un valor de significancia de 0.639 es mayor que 0.05, acepta una suposición negativa y rechaza la suposición. Por tanto, podemos concluir que no existe una asociación significativa entre la incidencia del hospedador y la bronquitis moderada en los lactantes ingresados en el Hospital Infantil Sergio E. Bernales. 2018.

Prueba de hipótesis específica 06

H0: No existe relación significativa entre los factores del huésped y bronquiolitis severo.

H1: Existe relación significativa entre los factores del huésped y bronquiolitis severo

Tabla 21: Correlación entre los factores del huésped y bronquiolitis severo

			FACTORES DEL HUESPED	BRONQUIOLITIS SEVERO
Rho de Spearman	FACTORES DEL HUESPED	Coeficiente de correlación	1,000	,190
		Sig. (bilateral)	.	,185
		N	143	143
	BRONQUIOLITIS SEVERO	Coeficiente de correlación	,190	1,000
		Sig. (bilateral)	,185	.
		N	143	143

Fuente: Elaboración propia

Al tratarse de un análisis no estadístico, se utilizó la máquina de Spearman, como se muestra en la Tabla 21 para la prueba de proyección específica. La significancia de 0.185 es más de 0.05, por lo que se aceptan declaraciones negativas y se rechazan declaraciones negativas. Así, se puede concluir que no existe una relación significativa entre la hospitalización de los lactantes ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Sergio E. Bernales y la bronquitis grave. 2018.

V. DISCUSIÓN

Con base en estos hallazgos, se acepta la hipótesis y se asumen alternativas. Por tanto, se puede concluir que no existe una interacción significativa entre el ingreso neonatal en la sala de niños del Hospital Regional Sergio E. Bernales y la bronquitis. 2018

Los resultados obtenidos no están relacionados con lo mencionado por Espinoza en 2015. Esto muestra que el factor broncoespasmo tiene una relación importante. El autor sostiene que el ideal incluye la lactancia materna exclusiva. (13).

Por supuesto, los resultados de los autores corresponden a un gran porcentaje (65%) de niños menores de 6 meses afectados. Esto es aproximadamente el 68% de mis resultados, y hay un porcentaje de bebés que no son amamantados exclusivamente. A los 6 meses, el 56% había amamantado y, como resultado, el 73% no había amamantado.

Al igual que Chauca en 2016, señaló que existe un fuerte vínculo entre los factores de riesgo y la bronquitis. En comparación con la investigación, solo la similitud en los resultados. Porque los autores afirman que el riesgo más importante no es solo la lactancia materna al 90%, sino que mis resultados son del 73%. Seguido por el 54% de familiares con antecedentes de atopia o asma, y los resultados fueron del 65%. En el caso anterior, se ha observado que existen muchas similitudes en los resultados obtenidos frente a los resultados de los autores.

Asimismo, el estudio de Lujan de 2017 reveló que existe una relación importante en la conexión con las variables (12). En comparación con las lecturas, los resultados solo son relevantes. Lo más notable es la fuerza del género masculino del 74,6%, y mi puntuación es del 72%. A esto le siguió

un 23,9% de lactancia materna inespecífica, mi resultado un 73% y finalmente un 18,3% de parto prematuro, pero mi resultado fue del 72%.
Con respecto a la frecuencia en moderación de bronquiolitis no se evidencio a ningún padre que los mencionara sin embargo los resultados obtenidos en el coetáneo compromiso de análisis evidencio que en un mayor porcentaje 65% liderada la bronquiolitis tenue lineal de la bronquiolitis moderada con un porcentaje de 24% y finalmente y con un carencia de porcentaje la bronquiolitis severa 11%.

VI. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que llegue con la presente tesis factores asociados a bronquiolitis en lactantes en el servicio de pediatría del hospital sergio e. Bernales. 2018.

- No hubo relación significativa entre los factores relacionados con los servicios de pediatría del hospital sergio e. Bernales y la bronquiolitis infantil. 2018
- No existe una relación significativa entre los factores ambientales del servicio de pediatría del hospital sergio e. Bernales y la bronquiolitis leve en lactantes. 2018
- En los servicios de pediatría del hospital sergio e. Bernales, no hubo correlación significativa entre los factores ambientales del lactante y la bronquiolitis moderada. 2018.
- En los servicios de pediatría del hospital sergio e. Bernales, no hubo relación significativa entre los factores ambientales del lactante y la bronquiolitis severa. 2018
- No relación significativa entre los factores del huésped y bronquiolitis leve en lactantes en el servicio de pediatría del hospital sergio e. Bernales. 2018.
- En los servicios de pediatría del hospital sergio e. Bernales, no hubo correlación significativa entre los factores del huésped y la bronquiolitis moderada. 2018
- En el servicio de pediatría del hospital sergio e. Bernales, no hubo correlación significativa entre los factores del huésped infantil y la bronquiolitis grave. 2018.

