

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**PREMATURIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA BRONQUIOLITIS
EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A
DICIEMBRE 2019**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

AZO BURGOS MAYRA LIZBETH

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

LIMA- PERÚ

2020

ASESOR

DR. LUIS FUENTES TAFUR

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios quien me da la oportunidad de poder culminar mis estudios satisfactoriamente, a mis padres que fueron el motor para poder seguir y en especial a mi hija quien es fuerza para seguir de pie.

DEDICATORIA

Dedicado a mi familia quienes siempre han sido participe en mi vida y en esta carrera profesional.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La bronquiolitis aguda es el primer episodio de sibilancias de niños menores de dos años que va precedido de un cuadro respiratorio agudo mayormente de etiología viral. A nivel mundial es la enfermedad respiratoria más frecuente en los niños. teniendo alta incidencia de morbimortalidad en países en vías de desarrollo. **OBJETIVO:** Determinar si la prematuridad es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019. **METODOLOGÍA:** Analítico, observacional, transversal, retrospectivo. En donde se tomó como muestra 160 pacientes de los cuales 80 son casos (pacientes menores de 24 meses con diagnóstico de bronquiolitis) y 80 controles (pacientes menores de veinticuatro meses con diagnóstico de otras enfermedades respiratorias agudas que no sean bronquiolitis). Los datos recolectados de las historias clínicas pasan a una base en el programa SPSS versión 25.0, analizándolos, mediante la prueba de chi cuadrado y OR respectivamente. **RESULTADOS:** ingreso al estudio 160 pacientes 80 con diagnóstico de bronquiolitis, el 53,8% (43) tienen antecedente de prematuridad. 31,3% (25) prematuridad leve, 20% (16) prematuridad moderada, 2,5% (2) prematuridad extrema, 0% (0) prematuridad muy extrema De los 80 controles 30% (24) tienen el antecedente de prematuridad. 16,3% (13) prematuridad leve, 7,5% (6) prematuridad moderada, 6,3 % (5) prematuridad extrema, 1,3% (1) prematuridad muy extrema chi cuadrado 0,002 OR (2,712). De los 160 pacientes 41,9% (67) son prematuros. Se dividen en leves 56,7% (38), moderados 31,3% (21), extremos 10,4% (7) y muy extremos 1,5% (1). **CONCLUSIONES:** La prematuridad es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla puesto a que más de la mitad de pacientes con antecedente de prematuridad desarrollo bronquiolitis. El hospital de Ventanilla tiene alta prevalencia de pacientes con prematuridad dentro de ellos se destacan los prematuros leves por lo que son los mas expuestos al desarrollo de bronquiolitis.

PALABRAS CLAVES: bronquiolitis, prematuridad, prematuridad leve, prematuridad moderada, prematuridad extrema.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Acute bronchiolitis is the first episode of wheezing of children under the age of two that is preceded by an acute respiratory picture mostly of viral etiology. Globally, it is the most common respiratory disease in children. having a high incidence of morbidity in developing countries.

OBJECTIVE: To determine if prematurity is a risk factor for bronchiolitis in children treated at the Ventanilla hospital, January to December 2019.

METHOD: analytical, observational, longitudinal, case retrospective and controls. Where 160 patients are taken as a sample, 80 of whom are cases (patients younger than 24 months diagnosed with bronchiolitis) and 80 checks (patients under twenty-four months diagnosed with other acute respiratory diseases other than bronchiolitis). Data collected from medical records is transferred to a database in the SPSS version 25.0 program, analyzing them, taking the chi square and OR test respectively. **RESULTS:** admission to the

study 160 patients 80 with a diagnosis of bronchiolitis, 53.8% (43) have a prematurity record. 31,3%(25) mild prematurity, 20% (16) moderate prematurity, 2.5% (2) extreme prematurity, 0% (0) very extreme prematurity Of the 80 controls 30% (24) have the antecedent of prematurity. 16,3%(13) mild prematurity, 7,5% (6) moderate prematurity, 6.3% (5) extreme prematurity, 1.3% (1) very extreme prematurity chi square 0.002 OR (2,712). Of the 160 patients 41.9% (67) are premature. They are divided into slight 56.7% (38), moderate 31.3%, (21) extremes 10.4% (7) and very extreme 1.5% (1).

CONCLUSIONS: Prematurity is a risk factor for bronchiolitis in children treated at Ventanilla hospital since more than half of patients with prematurity history develop bronchiolitis. The ventanilla hospital has a high prevalence of patients with prematurity within them stand out the mild premature slight so they are the most exposed to the development of bronchiolitis.

KEYWORDS: bronchiolitis, prematurity, mild prematurity, moderate prematurity, extreme prematurity.

INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis es la enfermedad respiratoria más frecuente en los menores de veinticuatro meses esta antecedido de un cuadro respiratorio alto puede estar acompañada de alza térmica, el origen de esta enfermedad suele ser por el VRS. Alrededor de 3,4 millones de niños padecen de esta enfermedad al año, se conoce que mucho de ellos fallecen debido a las complicaciones de esta enfermedad. En Ventanilla 3,780 pacientes fueron atendidos con el diagnostico de bronquiolitis en el 2019, por lo que podemos decir que es frecuente en esta población.

Se observa en diversos estudios a la prematuridad como factor de riesgo para el desarrollo de bronquiolitis, pero no conocemos la relación que existe entre estas variables en la población de Ventanilla pese a que existe una alta incidencia de pacientes con antecedente de prematuridad atendidos en el servicio de pediatría.

Actualmente no se cuenta con un seguimiento oportuno de esta población que muchas veces al adquirir esta enfermedad suele darse de manera severa aumentando la estancia hospitalaria y complicaciones debido a la falta de maduración pulmonar que muchos de estos tienen al nacimiento.

Al estudiar la relación que existe en esta población podríamos mejorar el manejo, evitar la exposición y disminuir las complicaciones de la bronquiolitis.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	VIII
ÍNDICE	IX
LISTA DE TABLAS	XI
LISTA DE GRÁFICOS	XII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1 GENERAL	2
1.2.2 ESPECÍFICO	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	2
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	3
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6. OBJETIVOS	4
1.6.1 GENERAL	4
1.6.2 ESPECÍFICO	4
1.7. PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.2 BASE TEÓRICA	12
2.3 MARCO CONCEPTUAL	15
2.4 HIPÓTESIS	16
2.4.1 GENERAL	16
2.4.2 ESPECÍFICOS	16
2.5 VARIABLES	17
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS	17
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	20
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	20
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	20
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	20
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	20
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	22
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
3.5 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS	23
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	23
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	24
4.1 RESULTADOS	24
4.2 DISCUSIÓN	34
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
5.1 CONCLUSIONES	35
5.2 RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	41

LISTA DE TABLAS

TABLA 1: PREMATURIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019	24
TABLA 2: CLASIFICACIÓN Y CANTIDAD DE PREMATUROS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019	25
TABLA 3: PREMATURIDAD LEVE COMO FACTOR DE RIESGO PARA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019	27
TABLA 4: PREMATURIDAD MODERADA COMO FACTOR DE RIESGO PARA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019	28
TABLA 5: PREMATURIDAD EXTREMA COMO FACTOR DE RIESGO PARA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019	30
TABLA 6: PREMATURIDAD MUY EXTREMA COMO FACTOR DE RIESGO PARA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019	32

LISTA DE GRAFICOS

GRÁFICO 1: PREMATURIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019	24
GRÁFICO 2: CLASIFICACIÓN Y CANTIDAD DE PREMATUROS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019	26
GRÁFICO 3: PREMATURIDAD LEVE COMO FACTOR DE RIESGO PARA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019	23
GRÁFICO 4: PREMATURIDAD MODERADA COMO FACTOR DE RIESGO PARA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019	29
GRÁFICO 5: PREMATURIDAD EXTREMA COMO FACTOR DE RIESGO PARA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019	31
GRÁFICO 6: PREMATURIDAD MUY EXTREMA COMO FACTOR DE RIESGO PARA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019	33

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	41
ANEXO 2: INSTRUMENTO	42
ANEXO 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO-CONSULTA DE EXPERTOS	43
ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	46

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las infecciones respiratorias agudas constituyen al grupo de enfermedades respiratorias más frecuentes en el ser humano y en pediatría, la bronquiolitis aguda es la infección de las vías aéreas bajas, siendo el primer episodio de sibilancias dentro de los primeros veinticuatro meses de vida que esta antecedido de un proceso respiratorio alto, puede estar acompañado de alza térmica, en la mayoría de casos es de etiología viral.

A nivel mundial es la enfermedad respiratoria más frecuente en niños menores de dos años, la relación entre hombres y mujeres va de tres a uno, siendo aproximadamente 33,4 millones de lactantes los que ingresan al servicio de urgencias por esta afectación al año. Según estudios en países subdesarrollados existe una alta tasa de morbimortalidad.^{4, 13}

En Latinoamérica aun tiende a ser la tercera causa de mortalidad en infantes. La bronquiolitis es la patología de hospitalización más frecuente en Estados Unidos y es la enfermedad del aparato respiratorio inferior que más afecta a recién nacidos prematuros.

