

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A BRONQUIOLITIS EN NIÑOS
MENORES DE 2 AÑOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO-**

2019

TESIS

PRESENTADO POR BACHILLER

FERNÁNDEZ BULEJE THALIA CHASKA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2020

ASESOR
Dr. BRYSON MALCA WALTER

AGRADECIMIENTO

- Al Dr., José Luis Vergara Carpio, director del Hospital San Juan de Dios de Pisco por permitirme realizar el presente investigación en las instalaciones del mencionado nosocomio.
- Al equipo de admisión del Hospital San Juan de Dios de Pisco por brindarme el acceso a las historias clínicas.
- A mi asesor Dr. Walter Bryson Malca, por el apoyo brindado en todo momento al realizar esta investigación.

DEDICATORIA

A mis amados padres Leoncio Fernández y Nancy Buleje, por apoyarme en cada etapa de mi vida, durante toda mi etapa universitaria en esta hermosa carrera, por nunca dejarme sola, su tiempo y sacrificio económico. A mi hermana Yoselyn y mi cuñado por sus palabras adecuadas con enseñanzas que me regalaron. Muy en especial en mi abuelita Eufemia Pimental quien fue mi motor para seguir adelante y nunca rendirme.

RESUMEN

En nuestro país la bronquiolitis es una de las infecciones respiratorias con mayor incidencia en niños y la cual ha tenido una tendencia creciente en los últimos cinco años. Por esto el MINSA en 2019 presento la “Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de dos años” , dentro de este contexto el presente trabajo de investigación tiene como **Objetivo:** conocer los factores de riesgo asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019. **Material y método:** con una población que consta de 64 pacientes con historial clínico que presentó bronquiolitis y 64 casos de control; con método analítico de casos y controles, corte transversal, retrospectivo y observacional, teniendo como instrumento una ficha de recolección de datos, donde se contemplan todos los factores mencionados por el MINSA. **Resultados:** los factores de riesgo medio ambientales; el tipo de vivienda (OR= 1,23) y los servicios básicos (OR=1,58). Entre los factores de riesgo de estilo de vida; la ausencia de lactancia (OR=1) es un factor nulo. Entre los factores de riesgo de riesgos individuales; la edad (OR= 1,13), el bajo peso al nacer (OR= 1,13), la desnutrición (OR= 1,28) y las comorbilidades (OR= 1,87) son factores de riesgo para desarrollar bronquiolitis en niños de 2 años. **Conclusiones:** De los factores de riesgo especificados en la “Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquialitos en niños menores de 2 años”, los de mayor asociación en los pacientes del Hospital San Juan de Dios de Pisco durante el 2019 fueron el tipo de vivienda, servicios básicos, ausencia de lactancia materna exclusiva, edad, bajo peso al nacer, desnutrición y las comorbilidades. No encontrándose tanta repercusión el tabaquismo pasivo, la asistencia a guarderías, la condición económica y prematuridad; esto se manifiesta por el concepto social propio de la ciudad en estudio; considerando que la guía del MINSA es generalizada para todos los contextos y características de todo el país.

Palabras Clave: Bronquiolitis, factores de riesgo, niños, Pisco, asociados, casos y controles, Ministerio de Salud.

ABSTRACT

In our country, bronchiolitis is one of the respiratory infections with the highest incidence in children and which has had a growing trend in the last five years. For this reason, the MINSA in 2019 presented the “Clinical Practice Guide for the diagnosis and treatment of bronchiolitis in children under two years of age”, within this context the present research work aims to **objective:** know the risk factors associated with bronchiolitis in children under 2 years of age from the San Juan de Dios Hospital - Pisco, 2019. **Materials and method:** with a population consisting of 64 patients with a clinical history who presented bronchiolitis and 64 control cases; with an analytical method of cases and controls, cross-sectional, retrospective and observational, having as an instrument a data collection sheet, where all the factors mentioned by the MINSA are considered. **Results:** environmental risk factors; the type of dwelling (OR = 1.23) and basic services (OR = 1.58). Among the lifestyle risk factors; the absence of lactation (OR = 1) is a null factor. Among the risk factors of individual risks; Age (OR = 1.13), low birth weight (OR = 1.13), malnutrition (OR = 1.28) and comorbidities (OR = 1.87) are risk factors for developing bronchiolitis in 2 year old children. **Conclusions:** Of the risk factors specified in the “Clinical Practice Guide for the diagnosis and treatment of bronchiolitis in children under 2 years of age”, those with the greatest association in patients at the San Juan de Dios Hospital in Pisco during 2019 were the type housing, basic services, absence of exclusive breastfeeding, age, low birth weight, malnutrition and comorbidities. Passive smoking, day care attendance, economic condition and prematurity are not found so much impact; this is manifested by the social concept of the city under study; considering that the MINSA guide is generalized for all contexts and characteristics throughout the country.

Keywords: Bronchiolitis, risk factors, children, Pisco, associates, cases and controls, Ministry of Health.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere a los factores de riesgo que están asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del Hospital San Juan de Dios en la ciudad de Pisco durante el año 2019. Que se considera como una de las patologías de infección respiratoria que presenta un gran número de casos en el país.

Siendo por este motivo la creación de la “Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de dos años” publicado por el Ministerio de Salud del Perú en el año 2019.

Para estudiar la problemática se realizó en concordancia con la distribución de factores dentro de la guía del MINSA. Factores de riesgo del medio ambiente, estilos de vida e individuales.

La investigación se realizó por el interés de conocer cuáles eran los factores contemplados por el MINSA que repercutían más en los pacientes atendidos en la ciudad de Pisco, teniendo en cuenta que tiene sus propias características demográficas, sociales y económicas. El interés académico se da desde el punto de vista de brindar datos actualizados en esta población que servirán para la mejora continua de programas de prevención y atención en relación a la bronquiolitis dentro de una población vulnerable como son los niños menores de 2 años.

Se realizó un estudio de casos y controles, recogiendo la información a través de una ficha de recolección de datos considerando todo los factores de riesgo contemplados por el MINSA en la guía pertinente, con las historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco durante el año 2019. Donde a través de los estudios estadísticos pertinentes como el OR, se llegaron al objetivo de conocer los factores de riesgo asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019.

INDICE

ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	VII
INDICE.....	VIII
LISTA DE TABLAS.....	X
LISTA DE GRÁFICOS.....	X
LISTA DE ANEXOS.....	XI
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1. PROBLEMA GENERAL.....	2
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	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. OBJETIVO GENERAL.....	4
1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
1.7. PROPÓSITO.....	4
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	6
2.2. BASE TEÓRICA.....	12
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	22
2.4. HIPÓTESIS.....	24
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	24
2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICOS.....	24
2.5. VARIABLES.....	24
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS.....	25

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	26
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	26
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	26
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	26
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	26
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
3.5. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS	27
3.6. ASPÉCTOS ÉTICOS	28
CAPÍTULO IV: ANALISIS DE RESULTADOS	29
4.1. RESULTADOS	29
4.2. DISCUSIÓN	40
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
5.1. CONCLUSIONES	42
5.2. RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	52
ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA	53
ANEXO 02: MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	55
ANEXO 03: MATRIZ DE OPERACIONALIZACION METODOLÓGICA	56
ANEXO 04: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS (INSTRUMENTO)	57
ANEXO 05: AUTORIZACIÓN	58
ANEXO 06: FOTOGRAFIAS	59

LISTA DE TABLAS

TABLA N°1: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO, 2019	29
TABLA N°2: FACTORES DE RIESGO DEL MEDIO AMBIENTE ASOCIADOS A BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO, 2019	30
TABLA N°3: FACTORES DE RIESGO EN EL ESTILO DE VIDA ASOCIADOS A BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO, 2019	33
TABLA N°4: FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES ASOCIADOS A BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO, 2019	36

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1: FACTORES DE RIESGO DEL MEDIO AMBIENTE ASOCIADOS A BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO, 2019.....	31
GRÁFICO N°2: FACTORES DE RIESGO EN EL ESTILO DE VIDA ASOCIADOS A BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO, 2019	34
GRÁFICO N°3: FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES ASOCIADOS A BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO, 2019	37

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	53
ANEXO 02: MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	55
ANEXO 03: MATRIZ DE OPERACIONALIZACION METODOLÓGICA.....	56
ANEXO 04: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS (INSTRUMENTO).....	57
ANEXO 05: AUTORIZACIÓN.....	58
ANEXO 06: FOTOGRAFIAS.....	59

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al mencionar patologías de muy alta frecuencia durante la etapa infantil, tenemos la bronquiolitis, esta es hoy en día uno de los más importantes motivos para la hospitalización de niños que aún no cumplen los dos años de edad; catalogado como una de las infecciones a nivel de los órganos respiratorios.