VII. RECOMENDACIONES

Con el presente trabajo, el resultado obtenido se podrá recomendar lo siguiente:

- Identificar adecuadamente los factores tanto ambientales como del huésped para evitar complicaciones durante la hospitalización por bronquiolitis.
- Si identifico algún factor que se asocie con bronquiolitis, llevar siempre a control con el médico.
- Evitar el hacinamiento si alguien de su familia haya padecido esta patología.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. R.M. N° 291-2006, Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Patologías más frecuentes y Cuidados Esenciales en la Niña y el Niño (ministerio de la salud, 20 de marzo del 2006)
2. R.M. N°292-2006 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño (El peruano, 5 noviembre del 2006).
3. R.M. N° 216-2007, Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis.(Hospital Nacional Cayetano Heredia , 15 de marzo del 2007)
4. R.M. N° 319-2010 guía clínica: bronquiolitis y la guía clínica de atención de niños con enfermedad diarreica aguda (Instituto nacional de niño,14 de junio del 2010)
5. McConochie KM. J Dis Child 1983; 173: 11-13.
6. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2006 Abr [citado 2018] ; 104(2): 159-176. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000200013&lng=es.
7. Baquero Rodriguez R, Granadillo fuentes A, Guia práctica clinica: Bronquiolitis. Barranquilla (Col.) 2009; 25, (1): 135-149
8. Ramos Fernandes JM , Pedrero Segura E, Gutierrez Bedmar M, Delgado Martin B, Cordon Martinez AM, Moreno Perez David , et al. Epidemiologia de los ingresos por bronquiolitis en sur de Europa: análisis de las epidemias 2010-2015. An Pediatr (Barc). 2017;87(5):260-268
9. Sánchez D. Ignacio, Monge I. Marcela, Córdova L. Pablo, Fuentes P Paulina, Carrasco O. Juan Andrés, Cavagnaro SM. Paulina. Factores epidemiológicos y evolución clínica de pacientes hospitalizados por bronquiolitis aguda en dos hospitales de Santiago. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2004 Oct [citado 2018] ; 75(Suppl 1): 25-31. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000700005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062004000700005>.
10. Ministerio de Salud. Servicio Integral de Salud. Estudio epidemiológico de distribución y frecuencia de atenciones preventivas y de morbilidad-Perú 2010. Julio 2011. Pag 35.
11. Chauco Diaz . Factores de riesgo asociados a bronquiolitis en pacientes lactantes en el hospital Maria Auxiliadora en el periodo julio 2015-diciembre 2016.Tesis pregrado. Peru 2017

12. Monja Garcia. Características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas en niños menores de 2 años con diagnóstico de bronquiolitis en el servicio de pediatría del hospital II-2 Tarapoto, Enero-Diciembre 2016. Tesis de pregrado . Peru 2017
13. Espinoza Lopez. Factores de riesgo para hospitalización por bronquiolitis en niños menores de 2 años en el hospital regional de Cajamarca año 2014. Tesis de pregrado. Peru. 2015
14. Molina Leon. Factores de riesgo y complicaciones de bronquiolitis en niños menores de 1 año en el hospital Leon Becerra Camacho de Milagro periodo de Enero a Diciembre del 2015. Tesis de pregrado. Ecuador 2016.
15. Alarcon Casas. Factores de riesgo de bronquiolitis en lactantes . Tesis de posgrado. Venezuela 2015.
16. Apolo Suarch. Factores de riesgo asociado al desarrollo de bronquiolitis en niños atendidos en el hospital Isidro Ayora. Tesis pregrado. Ecuador 2014.
17. Calvo Rey C, Garcia Garcia ML, Casas Flecha I, Perez Breña P. Infecciones respiratorias virales. AEP: Infectología pediátrica 19. Pag. 189-204
18. Inostroza Erika, Pinto Ricardo. Nuevos virus respiratorios en pediatría. Rev. Med. Clinica Las Condes. Vol 28 Enero-febrero 2017, Pg. 83-89.
19. Gallinas V F, Clerigué Arrieta N, Chueca Guindulain M. Bronquiolitis. Libro electrónico de Temas de Urgencia. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/ Bronquiolitis.pdf>
20. Torres Antonia. Infecciones respiratorias aguda. Docente Hospital de Pediatría. Congresos Neumología. 2012
21. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. Definición. 2018
22. Larry K. Pickering. Cuidados infantiles y enfermedades transmisibles. En: Behrman, Kliegman, Jenso, ed. Nelson Tratado de Pediatría. 17 ed esp madrid: Saunders. Elsevier 2006
23. Colmes SJ, Morrow AL, Pickering LK. prácticas: efecto epidemiológico social en niños y efectos ante el uso de antibióticos resistentes. Epidemiología. Rev. 1996;18 (1): 10-28
24. Ball TM, Holberg CJ, Aldous MB, Martínez FD, Wright AL. Influencia de la asistencia a la guardería en el resfriado común desde el nacimiento hasta los 13 años de edad. Arch Pediatr Adolesc Med 2002; 156: 121-
25. Nadja Hawwa Vissing, Bo Lund Chawes, Morten Arendt Rasmussen, Hans Bisgaard [Pediatrics.2018;141\(6\):e20170933](#)
26. Preguntas en línea. Fumadores pasivos. Organización Mundial de La Salud. Mayo 2012
27. Coronel Carvajal. Historia familiar del asma: su influencia en la evolución de la enfermedad. Revista mexicana de pediatría. Mexico. 2010 Vol. 77, Num 4. Pg 148-151.