En el Perú aún se registra alta incidencia afectando a niños que se encuentran en climas húmedos, zonas rurales en las estaciones otoño e invierno. En la localidad de ventanilla cientos de niños en lo que va del año ingresan a emergencia por dificultad respiratoria, la mitad de ellos diagnosticados con bronquiolitis, muchas veces menores de seis meses.¹³

Por lo tanto, es importante el estudio de esta patología debido a la elevada morbilidad muchas veces asociada a la prematuridad; quiere decir que los neonatos prematuros son también más propensos a estas infecciones debido al poco desarrollo del sistema respiratorio y del sistema inmune. En ese sentido, se ha observado que en el Perú existen pocos estudios que colocan como factor de riesgo la prematuridad, además de que es muy importante el

aporte de datos internacionales, la prematuridad ha sido asociada a una mayor hospitalización por Bronquiolitis.^{2,13}

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 General

¿La prematuridad es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019?

1.2.2 Específico

¿La prematuridad leve es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019?

¿La prematuridad moderada es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019?

¿La prematuridad extrema es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019?

¿La prematuridad muy extrema es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La bronquiolitis aguda es la infección aguda del tracto respiratorio inferior más común en pediatría muchas veces asociado a prematuridad. Por lo general, se define como una infección respiratoria baja de origen vírico en niños menores de dos años. Tiene una incidencia anual de un 10-13% en los

lactantes y una tasa de ingreso del dos a cinco por ciento con un aumento significativo en los últimos años.¹⁴

Los factores de riesgo individuales para la Bronquiolitis grave, son el bajo peso al nacer, la prematuridad y la enfermedad crónica previa (inmunodeficiencia, enfermedades pulmonares, cardíacas o neurológicas). Los factores de riesgo epidemiológico y ambiental que se conocen para la BA son tener hermanos mayores, los embarazos gemelares, la exposición al consumo de tabaco, la raza nativa americana, el hacinamiento, la asistencia a guardería y la altitud.¹³

La prematuridad, el sexo masculino, la función pulmonar reducida, la exposición al humo del cigarrillo, las infecciones por virus respiratorio sincitial (VRS) y por rinovirus, la hospitalización, la historia familiar de asma, la asistencia a guardería, tener hermanos mayores, la lactancia artificial y factores relacionados con las alergias son algunos de los determinantes señalados.

Lamentablemente en nuestro país no existe mucha evidencia científica que nos pueda brindar una base de información que ayude a desarrollar nuevas estrategias de prevención así como de riesgos en beneficio de nuestros pacientes, gracias solo a datos estadísticos de instituciones grandes quien vienen realizando estudios para mejor manejo de la bronquiolitis, este estudio nos brinda una gran oportunidad de poder contar con información importante acerca de la asociación entre bronquiolitis así como prematuridad.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El estudio fue realizado en pacientes pediátricos que hayan sido sometidos a hospitalización con el diagnóstico de bronquiolitis, en el servicio de pediatría del Hospital de Ventanilla, durante el periodo comprendido entre enero del 2019 a diciembre del 2019.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Por la naturaleza del estudio, esta investigación no presentó ningún riesgo para los pacientes seleccionados, debido a que buscar y encontrar respuestas e información a nuestra pregunta sobre una de las patologías más frecuentes en pediatría, los datos se extraen de historias clínicas.

El estudio se realizará en la sede del hospital, considerando que el autor curso internado medico en dicho hospital de Ventanilla por lo que el acceso a la información es factible.

Por las razones señaladas el trabajo resulta viable de ejecutar por ser de bajo costo, además poder acceder a la información necesaria y de no presentar riesgo a la población de estudio.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 General

Determinar si la prematuridad es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019

1.6.2 Específico

Determinar si la prematuridad leve es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019

Determinar si la prematuridad moderada es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019

Identificar si la prematuridad extrema es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019

Identificar si la prematuridad muy extrema es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019.

1.7 PROPÓSITO

El propósito de este proyecto es determinar la relación que existe entre la prematuridad y el diagnóstico de bronquiolitis ya que es un problema común en nuestra sociedad y más aún en la población de Ventanilla debido a que esto genera altos costos en el sector salud, convirtiéndose en un problema social. Con toda esta información poder prevenir o disminuir la severidad del cuadro.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

INTERNACIONALES

Raúl R. Esquivel S. en el año 2016 en Panamá realizó un estudio un estudio caso control para determinar los “factores asociados con severidad de bronquiolitis”. Se recolectó datos de pacientes que llegaron al hospital del niño entre los años 2013 a 2014, al servicio de urgencias y a unidad de cuidados intensivos. Se reunió información sociodemográfica, sintomatología según la escala Downe Wood y radiológica de cada caso, previamente se pidió la autorización de los padres, identificando a todos los niños menores de 2 años que cumplieran con la definición de bronquiolitis y tomando a dos 2 controles (pacientes sin diagnóstico de bronquiolitis). Para esto se utilizó un método aleatorio simple y el cálculo se hizo mediante el software Epi info 7 Resultados: Se accedió a 290 pacientes con dichos criterios para ingresar a la investigación. se evidenció que la cohabitación con niños menores de 5 años, las comorbilidades elevaban la probabilidad de adquirir bronquiolitis hasta 3 veces más. Entre los más resaltantes fueron bajo peso (OR 5.58 IC95% 2.47- 12.57), prematuridad (OR 3.0 IC95%1.4-6.4) apnea (OR 17.2 IC95% 2.06-143.72). Conclusiones: identifica cuales son las situaciones demográficas, clínicas y radiológicas son las que van a estar relacionadas con el proceso. El antecedente de prematuridad y apnea al nacer es un factor de riesgo bastante relevante para posteriormente tener BA, mas no se encontró relación con la hipoxemia al primer mes de vida.⁸

Shushanik Boyadjian en el 2017 en Uruguay publicó un estudio descriptivo, retrospectivo sobre la experiencia que adquirió sobre BA durante cuatro años (dos mil diez al dos mil trece) en el nosocomio pediátrico nacional el Objetivo fue describir la causalidad, la epidemiología, evolución, pronóstico y tratamiento en recién nacidos ingresados por bronquiolitis.

Metodología: se tomaron todos los RN ingresados por bronquiolitis. Sus variables son: edad gestacional en la que nació, el sexo, existencia de comorbilidades, antecedentes familiares y ambientales, agentes etiológicos frecuentes en la zona de procedencia, antecedente de ventilación mecánica. Resultados: fueron 226 neonatos ingresados, 51,3% hombres, fueron internados en promedio del sexto al séptimo día. Con antecedente de infección respiratoria 75,2%, tabaquismo pasivo 28,3%, enfermedades cardíacas congénitas 9,7%, prematuridad 7,9%. Se evidenció mediante un aislamiento al VSR en 59,5%. Ingresaron a cuidados intensivos 11,5%, apoyo ventilatorio mecánico 34,6% de los mismos. Como Conclusiones se puede observar que es frecuente el ingreso a hospitalización de neonatos por bronquiolitis, y en frecuencia es por el VSR.⁷

Carlos Coronel-Carvajal en el 2019 en Cuba publicó un estudio de casos controles en la municipalidad de Guáimaro, provincia Camagüey entre junio 2016 a diciembre de 2017 acerca de los factores asociados al desarrollo de bronquiolitis aguda, método: fueron 37 casos de lactantes menores de dos años con diagnóstico de BA y los controles fueron la misma cifra de infantes sin diagnóstico de BA, este estudio se hizo a través de encuestas realizadas a los tutores, ahí se evidencia la edad en meses, el sexo, edad gestacional al nacimiento, tipo de lactancia, vía de alumbramiento, peso al nacer, antecedente familiar de atopia, exposición a algún alérgeno, antecedentes maternos. Resultados: existió una relación íntima entre la bronquiolitis, la prematuridad, niños menores de 6 meses de sexo masculino. La severidad en pacientes con antecedentes de madres fumadoras durante la gestación, lactancia artificial y antecedentes de atopia. Como conclusión se obtuvo que existen factores de riesgo que dan BA leve como niños menores de 6 meses de sexo masculino con nacimiento antes de las 37 semanas de gestación y factores que van a desencadenar BA severa como es la exposición al paciente a alérgenos y a humo de cigarrillos.⁹

lciar Olabarrieta Arnal en el 2017 en Madrid, España se realizó un estudio prospectivo observacional longitudinal de cohorte acerca de la morbilidad respiratoria de origen viral en prematuros moderados y tardíos durante los primeros 18 meses de vida en el hospital Universitario Severo Ochoa. En este compara la incidencia y la sintomatología respiratoria que ameritan hospitalización y posterior ve los episodios de recurrencia de sibilancias comparándolos con los pacientes que nacieron durante las 37 a las 40 semanas de gestación. Métodos: se pidió a los apoderados firmar consentimiento informado previa explicación de la investigación, en donde se toman a todos los que nacieron durante el 2013 hasta diciembre del 2014, con edad gestacional de 32 a 36 semanas 6 días (n=202). Posterior a esto se recolecta datos clínicos del nacimiento, epidemiológicos y datos relevantes durante como hospitalización, aislamiento de VSR los primero 18 meses de vida esto se hace mediante cuestionarios estandarizados. así mismo se recolectó datos de pacientes que nacieron a término, pero tuvieron antecedentes relevantes para posterior hacer una relación entre ambos. Se utilizó el test de chi cuadrado y el de Fisher. Para la comparación de variables cuantitativas se utilizó test t student y tes U mann- Whitney. Estadísticamente se considera el valor de $p < 0,05$. Para las variables cuantitativas y su correlación se utilizó Spearman o Pearson. Empleando el programa SPSS22.0 para el análisis estadístico. Resultados: el diagnostico bronquiolitis el 59,4% (120/202), precisaron ingreso por bronquiolitis el 22,2% (45/202) y desarrollaron sibilancias recurrentes el 28,7% (58/202) de los pacientes nacidos antes de las 37 semanas. No encontraron asociación significativa respecto a tipo de parto, antecedentes de asma con la recurrencia de sibilancias. En cuanto a pacientes q estuvieron en guarderías o jardines si se multiplica el riesgo para presentar bronquiolitis en 3 veces más y 4 para las recurrencias de sibilancias. La prematuridad duplica el riesgo para el diagnóstico de bronquiolitis mas no de recurrencia para sibilancias. Conclusiones: Se dice q los pacientes con prematuridad tienden a adquirir infecciones por el VRS y presentar cuadro de bronquiolitis antes de los 6