Hoy en día se encuentran muchos conceptos que describen la bronquiolitis como un momento difícil de compromiso respiratorio con sibilancias o crepitaciones, antecedido por manifestaciones de catarro en fosas nasales, usualmente perjudica a pequeños antes de los 24 meses, y frecuentemente su acción se mantiene latente.

El ente regulador de la salud en el Perú (MINSA), muestra información al respecto de la bronquiolitis en la que se denota un aumento muy significativo de casos resaltando la prevalente afección a niños con menos de 24 meses. Son más de 13000 afecciones registradas desde hace seis años, habiendo pacientes con un tipo de afección aguda y llegan a ser internados en los hospitales representado hasta un 5%; y en el peor de los casos llega internarse en la unidad e UCI en pediatría.¹ Por tales estadísticas preocupantes en junio del 2019 el Ministerio de Salud el Perú, aprobó la “Guía Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Bronquiolitis en niños menores de 2 años de edad”, que tiene la finalidad de instaurar y tipificar los pasos a seguir para la diagnosis y protocolos de trato para la bronquiolitis. Dentro de dicha guía también se consideró los factores de riesgo para la bronquiolitis, dentro de los cuales resaltan los del medio ambiente y estilos de vida entre otros. Factores que se ajustan en teoría a la realidad de la ciudad de Pisco que a pesar de haber pasado más de 10 años desde el terremoto de gran escala, la mayoría de la población no cuenta con las condiciones de vida adecuadas y sumados a las características medio

ambientales propias por su geografía, creando la posibilidad de desencadenar de manera seguida las recurrentes patologías como bronquiolitis, con mayor afección en los pequeños menores a los 24 meses.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

Pe1: ¿Cuáles son los factores de riesgo del medio ambiente asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019?

Pe2: ¿Cuáles son los factores de riesgo en el estilo de vida asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019?

Pe3: ¿Cuáles son los factores de riesgo individuales asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019?

1.3. JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.

La bronquiolitis se considera una afección bastante común en los niños y bebés con menos de 24 meses, tiene un origen por medio de un virus, generalmente el VSR (Virus Sincicial Respiratorio), en menor incidencia adenovirus, influenza o parainfluenza; y su diagnóstico se ciñe a un tipo de una evaluación clínica fundamentado en la anamnesis y exploración física; la cual , tiene un carácter completamente benigno; pero cabe la posibilidad de que evolucione de manera desfavorable afectando en mayor grado a los niños, esto se puede dar por la asociación de factores considerados agravantes o riesgo que están presentes en los pacientes.

JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Los datos obtenidos servirán para que el personal de salud conozca la realidad sobre los factores de riesgo asociados a la bronquiolitis en niños menores de 2 años en la zona de estudio; para así implementar y dar mayor énfasis a estos factores al momento de aplicar los programas de salud pública que se pudieran implementar para mejorar las condiciones preventivas para esta enfermedad.

JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Para lograr los objetivos se empleará la técnica de investigación del cuestionario, específicamente estructurado para así evaluar los factores de riesgo asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años y este podrá ser usado a futuro para investigaciones en zonas de realidades sociodemográficas parecidas.

JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA SOCIAL

Por realizarse en una provincia como Pisco, ciudad con una realidad distinta a la capital Lima, contribuye como labor social a la solución del problema por presentar una información sólida, actualizada y descentralizada sobre el tema, que ayudará para generar o mejorar programas de prevención para las zonas más vulnerables de la ciudad. Sumado a esto la creación de un nuevo antecedente y base bibliográfica con datos precisos de la ciudad de estudio en cuestión, que servirán para en un futuro de mediano plazo presupuestar los programas sociales en beneficio para las personas de bajos recursos que son los más vulnerables.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

DELIMITACIÓN ESPACIAL: Hospital San Juan de Dios con dirección Mz B Lt 5 Ex Fundo Alto la Luna, por delante al ingreso del Molino en la ciudad de Pisco, que está ubicado en la parte central y sur de Perú, en el departamento de Ica. A una distancia de 231 Km de la capital, limitante con el océano pacífico.

DELIMITACIÓN TEMPORAL: El desarrollo del trabajo de investigación se llevará a cabo entre los meses de febrero hasta abril del 2020.

DELIMITACIÓN SOCIAL: Pacientes atendidos en el área de Pediatría en el Hospital San Juan de Dios de Pisco menores de 2 años.

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL: Pacientes con bronquiolitis menores de 2 años.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Económicas.- Para la realización de la presente investigación no se encontraron contratiempos en lo financiero.

Temporales.- los límites de tiempo en los trabajos y la carga académica dificultan con el proyecto

Administrativa.- los trámites burocráticos en las oficinas del centro de salud dificulta el proceso de la recolección de datos

Personales.- no tengo equipo de soporte administrativo.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer los factores de riesgo asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Oe1: Contrastar los factores de riesgo del medio ambiente asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019

Oe2: Contrastar los factores de riesgo en el estilo de vida asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019

Oe3: Contrastar los factores de riesgo individuales asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019

1.7. PROPÓSITO

El presente proyecto de investigación tiene como propósito brindar una herramienta científica para la mejora en todos los aspectos en cuenta

a la patología, de manera específica a una población vulnerable como lo son los niños menores de 2 años. Generar un antecedente para futuras investigaciones que en conjunto busquen y logren el reconocimiento, importancia y búsqueda de recomendaciones para que los factores de la enfermedad no lleguen a ser tan determinantes; y por el contrario con el tiempo resulten de fácil control para la población. A la vez el conocimiento de estos factores predominantes genere estudios más específicos en este, para ahondar en la problemática del porque sucede esto y encontrar opciones de mejora continua para con estas.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS INTERNACIONALES

CAMEJO S. (2020) CUBA: “Factores de riesgo asociados a bronquiolitis en niños menores de dos años. Bayamo. 2017-2019”, Objetivo: encontrar factores de peligro que enferman de bronquiolitis a infantes con menos de 24 meses que entraron con esta patología, que vienen de la zona de alrededores del mencionado policínico. Método: utilizaron la estructura de observación para el estudio analítico, con referencias para pacientes y casos con los que se puedan determinar los constituyentes que predisponen a tener bronquiolitis para infantes de menos de 24 meses. El universo estuvo constituido por 223 pacientes. Los datos necesarios para la muestra se obtuvieron por medio de EPIDAT 3.1 por medio de muestra aleatoria. Posteriormente utilizando los aspectos de inclusión, por tal la muestra se determinó en 192 individuos: se escogieron 48 casos con 144 pacientes, que equivale a una proporción 1/3. Resultados: la edad menor de dos años (O.R. = 2.048, I.C.=1.036- 04.12; p. = 0.03); desnutridos (O.R. = 02.311; I.C.= 01.122 -03.602 p. = 0), peso no adecuado neonato (O.R. = 02.287, I.C. = 01.196- 04.456; p. = 0.01), nacimiento precoz (O.R. = 04.298; I.C. = 02.146 – 08.555; p. = 0) y la atopia (O.R. = 012.242, I.C. = 05.634- 26.574; p. =0), resultaron aspectos que tuvieron relación a la predisposición de tener bronquiolitis. Conclusiones: con los valores del modelo de la regresión logística binaria para los factores de riesgo de bronquiolitis se podrá estimar el riesgo de enfermar. ²