28. Organización Peruana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Protección de la lactancia materna de la salud. 2011
29. Georgina J, Peraza R, Silvia de la C. Factores asociados al bajo peso al nacer. La Habana: 2011; 52.
30. Mayo Márquez RC, López Borroto K y García Ranero AB. Factores influyentes en el bajo peso al nacer en el área de salud "Camilo Cienfuegos" de Chambas, 2007-2008.
31. Robaina G, Felipe L. Comportamiento epidemiológico del recién nacido pretérmino en el Hospital Gineco-Obstétrico Provincial de Matanzas. Resúmenes. Congreso de Pediatría. La Habana: 2010; tI: 46.
32. Johnson FF, Creasy RK. Prevención del parto pretérmino. Clínica Obstétrica Ginecológica Norteamérica. 2008; 3:577-91.
33. M. Sánchez Luna, J. Moreno Hernando, F. Botet Mussons, et .displasia broncopulmonar: clasificaciones y definiciones. Asociación española de pediatría. Vol 79.2013. Pg. 205-274
34. Biblioteca nacional de medicina de EE.UU. Cardiopatía congénita. Medlineplus.Estados Unidos. Noviembre.2018
35. Lovera de Ferrereira, Serra Laura. Malformaciones congénitas pulmonares. Vol 54. 2018
36. SEICAO. Inmunodeficiencias. Barcelona. 207
37. Real academia de terminología médica, Madrid 2017.
38. Gonzales Suarez Rocio. Conocimiento de las madres de niños menores de cinco años infección respiratoria aguda en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Tesis posgrado. Lima- Perú 2016.
39. Vitor Gavidia Gabriela. Lactancia materna no exclusiva como factor de riesgo de bronquiolitis en menores de 2 años Hospital General María Auxiliadora 2017. Tesis Pregrado Médico Cirujano. Lima Perú 2018
40. Casas Plasencia Liuth . Comportamiento clínico epidemiológico de las infecciones respiratorias agudas en pacientes hospitalizados. Tesis postgrado. Cuba 2009
41. Ortiz Soto Características epidemiológicas y presunción etiológica microbiana de la neumonía adquirida en la comunidad, en el servicio de pediatría del Hospital III Yanahuara 2010-2014 . Tesis pregrado. Perú 2015
42. Martínez Martínez . Factores asociados a neumonía adquirida en la comunidad en infantes menores de 5 años, subcentro de salud n°1, Cuenca. Tesis postgrado. Ecuador 2015

ANEXOS

Anexo 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HISTORIA CLINICA:

EDAD: < 6 meses 7-12 meses 13 meses

SEXO: Femenino Masculino

TIEMPO DE ENFERMEDAD: < 1 semana 1-2 semanas

1. GUARDERIA: SI NO

2. HACINAMIENTO: SI NO

3. FUMAN EN CASA: SI NO

4. ANTECEDENTE FAMILIAR DE ASMA O ALERGIA: SI NO

5. LME: SI NO

6. Prematuro: SI NO

7. DISPLASIA BRONCOPULMONAR: SI NO

8. COMORBILIDAD: Inmunodeficiencia

Cardiopatía congénita

Malformación pulmonar

• SIGNOS Y SINTOMAS

SaO₂: < 92% 92 %-95% >95%

FR: < 50 rpm 50-60 rpm >60rpm

Sibilancia: No leves toda la espiración ins/exp-audibles

Musculatura accesoria: Ninguna - leve intercostal moderado

Intenso, Aleteo

• BRONQUIOLITIS: Leve Moderado Severo

Anexo 2: Operacionalización de las variables

VARIABLE 1	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES
Factores asociados	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Según el ministerio de salud del Perú se clasifica en factores ambientales y del huésped.	Factores ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Los niños que asisten a las guarderías • Hacinamiento o la presencia de hermanos mayores • El hábito de fumar por parte de alguien de la casa • Historia familiar de alergia o asma • Falta de amamantamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Si / No
			Factores del huésped	<ul style="list-style-type: none"> • Prematuridad • Displasia broncopulmonar • Co-morbilidad asociada: por ejemplo, cardiopatías congénitas, malformaciones pulmonares, inmunodeficiencias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si / No • Si / No • Si / No

VARIABLE 2	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES
Bronquiolitis	Primer episodio de sibilancias asociada a evidencia clínica de infección viral en un niño de dos años. Es una inflamación difusa y aguda de las vías aéreas inferiores, de naturaleza infecciosa, expresada clínicamente por obstrucción de la vía aérea pequeña. ⁽⁸⁾	Según la escala de Woods- Downes- Forres se divide en leve, moderado y severo.	Leve	<ul style="list-style-type: none"> • SatO2 • Frecuencia respiratoria • Sibilancia espiratoria • Musculatura accesoria 	0 a 3 puntos
			Moderado		4 a 5 puntos
			Severo		6 a mas puntos