meses de vida, mas allá el estudio también menciona que existen factores que pueden ser modificables como la asistencia a jardines de niños, exposición a humo de tabaco, etc como también a factores que no pueden ser modificados en este caso el nacimiento prematuro en relación con los que nacieron durante el periodo 37 a 40 semanas.¹⁰

J. Debley, J. Smith y G. Redding en el 2015, USA efectuó un estudio “Childhood asthma hospitalization risk after cesarean delivery in former term and premature infants. Ann allergy asthma immunol” en donde manifiesta que el parto que se da por cesárea modifica la composición de la flora bacteriana, lo que esto contribuye al riesgo a presentar insuficiencia respiratoria durante los primeros años de vida. Muchas veces al parto pre término son culminados por este medio lo que representa un factor de riesgo. Método: estudio observacional, descriptivo en donde se abarcó a los niños menores de 5 años con antecedente de nacimiento por cesárea en el periodo de 2014. La conclusión final fue que el parto por cesárea está asociado a incremento en la hospitalización debido a insuficiencia respiratoria, sibilancias recurrentes y posterior a esto al diagnóstico de asma (Odds ratio, 1.20; 95% intervalo de confianza, 1.04-1.39), además el análisis observó que todo esto va reaccionado con la prematuridad (OR, 1.90; 95% CI, 1.09-3.02) y no a niños a término (OR, 1.15; 95% CI, 0.97-1.34).¹¹

NACIONALES

Carla Gonzales en el 2017 en lima Perú, publicó en la revista Carrionica “características clínicas y epidemiológicas de niños menores de 2 años con bronquiolitis en el hospital nacional dos de mayo, enero-diciembre del 2016”. Tiene por objetivo exponer las características clínico-epidemiológicas de la bronquiolitis en menores de 2 años. Material y Método: realizo un estudio descriptivo, retrospectivo el cual reviso historias clínicas de pacientes hospitalizados diagnosticados con bronquiolitis para identificar las variables

sociales, demográficas, clínicas y de tratamiento. Se evalúa 72 historias clínicas, teniendo a menores de 6 meses como mayor población (72.3%). Expone como factores predisponentes a lactancia artificial (61.1%), inmunizaciones precarias (30.6%), prematuros (12.5%). Se observó también que en el tratamiento el más empleado fue B-agonista de acción corta como el salbutamol (100%), el uso de ATB (63.9%), esteroides (47.2%). En la estancia se evidenció que la mayoría en corta, menor a 2 días en 68.08%, 4,2% necesito el apoyo de la unidad de cuidados intensivos y un mínimo porcentaje requirió ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Conclusión: Las características sociodemográficas de aquella población, como el ciclo de la enfermedad, complicaciones, necesidad de apoyo en UCI y la estancia hospitalaria son similares a lo descrito en la literatura mundial. El estudio revela exceso de solicitudes de exámenes auxiliares y medicamentos, por lo q se recomienda que el personal de salud se base en las guías prácticas ya expuestas.¹²

Campos Cobeña, Carlos Jonathan en el 2018. Perú realizó un estudio acerca Bronquiolitis y los factores de riesgo que existen en los niños menores de dos años en el hospital Jorge Reátegui Delgado en Piura. Tiene por metodología un estudio observacional prospectivo, descriptivo, casos control. Se abarco a todos los niños con los criterios de inclusión que fueron hospitalizados con el diagnóstico de bronquiolitis, previa autorización de los padres. Siendo un total de 52 niños para los casos y 52 para control. Se utilizó el programa Excel 2010, trasladándose a Stata 10.0. la edad promedio fue de 7,34 meses para los niños con bronquiolitis y los que no obtuvieron fue 6,8. Como sexo predominante fue masculino. No encontraron asociación con los padres como factores de riesgo, más si mencionan a los pacientes con hermanos menores de 5 años como factor condicionante hasta 1,45 veces más a lo igual que los pacientes que nacieron antes de las 36 semanas de gestación.¹⁷

Rodríguez Castro Sully en Trujillo en el año 2016 realizo un estudio el cual se titula factores de riesgo asociados a bronquiolitis en el servicio de pediatría

del hospital regional docente de Trujillo, periodo octubre 2013 a octubre 2015 tiene como metodología un estudio analítico, observacional, retrospectivo de casos controles. la muestra estuvo compuesta por 172 pacientes menores de dos años con los criterios de inclusión y exclusión que la investigación requiere. resultados: el mayor riesgo es el sexo masculino (or: 1.77; $p < 0.05$), edad menor a seis meses (or: 2.12; $p < 0.05$), peso bajo al nacer (or: 2.05; $p < 0.05$), nacidos menores de 37 semanas (or: 2.11; $p < 0.05$), lactancia artificial (or: 2.33; $p < 0.05$), exposición pasiva al cigarrillo (or: 2.88; $p < 0.05$). conclusiones: los de sexo masculino, edad menor a seis meses, la lactancia artificial, exposición pasiva a cigarrillo son factores de riesgo para niños menores de 2 años en el hospital Jorge Reategui Delgado- Piura 2018.¹⁸

Meza Rivera, Julio César en el año 2017 en Lima realizó un estudio titulado factores de riesgo asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años, en el hospital nacional Sergio E. Bernales en el periodo enero – diciembre del 2016 que tiene como metodología un estudio observacional, analítico de casos controles en donde se sacó 52 casos a lo igual q controles que ingresaron con bronquiolitis el año 2016. los datos fueron analizados con el software SPSS versión 22.0, utilizando chi para observar las variables y el odds ratio. resultados: el diagnóstico de bronquiolitis se va a relacionar con sexo masculino $p > 0.05$ y (or) de 1.7; con ic 95%=(0.79-3.73), menores de seis meses con $p < 0.05$ y (or) de 3.7; con ic 95%=(1.62-8.43), el bajo peso al nacer con $p < 0.05$ y (or) de 1.6; con ic 95%=(0.61-4.44), tabaquismo $p > 0.05$ y (or) de 1.6; con ic 95%=(0.61-4.44), prematuro $p < 0.05$ y (or) de 3.4; con ic 95%=(1.14-10.47) conclusiones: el nacimiento prematuro, niños menores de seis meses y la lactancia artificial son factores de factores de peligro asociadas a bronquiolitis en niños menores de 2 años.¹⁹

2.2 BASE TEÓRICA

BRONQUIOLITIS

El proceso de bronquiolitis se define como el primer episodio de tos persistente acompañado con sibilancias, estertores en pacientes menores de dos años, con un incremento entre los 2 y los 6 meses de edad, esta viene precedida de un proceso gripal, coriza aproximadamente de 5 a 7 días. Puede estar acompañado de alza térmica, pero esta no suele ser elevada. Va asociada a infecciones víricas, se describe en un 70% el virus sincitial respiratorio (VRS) como el responsable, el segundo más frecuente es Rinovirus, luego Parainfluenza y ya en menor proporción se describe a Metapneumovirus humano, influenza, adenovirus, Coronavirus y Bocavirus humano.^{1,6}

La morbimortalidad que se encuentra en relación con la BA y el VRS se incrementa en prematuros y en las displasias broncopulmonares (DBP), en inmunodeficiencias, en pacientes con afecciones cardíacas congénitas y hematológicas.⁵

Fisiopatología

El VRS se propaga mediante contacto directo con una persona u objeto previamente infectado (porcelana, juguetes, escaleras, mesas, cunas, ropa, etc). Dicha infección va iniciarse en el epitelio respiratorio superior el cual se va a diseminar hacia los bronquiolos, aquí va a darse un daño en los cilios, posterior a esto una infiltración celular y resultado a esto dará un edema en la submucosa y en la capa adventicia.²

Sintomatología

Historia de la enfermedad: existe un periodo de incubación de aproximadamente 6 días, en donde se manifiesta con rinorrea, congestión nasal lo que hace que exista dificultad para la lactancia. A los 3 días se añade

tos persistente, fiebre, la dificultad respiratoria va a añadirse de manera progresiva a lo igual que las sibilancias. La duración de los síntomas va a durar un promedio de catorce días, pero en algunos casos se describe que la tos va a desaparecer hacia la tercera semana.^{1, 4}

Anterior a este proceso va a existir síntomas respiratorios comunes, por ejemplo, rinorrea la cual en muchos casos pasa desapercibida, posterior va a iniciar un cuadro de tos persistente acompañándose aquí alza térmica. Ya en el proceso agudo de la enfermedad se va a presentar taquipnea, dificultad respiratoria con tirajes subcostales, intercostales, supraclaviculares, dependiendo del grado de severidad del cuadro.^{1, 3,4}

Se describe que el diagnóstico de la BA es netamente clínico, a la auscultación tendremos sibilancias, estertores. En niños menores de seis meses se ha descrito que puede existir ruidos agregados y ya si el lactante es menor a dos meses puede presentar apnea.