FREITAS DO F. (2019), PORTUGAL: “Estudio epidemiológico de factores de la Bronquiolitis en el Hospital Universitario de Lisboa” Objetivo: Analizar las cifras de inicio, manifestaciones clínicas y factores de terapia utilizada para los niños internados por bronquiolitis en el H. U. de Lisboa. Metodología y material: Investigación

observacional, de retrospectiva y descripción de infantes con menos de 3 años con bronquiolitis. Resultado: El factor de huésped que está asociado a bronquiolitis en pequeños con menos de medio año con el 60%, O.R. (1,228), Chi2 (0.001) y la historia familiar de atopia o asma con el 64.3%, OR (1.034); Chi2 (0.010) en pacientes con menos de 24 meses en Pediatría del nosocomio. Periodo Enero- Julio 2019. Los factores sociales que están asociados a bronquiolitis con presencia de hermanos en edad escolar con el 68,6 %, OR (1,400), Chi2 (0.020); hacinamiento con el 70%, OR (1,273), Chi2 (0.021); procedencia de zona urbana con el 68,6 %, OR (1,000), Chi2 (0.040) y la no LME con el 64,3 %, OR (1,000), Chi2 (0.030) en pacientes menores de 2 años. Conclusiones. La recurrencia elevada se da en los siguientes meses del nacimiento. Mientras menos tiempo de vida tenga, mayor será la gravedad. Uso desmedido de tratamientos farmacológicos.³

CRUZ M. (2019), SANTIAGO - CHILE: “Factores de riesgo asociados con bronquiolitis aguda hospitalizados en Pediatría del Hospital Ortega López, año 2018 – 2019”. Objetivo: Determinar las determinantes que repercuten los factores de la enfermedad. Método y muestra: Descriptivo, transversal con 148 individuos. Resultado: Los agentes asociados al compromiso grave en individuos con bronquiolitis se manifestaron el género (O.R. 01.00; I.C. 95 % 0.58 / 01.70; p=0), tener menos de medio año (O.R. 06.94; I.C. 95 % 0.32 – 2.77/ p=0.019), prematuro (O.R. 03.19; I.C. 95 % 01.94 – 10.79/ p=0), falta de lactancia exclusiva (O.R. 5.25/ I.C. 95 % 2.04 – 13.51/ p=0.001), falta de vacunas (O.R. 07.93/ I.C. 95 % 3.24 – 19.44; p=0), cuadros apnea (O.R. 06.28; I.C. 95 % 1.71 – 23.00/ p=0), saturación de O2 menos de 92 % (O.R. 06.54; I.C. 95 % 02.17 – 19.10/ p=0), Rx tórax con patrones (O.R. 07.24/ I.C. 95 % 3.15 – 16.67/ p=0), enfermedad concomitante (O.R. 02.80/ I.C. 95% 02.35 – 03.39; p=0). Se determinaron como principales determinantes, los meses de nacimiento, comorbilidades,

nacimiento prematuro que son los de mayor riesgo de internamiento, factor social hoy en día uno de los más determinantes, familia fumadora, hermanos escolares, asistencia a cuna, socio economía baja y déficit en la lactancia los primeros meses de nacimiento.⁴

NUÑEZ F. (2019), ASUNCIÓN - PARAGUAY: “Factores de riesgo de Bronquiolitis en pacientes menores de 2 años”. Objetivo: Manifiestar los aspectos que predisponen a riesgo de bronquiolitis en niños de menos de 24 meses que asistieron al I.M. Tropical. Metodología y Muestra. Observacional, retrospectivo de internos por bronquiolitis en 5 estadios, describiendo los factores más referenciales y por análisis y retrospectión a las determinantes influyentes a más tiempo de estadía. Resultado: bronquiolitis aguda por género (O.R. 01/ I.C. 95 % 0.58 – 01.70/ p=0), edad menos de medio año (O.R. 06.94/ I.C. 95 % 0.32 – 2.77; p=0.019), prematuro (O.R. 3.19/ I.C. 95 % 1.94 – 10.79/ p=0), falta de lactancia exclusiva (O.R. 05.25/ I.C. 95 % 2.04 – 13.51/ p=0.001), falta de vacunas (O.R. 07.93/ I.C. 95 % 03.24 – 19.44/ p=0), cuadro de apnea (O.R. 06.28/ I.C. 95 % 01.71 - 23; p=0), saturar O2 por debajo de 92% (O.R. 06.54/ IC 95% 02.17 – 19.10; p=0), Rx de tórax con patrones consolidados (O.R. 7.24/ I.C. 95% 3.15- 16.6/ p=0), enfermedad concomitante (O.R. 2.80/ I.C. 95 % 2.35 – 3.39/ p=0). Conclusión: El primer mes presento variabilidad en el medio estudiado. Al haber pasado más de 4 años de instalar el manual clínico, las estadísticas de ingreso sigue en 2.3% aparentemente lineal y sin alteración en relación a lo usual.⁵

NAVARRO I. (2018), ISLAS BALEARES-ESPAÑA: “Análisis del efecto de la influencia de la Lactancia Materna en lactantes de 0 a 6 meses ingresados por Bronquiolitis aguda” Objetivo: Examinar las repercusiones de cuidado que lleva la lactancia en el nivel y desarrollo de niños con menos de seis meses consultados por bronquiolitis. Estos

internamientos se hizo con parámetros fijados previamente y la escala ESBA. Se distribuyó en los lactantes exclusivos o mixtos y los lactantes de fórmula. Resultados: Los determinantes de mayor escala fueron el entorno fumador, más niños en núcleo familiar, uso de oxígeno en tratamiento, uso de fluidos y antibióticos, uso de ventilación no invasiva o ingreso a UCI.⁶

NACIONALES

CAMPOS C. (2019), PIURA-PERÚ: “Bronquiolitis: factores de riesgo en niños menores de 2 años hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura 2018”. Objetivo: Indicar los agentes influyentes relacionados a la bronquiolitis en pacientes con menos de 24 meses. Método y muestra: Observacional, de tipo prospectivo con casos y controles con pacientes que cumplen criterios con bronquiolitis. Resultados: La media en meses fue de 7,34 para los casos y 6.84 para los controles. En ambos grupos hubo mayor número de hombres. El historial de padres no se relaciona al no hallar datos significativos. De los agentes ambientales resaltó consanguíneo en etapa escolar, consumo de tabaco en casa, casa rústica; se relacionaron a bronquiolitis. El nacer prematuro incrementa en 3.08 OR, peso bajo 4.9 OR y anemia 3.08OR. Progenitor y progenitora con tabaquismo 1.45OR y 3.26OR. Conclusión: Se manifiestan agentes relacionados al paciente, a la progenitora y agente de ambiente que se relacionan a la predisposición de tener bronquiolitis en menos de 24 meses.⁷