Tratamiento

Inicialmente se describe como manejo la aplicación de medidas posturales ya que la elevación de la cabecera de la cama del paciente va a mejorar el pasaje de aire, también se incluye la aspiración de secreciones nasales solo antes de la ingesta de alimentos o en caso de presentar mucho acumulo de secreción ya que la aspiración excesiva puede aumentar el edema de las mucosas y empeorar la sintomatología.^{1,2,3}

En casos de dificultad respiratoria grave, saturación de oxígeno menor a 92%, cianosis o tirajes en más de dos paquetes musculares se va a administrar oxígeno suplementario Administre oxígeno suplementario.

PREMATURIDAD:

Según la organización mundial de salud se le considera un prematuro aquel bebe nacido vivo que no haya cumplido con las 37 semanas de gestación, este a su vez va a dividirse en subgrupos según la edad gestacional.¹⁴

LEVE: Alumbramiento que se produce durante las 34 semanas a las 37 semanas 6 días de edad gestacional. ¹⁴

MODERADA: Alumbramiento que se produce durante las 30 semanas a las 33 semanas 6 días de edad gestacional. ¹⁴

EXTREMA: Alumbramiento que se produce durante las 26 semanas a las 29 semanas 6 días de edad gestacional. ¹⁴
--

MUY EXTREMA: Alumbramiento que se produce durante las 22 semanas a las 25 semanas 6 días de edad gestacional. ¹⁴
--

Etiología:

El parto prematuro según la OMS va a producirse por varios motivos, pero se menciona que en su mayoría va a ocurrir de manera espontánea, pudiendo o no existir factores que desencadenan las contracciones uterinas. Entre las causas más relevantes se menciona en primera instancia la gestación con más de un feto, las infecciones de tracto urinario, enfermedades maternas como la existencia de diabetes o hipertensión o deficiencia genética.¹⁵

A pensar que esto se va a dar a nivel mundial se dice que la incidencia de prematuros está más en África y Asia meridional. También va a influir el nivel socioeconómico de la gestante ya que se dice que los pobladores con ingresos precarios van a tener mayor riesgo.^{14.15}

Existen países donde hay alta tasa de prevalencia de prematuridad dentro de ellos se destaca a los siguientes diez.¹⁶

- Indonesia: 675 700
- Estados Unidos India: 3 519 100
- China: 1 172 300
- Nigeria: 773 600
- Pakistán: 748 100
- Filipinas: 348 900
- República Democrática del Congo: 341 400
- Brasil: 279 300
- de América: 517 400
- Bangladesh: 424 100

2.3 MARCO CONCEPTUAL

- **BRONQUIOLITIS**

Primer episodio de sibilancias y dificultad respiratoria precedidos de un proceso respiratorio alto antes de los dos años de edad. Frecuentemente de origen vírico.¹

- **PREMATURIDAD LEVE**

Alumbramiento que se produce durante las treinta y cuatro semanas a las treinta y siete semanas seis días de edad gestacional.¹⁴

- **PREMATURIDAD MODERADA**

Alumbramiento que se produce durante las treinta semanas a las treinta y tres semanas seis días de edad gestacional.¹⁴

- **PREMATURIDAD EXTREMA**

Alumbramiento que se produce durante las veintiséis semanas a las veintinueve semanas seis días de edad gestacional.¹⁴

- **PREMATURIDAD MUY EXTREMA**

Alumbramiento que se produce durante las veintidós semanas a las veinticinco semanas seis días de edad gestacional.¹⁴

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 General

Hipótesis alternativa (H1): La prematuridad es un factor de riesgo para el desarrollo de bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019.

Hipótesis nula (H0): La prematuridad no es un factor de riesgo para el desarrollo de bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019.

2.4.2 Específico

H1: La prematuridad leve es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019.

Ho: La prematuridad leve no es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019.

H1: La prematuridad moderada es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019

Ho: La prematuridad moderada no es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019

H1: La prematuridad extrema es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019

Ho: La prematuridad extrema no es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019

H1: La prematuridad muy extrema es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019

Ho: La prematuridad muy extrema no es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019.

2.5 VARIABLES

- Variable dependiente: bronquiolitis
- Variable independiente: prematuridad

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **BRONQUIOLITIS**

Primer episodio de sibilancias y dificultad respiratoria precedidos de un proceso respiratorio alto antes de los dos años de edad. Frecuentemente de origen vírico.¹

- **PREMATURIDAD LEVE**

Alumbramiento que se produce durante las treinta y cuatro semanas a las treinta y siete semanas seis días de edad gestacional.¹⁴

- **PREMATURIDAD MODERADA**

Alumbramiento que se produce durante las treinta semanas a las treinta y tres semanas seis días de edad gestacional.¹⁴

- **PREMATURIDAD EXTREMA**

Alumbramiento que se produce durante las veintiséis semanas a las veintinueve semanas seis días de edad gestacional.¹⁴

- **PREMATURIDAD MUY EXTREMA**

Alumbramiento que se produce durante las veintidós semanas a las veinticinco semanas seis días de edad gestacional.¹⁴

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORIA O UNIDAD
BRONQUIOLITIS	Primer episodio de sibilancias y dificultad respiratoria precedidos de un proceso respiratorio alto antes de los dos años de edad. ²	Nominal	Dependiente Cualitativa	Diagnóstico de bronquiolitis
PREMATURIDAD	Alumbramiento que se produce antes de las 37 semanas de edad gestacional. ¹⁴	Ordinal	Independiente Cualitativa	Prematuro leve Prematuro moderado Prematuro extremo Prematuro muy extremo

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 Tipo de Investigación

El presente estudio es analítico, observacional, transversal, retrospectivo de casos y controles.

3.1.2 Nivel de Investigación

Estudio analítico, correlacional

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 Población

Pacientes pediátricos menores de veinticuatro meses atendidos en el hospital de Ventanilla en el periodo enero a diciembre 2019. Población que cuenta con 3780 pacientes de estas características dato que fue brindado por el servicio de estadística de este hospital.

Pacientes Casos:

Pacientes pediátricos menores de veinticuatro meses diagnosticados con bronquiolitis en el HV, enero a diciembre 2019.

Criterios de inclusión:

- Pacientes menores de dos años atendidos en el hospital de ventanilla
- Pacientes con historias clínicas en donde se incluyan las variables del estudio
- Pacientes que sean atendidos durante el periodo de investigación
- ambos sexos.

- Pacientes con clínica correspondiente a bronquiolitis

Criterios de exclusión:

- Pacientes con historias clínicas donde no se incluyan las variables del estudio
- Pacientes mayores de dos años
- Pacientes que no sean atendidos en el hospital de ventanilla
- Pacientes que tengan otro diagnóstico de afección respiratoria

Paciente Control:

Pacientes pediátricos menores de veinticuatro meses no diagnosticados con bronquiolitis, enero a diciembre 2019.

Criterios de inclusión:

- Pacientes menores de dos años atendidos en el hospital de ventanilla
- Pacientes con diagnóstico de infección respiratorias agudas que no sean bronquiolitis.
- Pacientes que sean atendidos durante el periodo de investigación
- ambos sexos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes mayores de veinticuatro meses atendidos en el hospital de ventanilla
- Pacientes que no sean atendidos en el hospital de ventanilla
- Pacientes sin clínica respiratoria.
- Pacientes con diagnóstico de bronquiolitis.

3.2.2 Muestra

Para el tamaño de muestra se utiliza la fórmula de casos y controles, tomando en cuenta la prevalencia de exposición de casos como 42,3% y para los

controles 19,23% datos que son proporcionados por Campos Cobeñas en su estudio bronquiolitis: factores de riesgo en niños menores de 2 años hospital Jorge Reategui Delgado, Piura¹⁷

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_2 - p_1)^2}$$

Donde:

Z1-X/2: nivel de confianza 95% (1,96).

Z1-B: poder de la prueba 90% (1,28).

P: prevalencia promedio (0,30)

P1: prevalencia a la exposición de casos (0,42)

P2: prevalencia a la exposición de controles (0,19)

C: número de controles para cada caso (1)

N: 3780

Muestra: según la fórmula empleada la muestra será de 80 casos y 80 controles.

Muestreo: no probabilístico.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de los datos se da mediante el siguiente procedimiento:

Primero se solicitó un permiso de acceso a la oficina de capacitación y docencia del HV para obtener las historias clínicas. Dicho documento que fue observado y a la vez pasado al área de estadística para el correspondiente permiso. Posterior a esto se fue recolectando datos de las historias clínicas del servicio de pediatría en donde se abarcó a pacientes menores de 24 meses atendidos en emergencia por enfermedades respiratorias agudas

incluyendo a bronquiolitis durante el año 2019. Aquí se incluye la ficha de recolección de datos (anexo 3).