DE LA RIOS M. (2018), LIMA – PERÚ: “Factores de riesgo asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes con diagnóstico de bronquiolitis en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora enero 2016 – diciembre 2017”. Objetivo: Conocer los agentes exponenciales relacionados a la estadía de internamiento extendido en individuos con bronquiolitis. Método y muestra: Observacional con casos y controles,

retrospectiva con una muestra de 174 individuos agrupados: 58 con menos de 24 meses, e internamiento de más de 4 días; 116 sin bronquiolitis con menos de 24 meses con hasta 4 días de internamiento. Resultado: se manifestó como agente primordial la medicación con corticoides, puesto que resulto un 5.79OR con 95%IC y 0.002 de p-valor. Demás agentes influyentes evaluados son edad menos de seis meses y anemia con 3.20OR 95%IC y 2.12OR, con valores p 0.0 y 0.003. Conclusión: Meses de nacido, tiempo de gestación, desnutrición, medicación de corticoides, enfermedades del corazón y pulmonares se determinaron como agentes influyentes y exponenciales relacionados a estadía de internamiento extendido.⁸

VILLAFUERTE I. (2018), LIMA – PERÚ: “Factores de riesgo para hospitalización por bronquiolitis en menores de 2 años Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018”. Objetivo: Conocer los aspectos influyentes para el internamiento por bronquiolitis en niños con menos de 24 meses. Método y Muestra: Cuantitativo, con análisis de casos y control, retrospectiva. 69 Bronquiolitis hospitalizados y el mismo número de no hospitalizados. Recogiendo la información de las historias clínicas se hizo un análisis descriptivo. El estudio de aspectos de riesgo resultaron: género masculino 2.95OR – 95% IC 1.47 -5.91 p-valor 0.002. Nacimiento prematuro 4.89OR 2.24, 10.68 p-valor 0. Falta de lactancia 3.52OR 1.74, 7.08 p-valor 0.0001. Conclusión: Los hombres, con historial de nacimiento prematuro y no haber tenido lactancia de manera exclusiva repercuten en el internamiento por bronquiolitis.⁹

QUISPE J. (2019), CUSCO – PERÚ: “Factores asociados a la hospitalización por bronquiolitis en pacientes atendidos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2018”. Objetivo: Conocer los agentes relacionados al internamiento por bronquiolitis. Material y método: observacional, de corte transversal, de análisis con casos y controles

donde se usó 120 fichas hospitalarias, de la cual 40 tenían bronquiolitis y 80 con otra afección no respiratoria. Se estudiaron: Nacimiento prematuro, meses de vida, sexo, bajo peso, comorbilidades, tabaquismo en el hogar, lactancia, desnutrición, hermanos, hacinamiento, nivel de educación de padres, sitio de origen. Resultado: Estadísticamente significativo resultante para: tiempo de gestación normal 0.22OR, 0.068, 0.69 p-valor 0.0026. Peso en nacimiento 4.46OR 1.4, 14.6 p-valor 0.0026. Desnutrición y peso bajo 7.07OR 2.77, 18.2 p-valor 0.01. Hacinamiento 3.71OR 1.55, 8.92 p-valor 0.0009. Conclusión: son agentes de relacionados al internamiento nacimiento con bajo peso, desnutrición y vivir en hacinamiento. Como agentes de protección para el internamiento el tiempo de gestación normal y nivel de educación universitaria.¹⁰

VASQUEZ C. (2016), TRUJILLO – PERÚ: “Factores de riesgo para hospitalización por bronquiolitis en el hospital belén de Trujillo”. Objetivo: Conocer la edad, género, historial de nacimiento prematuro, desnutrición, lactancia son agentes exponenciales de internamiento. Material y método: Se hizo una investigación observacional con corte transversal de análisis de casos y control. Muestra formada por 216 individuos distribuido en casos 72 y control 144, teniendo y no prescripción de internamiento por bronquiolitis. Los datos se recopilaron de las fichas clínicas de los individuos internados y atendidos en consulta con evaluación ambulatoria Resultado: En estudio se reconoció los agentes relacionados al internamiento fueron: edad menos de seis meses con 2.85OR 1.72 – 5.64IC, genero hombre 2.48OR 1.42 – 4.88IC, desnutrición 7.42OR 1.64 – 12.44; nacimiento prematuro 3.52OR 1.84 – 6.12IC, falta de lactancia materna 3.58OR, 1.76 – 5.94IC. Conclusiones: Se considera tener menos de seis meses, genero hombre, nacimiento prematuro, desnutrición, falta de lactancia son agentes influyentes para el internamiento por bronquiolitis.¹¹

2.2. BASE TEÓRICA

❖ Definición

La bronquiolitis es una enfermedad que tiene muchas definiciones en todo este tiempo; a pesar de esto para razón de este trabajo investigativo, tendremos en cuenta la conceptualización de brinda sobre la bronquiolitis dada por McConnochie que menciona que “La primera vez que se presenta una afección respiratoria que muestra señales de cierre de bronquios presentando sibilancias difusas y bilaterales seguido por capítulos de catarro que sufren los infantes de menos de 24 meses”. Cabe resaltar que las principales revisiones de los últimos años, sobre todo las inglesas, demuestran que la bronquiolitis constituye el primer caso de síndrome obstructivo bronquial agudo (SOBA) por lo que puede también manifestarse con subrepitantes y/o crepitantes.¹²

Etiopatogenia

El origen de la bronquiolitis fundamentalmente es por un virus, siendo diferente según la estación del año, el VSR se manifiesta como el medio de origen más común de esta enfermedad representando hasta más del 60% de pacientes, el rinovirus siendo el segundo. Específicamente el VSR es más frecuente estación invernal y temporadas lluviosas, y el rinovirus usualmente en primavera. También encontramos dentro de los causantes con menor presencia el adenovirus, influencias y para influencias.¹³ No se considera el brote epidémico de coronavirus para la presente. Es necesario precisar que un tercio de los pacientes con bronquiolitis son por infecciones causadas por virus, que usualmente se diferencian 2 o más. Al día siguiente de la infección a nivel celular epitelial en bronquiolos, se manifiesta la necrosis, mala función ciliar e invasión de linfocitos peri braquiales, ocasionando una inflamación resultando un edema, aumento en la

producción de moco y pérdida de células produciendo tapón, obstruyendo las vías aéreas.¹⁴

❖ **Epidemiología**

Conociendo la característica principal, que esta patología ataca a los infantes con menos de 24 meses, demostrando su mayor magnitud en el rango de dos a seis meses y resultando de cuatro a seis veces de mayor recurrencia durante los primeros 12 meses que los siguientes.¹⁵

Sumado a esto es el primordial influyente en la patología respiratoria en los 24 meses siguientes del nacimiento, la recurrente origen de internamiento de niños llegando a 4% en individuos antes sin enfermedad y 42% los que tienen antecedente como comorbilidades, en mayor caso displasia broncopulmonar. A la vez interpreta el 50% de origen de infecciones respiratorias de vías bajas. Se manifiesta predominio en épocas invernales, resultante al hacinamiento causa de estas épocas de aire frío, seco muy perjudiciales para el trabajo mucociliar causando contagio por vías aéreas. Es un patología que sola se limita, mientras mayor es el desarrollo del país menor es la tasa de mortalidad, con claros aumentos en pacientes de riesgo.¹⁶

❖ **Severidad**

En la bibliografía de la medicina se mencionan distintas escalas de medición para la severidad de BA, por este motivo en la actualidad no se define totalmente cuál de estas es la mejor; siendo la más aceptada con más uso la de Tal con modificación, junto a la escala de Wood Downes con modificantes hechas por Ferres.¹⁷

La medida de Tal con modificaciones para una puntuación a nivel clínico que considera la frecuencia cardiaca, de respiración, manejo de musculatura accesoria, sibilancias; determinando valores de

cero a tres. Llegando a tope de doce puntos que designa una patología severa.

Una de las medidas o escalas de mayor aceptación en el mundo es la que considera los principios de la escala de Wood Downes con las modificaciones de Ferres, que presenta el problema que no se creó realmente para la BA en cambio fue dirigido al asma en niños, tiempo después se mejoró para el uso en la BA, disgregando la bronquiolitis en leve con menos de 3 puntos, moderado entre 4 y 7 pts. Y severo de 8 hasta 14 pts. Adecuado a lo encontrado, se siguen distintos protocolos, si se considera que es leve esta puede curarse en caja, y los agentes para entrar en las casas se usan en menores sin agentes de peligro importante alrededor de los 6 meses. Los que presentan unos niveles moderados o severos necesitan internamiento para observar y ubicar un agente con procesos beneficiosos.¹⁸

Escala de severidad de la bronquiolitis aguda.

ESCALA DE SEVERIDAD DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA					
PUNTUACIÓN	0	1	2	3	4
Sibilancias	No	Sibilancias al final de la espiración	Sibilancias en toda la espiración	Sibilancias ins-espiratorias	Hipopflujo
Crepitantes	No	Crepitantes en un campo	Crepitantes en 2 campos	Crepitantes en 3 campos	Crepitantes en 4 campos
Esfuerzo	Ningún esfuerzo	Tiraje subcostal o intercostal inferior	+ tiraje supraesternal o aleteo	+ aleteo nasal y supraesternal (universal)	
Relación i/e	Normal	Simétrica	Invertida		
Frecuencia respiratoria	0	1	2		
Edad (meses)					
<2 m	< 57	57 - 66	> 66		
2-6 m	< 53	53 - 62	> 62		
6-12 m	< 47	47 - 55	> 55		
Frecuencia cardíaca	0	1	2		
Edad					
7d - 2m	125 - 152	153 - 180	> 180		
2 - 12 m	120 - 140	140 - 160	> 160		

Autor: Ramos-Fernández J, Pinero-Domínguez P. Agosto, 2018. Estudio de validez de una escala de gravedad de la bronquiolitis aguda para orientar el ingreso en UCIP. AnPediatr(Barc)2017¹⁹

❖ Factores de riesgo

- **Contaminación ambiental:** La contaminación del aire ambiental se ha asociado con varios resultados adversos para la salud respiratoria en niños. La bronquiolitis es la mayor asignación patológica para el internamiento hospitalario durante el primer par de años a nivel mundial, aunque los datos sobre el papel de la contaminación del aire ambiente son pocos.²⁰

Cada vez más, las investigaciones epidemiológicas de la exhibición al viciado de los aires y las condiciones adversas de salud respiratoria abordan los resultados de las manifestaciones de menos motivos. La exhibición al viciado del oxígeno en el aire se ha relacionado con la mortalidad infantil, el aumento de la notificación de síntomas respiratorios y el aumento de las infecciones respiratorias generales. La base de evidencia general está dominada por la evaluación de los efectos de exposición aguda (días antes del resultado de salud) en relación con los registros administrativos con respecto a la hospitalización o las visitas al departamento de emergencias para definiciones de resultado amplias (por ejemplo, todas las afecciones respiratorias) o los efectos de exposición a largo plazo en el informe de los padres de síntomas y resultados de salud.²¹

Abordamos la asociación entre la exposición infantil a las diferentes fuentes de contaminación del aire ambiental y los encuentros clínicos que abarcan tanto el entorno hospitalario como el ambulatorio. Estos datos sugieren que los bebés que experimentan aumentos en los contaminantes del aire asociados principalmente con el tráfico (CO, NO₂ y NO)

tenían más probabilidades de tener un encuentro clínico para la bronquiolitis. Estas estimaciones basadas en contaminantes están respaldadas por el uso de la medida cruda de la proximidad de la carretera: también se observó un mayor riesgo en asociación con la proximidad residencial muy cercana a las carreteras principales (dentro de los 50 m). Exposición aumentada al SO₂ También se asoció con un aumento muy modesto en el riesgo. Las fuentes primarias de SO₂ en esta región incluyen las emisiones industriales de fuente puntual y los buques marinos. Del mismo modo, una clasificación más alta de la proximidad de un sujeto a las emisiones de fuentes puntuales en general se relacionó con un alto compromiso para bronquiolitis. La quema de leña es una fuente importante de contaminación del aire en esta región y observamos un mayor riesgo asociado con el aumento de los días de exposición al humo de leña. ²²

- **Tabaquismo**

Los clínicos deben preguntar sobre la exposición del bebé o niño a humo de tabaco al evaluar lactantes y niños por bronquiolitis.

Los efectos del humo ambiental del tabaco sobre las tasas de enfermedad del tracto respiratorio inferior en lactantes en un metanálisis. En una más reciente revisión sistemática, altos índices de bronquiolitis se ven por medio de la anamnesis que manifiesta que por exposición al humo de tabaco y bronquiolitis hospitalización entre otros investigadores tienen consistentemente exposición al humo de tabaco reportada aumenta tanto la gravedad de la enfermedad como riesgo de hospitalización por bronquiolitis.²³ La AAP emitió un informe técnico informar

sobre los riesgos de segunda mano fumar. El informe hace recomendaciones sobre formas efectivas para eliminar o reducir de segunda mano exposición al humo, incluida la educación de padres.²⁴

A pesar de nuestro conocimiento de este importante factor de riesgo, existe evidencia para sugerir a los proveedores de atención médica Contrastar menos del 50% de los infantes exhibidos al humo producido por el tabaquismo en personas atendidas de manera ambulatoria, pacientes hospitalizados o en el servicio de urgencias. Además, hay evidencia de que aconsejar a los padres en estos entornos es bien recibido y tiene un mensurable impacto. Existe n una meta análisis de los efectos de las intervenciones en entornos pediátricos en la interrupción parental y encontró un grupo cociente de riesgos.²⁵

En contraste con muchos de las otras recomendaciones, proteger a los niños de la exposición al tabaco es una recomendación que es principalmente implementado fuera de la clínica ajuste. De manera literal, tanto papá y mamá están seguros que recibieron las charla para evitar que fumen dentro del hogar puesto que el smok se impregna en la ropa y más en límites de tiempo largo.²⁶

Debería ser proporcionado en lenguaje sencillo y de manera respetuosa, culturalmente efectiva de manera centrada en la familia, involucra a los padres como socios en su salud del niño y factores en su alfabetización, alfabetización en.²⁷

- **Lactancia materna exclusiva**

Los clínicos deben alentar exclusividad lactancia materna durante al menos 6 meses para disminuir la morbilidad de las infecciones respiratorias.²⁸

La Asociación Americana de Pediatría presentó una general política sobre lactancia materna. La política declarada se basó en los probados beneficios de la lactancia materna durante al menos 6 meses. Infecciones respiratorias fueron demostradas ser significativamente menos común en niños amamantados. Un recurso primario fue un meta análisis de Agencia de Investigación en Salud y Calidad que mostró un 72% de disminución de peligro de internamiento accesorio de patologías respiratorias en niños que tuvieron lactancia exclusiva por al menos cuatro meses o más diferenciándolos de los que recibieron leche de fórmula.²⁹

La evidencia clínica también apoya disminución de la incidencia y gravedad de enfermedad en lactantes amamantados con bronquiolitis. Determinaron que el tiempo de amamantamiento exclusivo presenta una relación significativa con el tiempo que se usó oxigenoterapia y el tiempo de internamiento en niños con buena salud en lactancia exclusiva con bronquiolitis. La lactancia materna por menos de 6 meses se asocia con un mayor riesgo de 2 o más visitas médicas y hospitalización para sibilancias de enfermedades de las vías respiratorias inferiores.³⁰