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Análisis documental.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

El análisis de datos es procesado de la siguiente manera. Primero se revisa historias clínicas que recauden los criterios de inclusión, se efectúa una clasificación y valoración de cada variable que se encuentra en dicho proyecto.

Se realiza un análisis descriptivo para cada variable, en donde se comprueba la relación entre bronquiolitis y prematuridad, a pacientes durante los primeros 24 meses de vida. Posterior a esto se utiliza un análisis inferencial y la asociación utilizando la prueba no paramétrica de Chi² ($p < 0.05$)

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Se expone la conveniencia de la evaluación del proyecto por el comité de ética de la universidad privada San Juan Bautista, no existe conflictos de intereses, fichas de recolección de datos, permiso del Hospital de Ventanilla para la realización del trabajo de investigación, etc. (anexo 3)

El investigador se compromete a que todos los datos recolectados durante el proceso serán únicamente utilizados en la base de datos de la investigación, tratados con confidencialidad y manejados por el investigador.

CAPÍTULO IV ANALISIS DE RESULTADOS

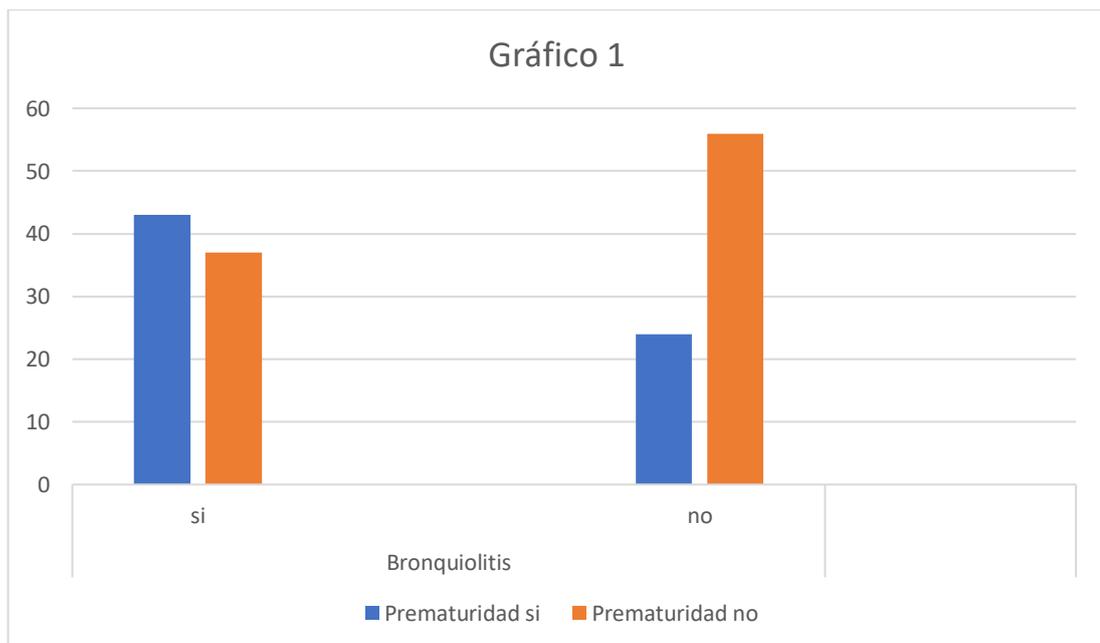
4.1 RESULTADOS

TABLA 1: PREMATURIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019.

		Bronquiolitis				Chi ²	p<0,05	OR	OR IC95%	
		Casos		Control						Total
		%	n	%	n					
Prematuridad	si	53,8%	43	30,0%	24	9,270	0,002	2,712	1,416	
	no	46,3%	37	70,0%	56				58,1% (93)	- 5,192
Total		100% (80)		100% (80)		100% (160)				

Fuente: fichas de recolección de datos efectuados por el investigador.

GRÁFICO 1: PREMATURIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019.



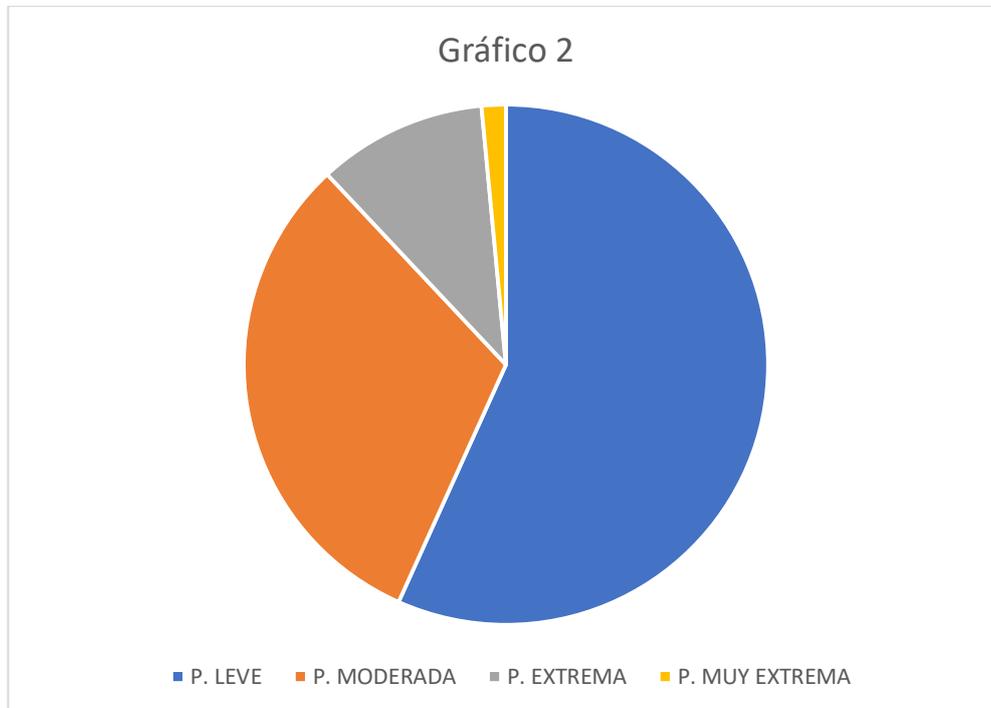
INTERPRETACIÓN: El presente estudio abarca 160 pacientes de los cuales 80 de ellos tuvieron el diagnóstico de bronquiolitis, en donde se observa que el 53,8% (43) de ellos tienen antecedente de prematuridad y el 46,3% (37) son a término. Por otro lado, tenemos a 80 pacientes que no son diagnosticados con bronquiolitis de los cuales 70,0% (56) no son prematuros y 30% (24) tienen el antecedente de prematuridad. El p valor fue 0,002 lo que nos dice que existe una asociación entre la prematuridad y la bronquiolitis, OR (2,712) IC (1,416-5,192).

TABLA 2: CLASIFICACIÓN Y CANTIDAD DE PREMATUROS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019

	PREMATURIDAD	
	n	Porcentaje
P. LEVE	38	56,7%
P. MODERADA	21	31,3%
P. EXTREMA	7	10,4%
P. MUY EXTREMA	1	1,5%
TOTAL	67	100%

Fuente: fichas de recolección de datos efectuados por el investigador.

GRÁFICO 2: CLASIFICACIÓN Y CANTIDAD DE PREMATUROS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019.



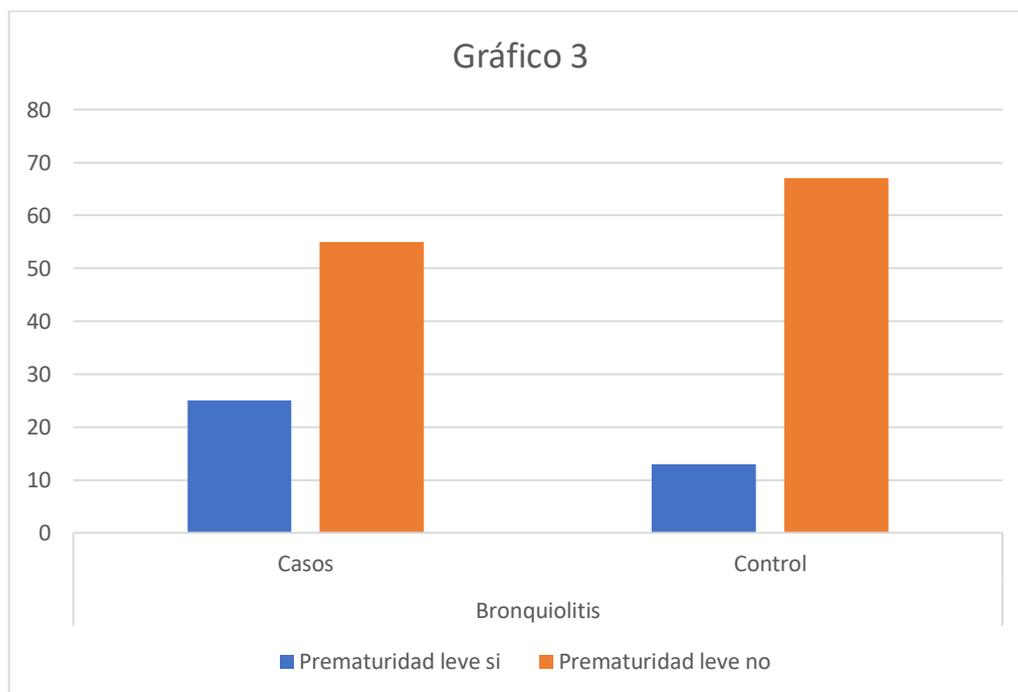
INTERPRETACIÓN: De los 160 pacientes que abarca este estudio el 41,8% (67) son prematuros. De este total se dividen en prematuros leves 56,7% (38), prematuros moderados 31,3% (21), prematuros extremos 10,4% (7) y prematuros muy extremos 1,5% (1).