- **Guarderías y cunas**

De un tiempo a la actualidad se ha encendido un litigio social que abraza desde el lugar, la manera y la asignación de la persona que tiene el cuidado de infantes menores. El tiempo que pasan los ciudadanos fuera de casa es variable de un extremo a otro en cada país. El concurrir a cunas se relaciona a una mayor exposición a bronquiolitis. Esta exposición es consistente durante mucho tiempo y con la variedad de ámbitos sociales y de geografía. Teniendo en cuenta los

laburos con alta severidad en el método y con cálculos de ajustados, la concurrencia a cunas se relaciona con mayores exposiciones a bronquiolitis. La concurrencia a cunas puede ser la causante de 33% a 50% de capítulos de bronquiolitis.³¹ Alternamente al momento de disponer el día a día de que un infante fuera cuidado o no en una cuna tiene que meditar si la familia tiene otros métodos de cuidados, tanto como aportes en conducta social y estímulo a la educación anticipada. Estos datos son relevantes alcances para el estudio, la aplicación clínica, los encargados de la salud y comunidad.³²

- **Condición económica familiar**

En los estudios epidemiológicos, hay una tendencia a incluir la clase social, o estatus socioeconómico, con tanta regularidad pero tan poco pensado como con el inclusión de género. Todos los análisis modernos ahora deben "controlar para" la clase social como lo hacen para el sexo. Para el viejo y cansado epíteto de que un epidemiólogo es alguien desglosado por edad y sexo, ahora debemos agregar" y posición social".³³

Las grandes diferencias sociales en la mortalidad en muchas sociedades hacen que la clase social análisis de importancia crucial, pero el uso irreflexivo de la clase social es desgraciada. No solo puede contribuir poco a la comprensión de los factores que afecta la salud y la enfermedad, en realidad puede retrasar nuestra comprensión.³⁴

Usualmente los pacientes con categoría C, D y E en relación a su condición económica presentan la mayor frecuencia para los casos de bronquiolitis, estando descubierto a los demás agentes.³⁵

- **Prematuridad**

La profilaxis mensual con palivizumab debe restringirse a niños con nacimiento hasta la semana veintinueve, excepto infantes que califican sobre la base de enfermedad cardíaca congénita o crónica enfermedad pulmonar de la prematuridad. Datos mostrar que los bebés nacidos a los 29 años o después semanas, 0 días de gestación tienen un RSV tasa de hospitalización similar a la tasa de recién nacidos a término. Bebés con una edad gestacional de 28 semanas, 6 días o menos quién será menor de 12 años meses al comienzo de la temporada de RSV deben recibir un máximo de 5 dosis mensuales de palivizumab o hasta el final de la temporada de RSV, lo que sea viene primero.³⁶ Dependiendo del mes de nacimiento, menos de 5 dosis mensuales dosis mensuales de palivizumab o hasta el final de la temporada de RSV, lo que sea viene primero. Dependiendo del mes de nacimiento, menos de 5 dosis mensuales brindarán protección a la mayoría de los bebés durante la temporada.³⁷

- **Desnutrición**

Los médicos deben administrar líquidos nasogástricos o intravenosos para neonatos con diagnóstico de bronquiolitis que no pueden mantener la hidratación oral (Calidad de la evidencia: X; Fuerza recomendada: fuerte Recomendación). El nivel de dificultad respiratoria atribuible a guías de bronquiolitis. Las instrucciones para restaurar los líquidos.³⁸ Opuestamente, el consumo de comida en las predecesoras veinticuatro horas suele ser aliciente de oxígeno saturación en niños amamantados con bronquiolitis. Una investigación halló que el consumo de comidas a poco del 50% de lo usual para las veinticuatro horas predecesoras se relaciona a una oximetría de pulso de menos 95% de niños con problemas

respiratorios leve serán solo necesarios la observación, principalmente si el consumo de comidas no se altera.³⁹

En la situación que la respiración en su frecuencia sobrepasa los sesenta a setenta en cada minuto, el consumo de alimentos llega a ser comprometida, más aun si existe abundante secreción nasal. Hay limitado evidencia para sugerir coordinación de respirar al tragar puede ser deteriorado entre los bebés con bronquiolitis. Estos bebés pueden desarrollar aumento de la dilatación nasal, retracciones, y sibilancias espiratorias prolongadas cuando se alimenta y puede estar en mayor riesgo de aspiración.⁴⁰

Un estudio estimó que un tercio de bebés hospitalizados por bronquiolitis requieren reemplazo de fluido.¹⁸³ Una serie de casos¹⁸⁴ y 2 aleatorizadas ensayos, ^{185,186} examinaron la eficacia comparativa y la seguridad de las vías intravenosa y nasogástrica para reposición de fluidos. Una prueba piloto en Israel que incluía 51 infantes menores de 6 meses no mostraron diferencias significativas en la duración del oxígeno necesario o tiempo hasta la alimentación oral completa entre los lactantes que reciben 5% por vía intravenosa dextrosa en solución salina normal o leche materna o fórmula nasogástrica. Bebés en la vía intravenosa grupo tuvo un LOS más corto (100 vs 120 horas) pero no fue estadísticamente significativo. En un ensayo aleatorio abierto más amplio que incluye bebés entre 2 y 12 meses de edad y realizado en Australia y Nueva Zelanda, no hubo significativas diferencias en las tasas de admisión a UCI, necesidad de asistencia ventilatoria, y eventos adversos entre 381 lactantes asignados a hidratación nasogástrica y 378 lactantes designados a rehidratado a través de vía. Hubo una diferencia de 4 horas en media entre el grupo intravenoso (82,2 horas) y el grupo

nasogástrico (86,2 horas) que no fue estadísticamente significativo. La nasogástrica ruta tuvo una mayor tasa de éxito de inserción que la intravenosa ruta. Puntajes de satisfacción parental no difirió entre los grupos intravenoso y nasogástrico.⁴¹

Estos estudios sugieren que los bebés quienes tienen dificultad para alimentarse de manera segura debido a dificultad respiratoria puede recibir reemplazo de líquido intravenoso o nasogástrico; sin embargo, se necesita más evidencia para aumentar la fuerza de esta recomendación.

La posibilidad de retención de líquidos relacionada con la producción de antidiuréticos. La hormona se ha elevado en pacientes con bronquiolitis. Por lo tanto, la recepción de líquidos de mantenimiento y reemplazo de líquidos hipotónicos puede aumentar el riesgo de hiponatremia iatrogénica en estos lactantes. Un reciente meta-análisis demostró que entre niños hospitalizados que requieren líquidos de mantenimiento, el uso de hipotónicos los fluidos se asociaron con un significativo hiponatremia en comparación con fluidos isotónicos en niños mayores. Uso de fluidos isotónicos, en general, aparece para estar más seguro.⁴²

- **Comorbilidades asociadas**

- Síndrome de Down
- Fibrosis quística
- Enfermedad neuromuscular y Anormalidad Pulmonar
- Niños inmunocomprometidos

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- **Factores de riesgo**

Condicionantes que aumentan estadísticamente las probabilidades que una persona adquiere determinada afección o patología. De gran importancia al ser generalmente problema comunitario de salud que usualmente escapa de las posibilidades que controla el individuo.⁴³

- **Factores ambientales**

El área y zona de desarrollo geográfico en el cual el individuo ha de desarrollar de manera cotidiana sus actividades en general. Considerando su desarrollo pre-natal como un factor importante, al ser condicionado por los agentes que afecten a su madre. Considerando su hogar, lugar de trabajo y zonas cotidianas de recreación. Puesto que estos estarán expuestos a particularidades contaminantes de manera física y química.⁴⁴

- **Factores de estilo de vida**

Detalles rutinarios del día a día que merman las probabilidades de contraer distintas enfermedades o por el contrario pueden predisponer al individuo como en este caso a la bronquiolitis. Reconocer la relevancia de estos representa un reto, ya que muchas enfermedades comparten características de estos tipos en común y estos se relacionan muy de cerca con la sociedad donde vive y la economía familiar.⁴⁵

- **Factores individuales**

Particularidades de cada individuo con los cuales pueden nacer o desarrollar a los largo de su vida. Estas particularidades pueden ser determinantes y predisponentes a ciertas patologías. Dentro de estas podemos también considerar las habilidades y conocimientos del individuo ya que esto es diferenciado entre uno y otro. La variedad de estos factores es amplio en el sector salud.⁴⁶

- **Bronquiolitis**

La bronquiolitis, una infección del tracto respiratorio inferior que afecta principalmente las vías respiratorias pequeñas

(bronquiolos), es una causa común de enfermedad y hospitalización en bebés y niños pequeños. Es una enfermedad que infecta a nivel de los pulmones cotidianamente en niños menores de 24 meses. Este ocasiona que se inflame y congestione los bronquiolos. Usualmente el motivo de esta enfermedad es culpa de virus.⁴⁷

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Los factores de riesgo asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019 con mayor repercusión son los individuales.