TABLA 3: PREMATURIDAD LEVE COMO FACTOR DE RIESGO PARA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019.

		Bronquiolitis				Chi ²	p<0,05	OR	OR IC95%	
		Casos		Control						Total
		%	n	%	N					
Prematuridad leve	si	31,3%	25	16,3%	13	4.9698	0,026	2,343	1,096-5,005	
	no	68,8%	55	83,8%	67					
Total		100% (80)		100% (80)		100% (160)				

Fuente: fichas de recolección de datos efectuados por el investigador.

GRÁFICO 3: PREMATURIDAD LEVE COMO FACTOR DE RIESGO PARA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019.



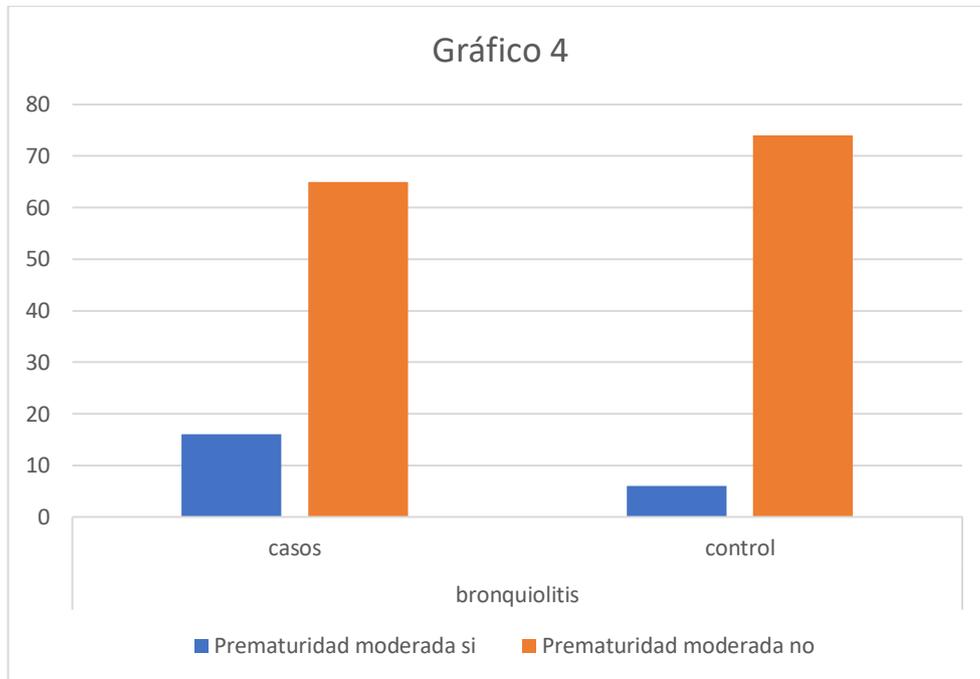
INTERPRETACIÓN: De los 80 casos se observa que el 31,3% (25) tiene antecedente de prematuridad leve y el 68,8% no, en cuanto los 80 controles 23,8% (13) son prematuros leves y 76,3% (122) no tienen el antecedente. El p valor fue 0,026 lo que nos dice que existe una asociación entre la prematuridad leve y la bronquiolitis, OR (2,343) IC (1,096-5,005).

TABLA 4: PREMATURIDAD MODERADA COMO FACTOR DE RIESGO PARA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019.

		Bronquiolitis					Chi ²	P<0,05	OR	OR IC95%
		Casos		Control		Total				
		%	n	%	n					
Prematuridad moderada	si	20%	16	7,5%	6	13,8% (22)	5.2701	0,022	3,083	1,139 - 8,349
	no	80%	64	92,5%	74	86,3% (138)				
Total		100% (80)		100% (80)		100% (160)				

Fuente: ficha de recolección de datos efectuados por el investigador.

GRÁFICO 4: PREMATURIDAD MODERADA COMO FACTOR DE RIESGO PARA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019.



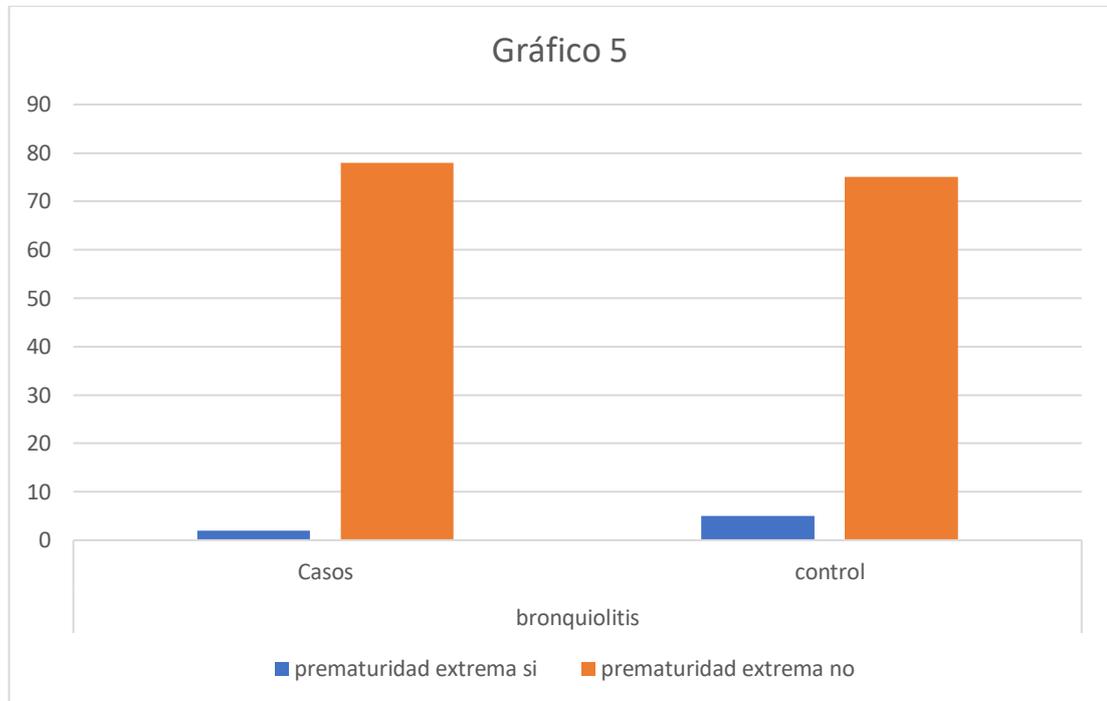
INTERPRETACIÓN: De los 80 casos se puede evidenciar que el 20% (16) tiene antecedente de prematuridad moderada y el 80% (64) no, en cuanto los 80 controles 13,8% (22) son prematuros moderados y 86,3% (74) no cuentan con el antecedente. El p valor nos dio 0,022 lo que nos dice que existe una asociación entre la prematuridad moderada y la bronquiolitis, OR (3,083) IC (1,139 – 8,349).

TABLA 5: PREMATURIDAD EXTREMA COMO FACTOR DE RIESGO PARA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019.

		Bronquiolitis					Chi ²	p<0,05	OR	OR IC95%
		Casos		Control		Total				
		%	n	%	n					
prematuridad extrema	si	2,5%	2	6,3%	5	4,4% (7)	1.3445	0,246	0,385	0,072 - 2,044
	no	97,5%	78	93,8%	75	95,6% (153)				
Total		100% (80)		100 % (80)		100% (160)				

Fuente: fichas de recolección de datos efectuados por el investigador.

GRÁFICO 5: PREMATURIDAD EXTREMA COMO FACTOR DE RIESGO PARA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019.



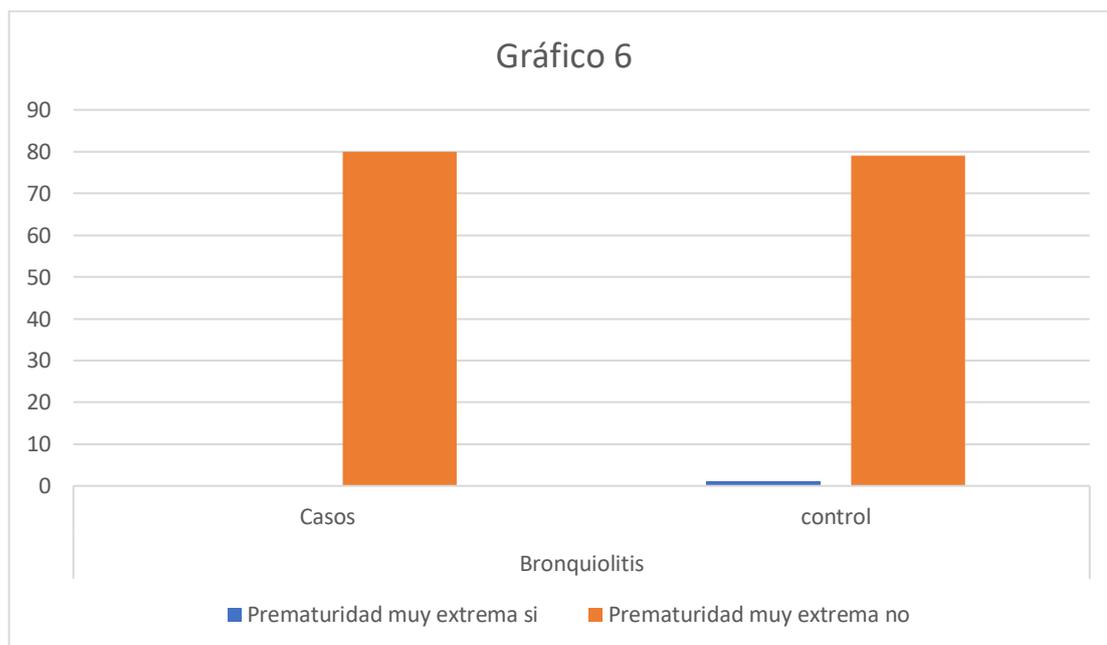
INTERPRETACIÓN: De los 80 casos se puede identificar que el 2,5% (2) tiene antecedente de prematuridad extrema y el 97,5% (78) no, en cuanto los pacientes control 6,3% (5) son prematuros extremos y 93,8% (78) no cuentan con el antecedente. El p valor nos dio 0,246 lo que nos dice que no existe asociación entre la prematuridad extrema y la bronquiolitis, OR (0,385) IC (0,072 - 2,044).

TABLA 6: PREMATURIDAD MUY EXTREMA COMO FACTOR DE RIESGO PARA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019.

		Bronquiolitis					Chi ²	p<0,05	OR	OR IC95%
		Casos		Control		Total				
		%	n	%	n					
Prematuridad muy extrema	si	0%	0	1,3%	1	0,6% (1)	0.001	0,316	2,013	1,721 -2,353
	no	100%	80	98,8%	79	99,4% (159)				
Total		100% (80)		100% (80)		100% (160)				

Fuente: fichas de recolección de datos efectuados por el investigador.

GRÁFICO 6: PREMATURIDAD MUY EXTREMA COMO FACTOR DE RIESGO PARA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019.



INTERPRETACIÓN: De los casos se puede observar que 0% (0) tiene antecedente de prematuridad muy extrema y el 100% (80) no, en cuanto los pacientes control 1,3% (1) son prematuros muy extremos y 98,8% (79) no cuentan con el antecedente. El p valor fue de 0,316 lo que nos dice que no existe asociación entre la prematuridad muy extrema y la bronquiolitis en pacientes atendidos en el hospital de ventanilla, OR (2,013) IC (1,721 -2,353).

4.2 DISCUSIÓN

La bronquiolitis es una enfermedad de alta incidencia, teniendo a miles de pacientes hospitalizados al año, muchos de ellos con cuadros graves, por lo que tenemos que tener en cuenta los factores de riesgo, la prevención, el seguimiento y el manejo de esta enfermedad. Tomando en cuenta que los pacientes que se encuentran más vulnerables son los prematuros.¹⁷

En nuestro estudio hemos hallado que existe asociación entre la bronquiolitis y la prematuridad OR (2,712) IC (1,416-5,192) en el mismo sentido que Raúl Esquivel S. en el 2016 en su estudio “factores asociados con severidad de bronquiolitis” menciona a la prematuridad (OR 3.0 IC95%1.4-6.4) a lo mismo que Shushanik Boyadjian en el 2017 en su estudio realizado en Uruguay en los 4 años en un hospital nacional menciona a la prematuridad en un 7,3% como factor de riesgo, en el Perú Maza Rivera vio que la prematuridad tenía asociación directa con la bronquiolitis $p < 0.05$ y (or) de 3.4; con ic 95%=(1.14-10.47), Rodríguez Castro manifiesta or: 2.11; $p < 0.05$ en su estudio y así en diversos estudios mencionan a la prematuridad como factor de riesgo para el posterior desarrollo de la bronquiolitis, mas no se profundiza en los diversos grados de severidad de esta, ya que se conoce que mientras menor sea la edad gestacional a la hora del nacimiento menor maduración pulmonar lo que conlleva a que este expuesto a diversas enfermedades respiratorias dentro de ellas la bronquiolitis. Por lo que es importante realizar este estudio en diversos hospitales de mayor complejidad y así actuar en la prevención de estos casos.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La prematuridad si es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019 puesto a que más de la mitad 53,8% (43) de pacientes con antecedente de prematuridad desarrollo bronquiolitis.

La prematuridad leve si es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019 puesto a que esta población la mayoría son prematuros leves 31,3% (38) de los cuales 20% (25) desarrollaron bronquiolitis.

La prematuridad moderada es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de ventanilla, enero a diciembre 2019 debido a que de los 56,7% (21) pacientes con prematuridad moderada encontrados para el estudio 31,3% (16) desarrollaron bronquiolitis.

La prematuridad extrema no es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019 ya que se identifica solo 4,4% (7) pacientes con prematuridad extrema de los cuales solo 2,5% (2) tienen bronquiolitis.

La prematuridad muy extrema no es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019 puesto que no se encontró pacientes con antecedente de prematuridad muy extrema.

5.2 RECOMENDACIONES

El personal de salud debería notificar a los centros de salud de la periferia sobre los pacientes con antecedente de prematuridad para así estos puedan tener un seguimiento continuo así mismo concientizar a los familiares respecto a los cuidados del menor, así evitar la bronquiolitis y sus complicaciones.

En ventanilla la mayor cantidad de prematuros son leve por lo debemos enfatizar en la prevención de la bronquiolitis en esta población mediante acciones preventivo promocionales. Se puede incorporar en el calendario la vacunación con el VRS.

Debido a que en ventanilla existe población con antecedente de prematuridad moderada debemos mantener constante capacitación del personal de salud para así poder manejar a estos pacientes y a sus diversas complicaciones al adquirir esta enfermedad.

Se recomienda realizar un estudio mas amplio en hospitales de mayor resolución con el fin de encontrar más casos y así poder observar bien la asociación que tiene la prematuridad extrema y la bronquiolitis

Se recomienda realizar un estudio a esta población en hospitales de mayor complejidad con el fin de encontrar más casos de prematuridad muy extrema puesto que se conoce que mientras menos edad gestacional a la hora del nacimiento mayor exposición a enfermedades respiratorias como la bronquiolitis, por ende, a menor probabilidad de vida para el neonato.

BIBLIOGRAFÍA

1. CBride JT. Bronchiolitis, In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, Updated Edition*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 68-98.
2. Meissner HC. Viral Bronchiolitis in Children. *N Engl J Med* 2016;374:6272-2.
3. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, Alverson BK, Baley JE, Gadomski AM et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. *Pediatr* 2014;134:1474.
4. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics Bronchiolitis Guidelines Committee. Update guidance for palivizumab prophylaxis among infants and young children at increased risk of hospitalization for respiratory syncytial virus infection. *Pediatr* 2014;134:e620-e638. Disponible en <https://pediatrics.aappublications.org/content/138/2/e20161494>
5. Piñero Fernández JA, Alfayate Migueléz S, Menasalvas Ruiz A, Salvador García C, Moreno Docón A, Sánchez-Solís de Querol M. Características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de lactantes hospitalizados por bronquiolitis. *Revista An Pediatr (Barc)*. 2012; 77(6):391-96 disponible en <https://www.analesdepediatria.org/es-caracteristicas-epidemiologicas-clinicas-terapeuticas-lactantes-articulo-S1695403312002603>
6. Carmona Henández JC. Infección Respiratoria Aguda en relación con la contaminación atmosférica y otros factores ambientales. *Arch. Med [Internet]*. 2009 [Consultado 30/10/2010]; 9 (1):69-9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?!Cve=273820380009>.
7. Shushanik Boyadjian. Bronquiolitis en neonatos. Experiencia de cuatro años en un hospital pediátrico de referencia nacional *Arch Pe diatr Urug* 2015; 86(4):265-272 disponible en

https://www.researchgate.net/publication/317447652_Bronquiolitis_en_neonatos_Experiencia_de_cuatro_años_en_un_hospital_pediátrico_de_referencia_nacional/link/5c7d301392851c6950536713/download