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICOS

He1: Existen factores de riesgo del medio ambiente asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019 con mayor repercusión es el tabaquismo pasivo.

He2: Existen factores de riesgo en el estilo de vida asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019 con mayor repercusión es la lactancia materna exclusiva.

He3: Existen factores de riesgo individuales asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019 con mayor repercusión es la prematuridad.

2.5. VARIABLES

Variable independiente

Factores de riesgo: Condicionantes que aumentan estadísticamente las probabilidades que una persona adquiere bronquiolitis.

Variable dependiente:

Bronquiolitis: Infección del tracto respiratorio inferior que afecta las vías respiratorias pequeñas, condicionada a la presencia de los factores de riesgo.

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores de riesgo			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Ambientales	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de vivienda Servicios básicos Tabaquismo pasivo 	Ordinal Razón Razón	Ficha de recolección de datos.
Estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de lactancia materna exclusiva Asistencia a guarderías y cunas Condición económica familiar 	Razón Razón Ordinal	Ficha de recolección de datos.
Individual	<ul style="list-style-type: none"> Edad Prematuridad Bajo peso al nacer Desnutrición Presencia comorbilidades 	Razón Razón Razón	Ficha de recolección de datos.

VARIABLE DEPENDIENTE: Bronquiolitis			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Presencia	Si No	Razón	Ficha de recolección de datos.
Severidad	Leve Moderado Severo	Ordinal	Ficha de recolección de datos.

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Analítico de casos y controles, de corte transversal, retrospectivo y observacional.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Explicativo, puesto que se conocerá las causas o factores que originan de la investigación.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población general: Todos los menores de 2 años que se atendieron en el hospital San Juan de Dios de Pisco.

Población objetiva: Consta de 64 pacientes con historial clínico que presentó bronquiolititis durante el año 2019 en HSJD P

La muestra: Muestreo no probabilístico por conveniencia; puesto que al tener una población objetiva limitada, esta se ha de considerar igual a la población (64), sumado a un grupo control equivalentemente proporcional (64).

Criterios de inclusión

Grupo casos

- Historias clínicas de niños menores de 2 años.
- Historias clínicas de niños atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco del 2019
- Historia clínica de pacientes con registro de bronquiolititis.

Grupo controles

- Historias clínicas de niños menores de 2 años.
- Historias clínicas de niños atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco del 2019
- Historia clínica de pacientes sin registro de bronquiolititis.

Criterios de exclusión

Grupo casos

- Historias clínicas de pacientes mayores de 2 años.
- Historia clínica de pacientes con registro de otras patologías no respiratorias.

Grupo controles

- Historias clínicas de pacientes mayores de 2 años.
- Historia clínica de pacientes con registro de otras patologías no respiratorias.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos, que en este caso son de tipo secundario, se realizó por medio de la documentación de la información en las historias clínicas.

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos, donde se contemplan todos los factores mencionados por el Ministerio de Salud.

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó el trámite administrativo de permisos para el acceso a la información de las historias clínicas de niños atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco.

Después de ello se accedieron a las historias clínicas que cumplían con todo los criterios de inclusión. Con estas a disposición se inició con la recolección de datos, distribuido en distintos días de trabajo, cotejando cada respuesta e información consignada para el llenado de la ficha de recolección de datos. Respetando los aspectos éticos para el cuidado de datos personales de los pacientes.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Los datos recolectados se digitaron en una base de datos creada en el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versión 24.0.

Los datos se analizaron de acuerdo a la operacionalización de las variables del estudio. Con las variables se ejecutará un análisis descriptivo revisando el promedio y la desviación estándar en razón a las cuantitativas y frecuencia absoluta y porcentajes en razón de las

cualitativas. Se usó el programa Microsoft Excel 2016 para elaborar las tablas y gráficos pertinentes.

3.6. ASPÉCTOS ÉTICOS

Valorado los reglamentos internos del Comité de ética del Colegio Médico del Perú y demás instituciones vigentes, se expone que el presente proyecto cumple con todos los lineamientos exigidos para este tipo de casos. No amerita mayor estudio al determinar que el uso de los datos que realizaremos no atentan con la integridad física y social de los pacientes y operadores. Pero por trámite regular se solicitó el permiso para el uso de la información necesaria para la realización del presente trabajo al Hospital San Juan de Dios de Pisco, del área de pediatría. (Anexo 05)

CAPÍTULO IV: ANALISIS DE RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

TABLA N°1
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A BRONQUIOLITIS EN
NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN
JUAN DE DIOS – PISCO, 2019

FACTORES DE RIESGO	DIMENSIONES	BRONQUI OLOTIS	NO BRONQUI OLOTIS	TOTAL	OR	VALOR P
MEDIO AMBIENTE	TIPO DE VIVIENDA	64	64	128	1,234	0,575
	SERVICIOS BASICOS	64	64	128	1,582	0,410
	TABAQUISO PASIVO	64	64	128	0,871	0,710
ESTILO DE VIDA	AUSENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	64	64	128	1	1
	ASISTENCIA DE GUARDERIA Y CUNAS	64	64	128	0,691	0,337
	CONDICION ECONOMICA DE LA FAMILIA	64	64	128	0,754	0,516
RIESGOS INDIVIDUALES	EDAD	64	64	128	1,133	0,724
	PREMATURIDAD	64	64	128	0,487	0,060
	BAJO PESO AL NACER	64	64	128	1,133	0,724
	DESNUTRICION	64	64	128	1,285	0,479
	COMORBILIDADES	64	64	128	1,879	0,214

INTERPRETACIÓN:

Según la tabla N°1, entre los factores de riesgo medio ambientales; el tipo de vivienda (OR= 1,23) y los servicios básicos (OR=1,58) son factores de riesgo para desarrollar bronquiolitis en niños de 2 años.

Entre los factores de riesgo de Estilo de Vida; la ausencia de lactancia (OR= 1) es un factor nulo para desarrollar bronquiolitis en niños de 2 años.

Entre los factores de riesgo de Riesgos Individuales; la edad (OR= 1,13), el bajo peso al nacer (OR= 1,13), la desnutrición (OR= 1,28) y las comorbilidades (OR= 1,87) son factores de riesgo para desarrollar bronquiolitis en niños de 2 años.