8. Raúl R. Esquivel S. Factores de riesgo para el desarrollo de bronquiolitis severa en niños menores de 2 años admitidos al Hospital del Niño, Panamá de diciembre de 2013 a abril de 2014. *Pediátr Panamá* 2016; 45 (3): 26-32, disponible en <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/08/847855/bronquiolitis-severa-2016453-26-32.pdf>
9. Carlos Coronel-Carvajal. Factores asociados al desarrollo de la bronquiolitis. *Rev. Arch Med Camagüey* Vol23(5)2019: 639-647 disponible en <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/download/6496/3405>
10. Iciar olabarrieta arnal. Morbilidad respiratoria de origen vírico en prematuros moderados y tardíos en los primeros 18 meses de vida. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Pediatría, 2017: 1-244. Para obtener el título medico de cirujano Disponible en <https://repositorio.uam.es/handle/10486/678955>
11. [Debley JS](#) Childhood asthma hospitalization risk after cesarean delivery in former term and premature infants [Ann Allergy Asthma Immunol](#). University of Washington, Seattle, Washington, USA 2015 Feb(2):228-33
12. Carla Gonzales. Características clínicas y epidemiológicas de niños menores de 2 años con bronquiolitis en el hospital nacional dos de mayo, enero-diciembre del 2016. *Revista médica Carriónica* 2017; 4 (2): 8-29. Disponible en <http://cuerpomedico.hdosdemayo.gob.pe/index.php/revistamedicacarrionica/article/view/176>
13. Cesar G. V. Factores de riesgo en iras bajas [Internet]. 2015 [citado el 20 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://docplayer.es/4205751-Las-infecciones-respiratorias-agudas-ira-son-la-causa-de-4-3-millones-demuertes-en-factores-de-riesgo-en-las-ira-bajas-i.html>

14. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds. Howson CP, Kinney MV, Lawn JE. World Health Organization. Geneva, 2012. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3828581/
15. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet. 2016;388(10063):3027-35. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27839855
16. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, Lawn JE. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. The Lancet, June 2012. 9;379(9832):2162-72. Estimaciones de 2010. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3828585/
17. Carlos Jonathan Campos Cobeña, bronquiolitis: factores de riesgo en niños menores de 2 años hospital Jorge Reategui delgado – Piura 2018 para optar por el título de médico cirujano 2019 disponible en <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/4670>
18. Rodríguez castro Sully, factores de riesgo asociados a bronquiolitis en el servicio de pediatría del hospital regional docente de Trujillo, periodo octubre 2013 a octubre 2015, para optar por el título de médico cirujano 2017. Disponible en <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2070>
19. Meza Rivera, Julio César, factores de riesgo asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años, en el hospital nacional Sergio E. Bernal en el periodo enero – diciembre del 2016 para optar título de médico cirujano en el año 2017 disponible en <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/647>

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: BRONQUIOLITIS			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
DIAGNOSTICO DE BRONQUIOLITIS	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios clínicos 	NOMINAL	Ficha de recolección de datos

VARIABLE INDEPENDIENTE: PREMATURIDAD			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
SEVERIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Prematuro leve • Prematuro moderado • Prematuro extremo • Prematuro muy extremo 	ORDINAL	Ficha de recolección de datos

ANEXO 2: INSTRUMENTO



Título: PREMATURIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, ENERO A DICIEMBRE 2019.

Autor: Azo Burgos, Mayra

Fecha: enero 2020

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS (INSTRUMENTO)

Ficha de Recolección de Datos N° -- FICHA: -----

N° H.C: -----

Características del Recién Nacido:

Sexo: _____ Masculino _____ Femenino

Peso al nacer: _____ gr.

- Menor a 2,500
- Mayor a 2,500

Edad. Gestación. _____ Semanas.

- **prematuridad** (menor a 37 semanas)
- **a término** (mayor a 37 semanas)

Diagnóstico de bronquiolitis: si() no()

ANEXO 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO-CONSULTA DE EXPERTOS

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr Luis Fuentes Tafur
 1.2 Cargo e institución donde labora:
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadista
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
 1.5 Autor (a) del instrumento: AZO BURGOS, MAYRA

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre prematuridad, bronquiolitis					85
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer prematuridad como factor de riesgo para bronquiolitis					85
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica, observacional, transversal y retrospectiva.					85

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... Aplicable

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lima, ~~...~~ de enero del 2020

Firma del Experto

D.N.I N°

Teléfono

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Alejandro Machado Núñez
 1.2 Cargo e institución donde labora: Medico Pediatra
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadista
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
 1.5 Autor (a) del instrumento: AZO BURGOS, MAYRA

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre prematuridad, bronquiolitis					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer prematuridad como factor de riesgo para bronquiolitis					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica, observacional, transversal y retrospectiva.					85%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplica

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85

HOSPITAL DE VENTANILLA
 Lima, 16 de enero del 2020

Alejandro Machado Núñez
 Firmado por: Alejandro Machado Núñez
 Firmado por: Alejandro Machado Núñez
 CMP: 30480

Firma del Experto
 D.N.I N° 09149374
 Teléfono 995223954

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Lic. Elsy Bazán Rodríguez
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Docente UPSTB*
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadista
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
 1.5 Autor (a) del instrumento: AZO BURGOS, MAYRA

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					87%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					87%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre prematuridad, bronquiolitis					87%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					87%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					87%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer prematuridad como factor de riesgo para bronquiolitis					87%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					87%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					87%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica, observacional, transversal y retrospectiva.					87%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Aplica*

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

87%

Lima, *17* de enero del 2020

Elsy Bazán R.

 ELSY BAZÁN RODRÍGUEZ

Firma del Experto ESPEN N° 444

D.N.I N° *1920 9583*
 Teléfono *977 414 879*

ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General:</p> <p>PG: ¿La prematuridad es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019?</p> <p>Específicos:</p> <p>PE 1: ¿La prematuridad leve es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019?</p>	<p>General:</p> <ul style="list-style-type: none"> • OG: Determinar si la prematuridad es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019. <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • OE1: Determinar si la Prematuridad leve es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a 	<p>General:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipótesis alternativa (H1): La prematuridad es un factor de riesgo para el desarrollo de bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019 • Hipótesis nula (H0): La prematuridad no es un factor de riesgo para el desarrollo de bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019. <p>Específico:</p>	<p>Variable Independiente: PREMATURIDAD</p> <p>Indicadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prematuridad leve 2. Prematuridad moderada 3. Prematuridad extrema 4. Prematuridad muy extrema <p>Variable Dependiente: BRONQUIOLITIS</p> <p>Indicadores:</p>

<p>PE 2: ¿La prematuridad moderada es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019?</p> <p>PE 3: ¿La prematuridad extrema es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019?</p> <p>PE4: ¿La prematuridad muy extrema es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019?</p>	<p>diciembre 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> • OE2: Determinar si la Prematuridad moderada es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019 • OE3 Identificar si la Prematuridad extrema es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019. • OE4: Identificar si la Prematuridad muy extrema es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de 	<p>H1: La prematuridad leve es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019.</p> <p>Ho: La prematuridad leve no es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019.</p> <p>H1: La prematuridad moderada es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019.</p> <p>Ho: La prematuridad moderada no es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos</p>	<p>Diagnóstico de bronquiolitis</p>
--	--	---	-------------------------------------

	Ventanilla, enero a diciembre 2019.	en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019. H1: La prematuridad extrema es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019. Ho: La prematuridad extrema no es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019. H1: La prematuridad muy extrema es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019.	
--	-------------------------------------	--	--

		Ho: La prematuridad muy extrema no es un factor de riesgo para bronquiolitis en niños atendidos en el hospital de Ventanilla, enero a diciembre 2019.	
Diseño metodológico		Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel:</p> <p>Estudio correlacional.</p> <p>- Tipo de Investigación:</p> <p>analítico, observacional, transversal retrospectivo de casos y controles.</p>		<p>Población: Pacientes pediátricos menores de 24 meses atendidos en el hospital de Ventanilla en el periodo enero a diciembre 2019.</p> <p>Pacientes Casos:</p> <p>Pacientes pediátricos menores de 24 meses diagnosticados con bronquiolitis en el HV, enero a diciembre 2019.</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes menores de 2 años atendidos en el hospital de ventanilla 	<p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelo de Ejecución: datos secundarios ya que se recolecta datos mediante historias clínicas • Instrumento de Aplicación: observación y recolección de base de datos. <p>Instrumentos:</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes con historias clínicas en donde se incluyan las variables del estudio• Pacientes que sean atendidos durante el periodo de investigación• ambos sexos.• Pacientes con clínica correspondiente a bronquiolitis <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pacientes con historias clínicas donde no se incluyan las variables del estudio• Pacientes mayores de dos años• Pacientes que no sean atendidos en el hospital de ventanilla• Pacientes que tengan otro diagnóstico de afección respiratoria <p>Paciente Control:</p> <p>Pacientes pediátricos menores de 24 meses no diagnosticados con</p>	Ficha de recolección de datos.
--	--	--------------------------------

	<p>bronquiolitis, enero a diciembre 2019.</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pacientes menores de dos años atendidos en el hospital de ventanilla• Pacientes con diagnóstico de infección respiratorias agudas que no sean bronquiolitis.• Pacientes que sean atendidos durante el periodo de investigación• Ambos sexos. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pacientes mayores de 24 meses atendidos en el hospital de ventanilla• Pacientes que no sean atendidos en el hospital de ventanilla• Pacientes sin clínica respiratoria.• Pacientes con diagnóstico de bronquiolitis <p>N: 3780</p> <p>Muestra: según la fórmula empleada</p>	
--	---	--

	se abarco 160 pacientes, 80 casos y 80 controles. Muestreo: no probabilístico	
--	---	--