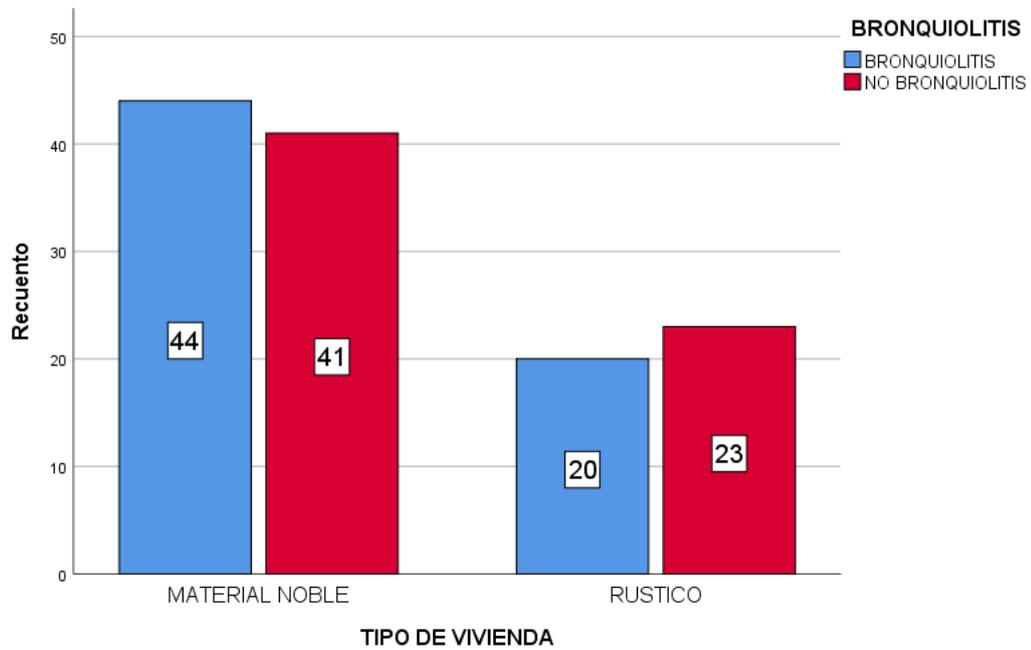
TABLA N°2

**FACTORES DE RIESGO DEL MEDIO AMBIENTE ASOCIADOS A
BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO, 2019**

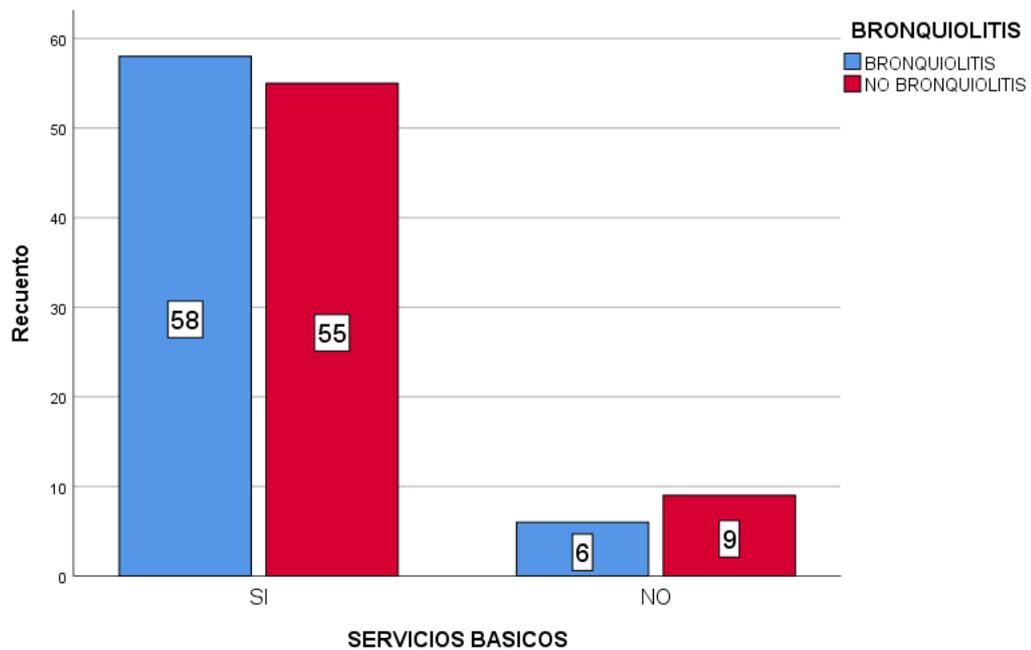
		BRONQUIOLITIS	NO BRONQUIOLITIS	TOTAL	x^2	VALOR P	Intervalo de confianza 95%		
							OR	Inf	Sup
TIPO DE VIVIENDA	MATERIAL NOBLE	44 (68,8%)	41 (64,1%)	85	0,315	0,575	1,234	0,592	2,574
	RUSTICO	20 (31,3%)	23 (35,9%)	43					
SERVICIOS BASICOS	SI	58 (90,6%)	55 (85,9%)	113	0,680	0,410	1,582	0,528	4,737
	NO	6 (9,4%)	9 (14,1%)	15					
TABAQUISMO PASIVO	SI	21 (32,8%)	23 (35,9%)	44	0,139	0,710	0,871	0,420	1,807
	NO	43 (67,2%)	41 (64,1%)	84					

Fuente: Ficha de recolección de datos.

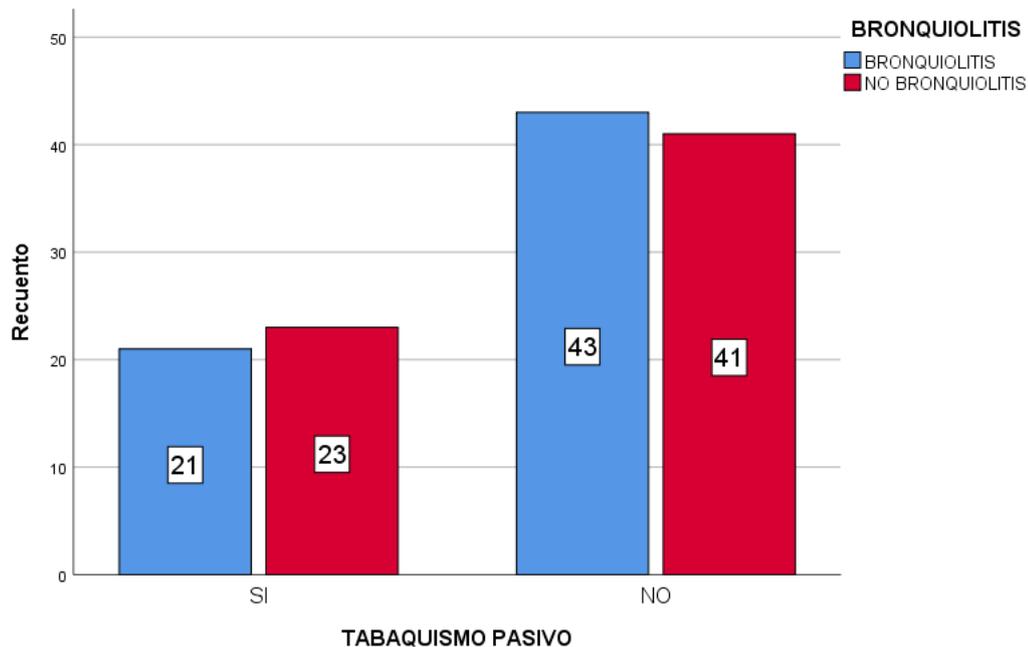
GRÁFICO N°1
FACTORES DE RIESGO DEL MEDIO AMBIENTE ASOCIADOS A
BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO, 2019



Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

Según la tabla N°2, entre los factores de riesgo ambientales, los servicios básicos tienen 1,582 veces de riesgo de generar bronquiolitis en niños menores de dos años; el tipo de vivienda tiene 1,234 veces de riesgo, y el tabaquismo pasivo tiene 0,871 veces de riesgo.

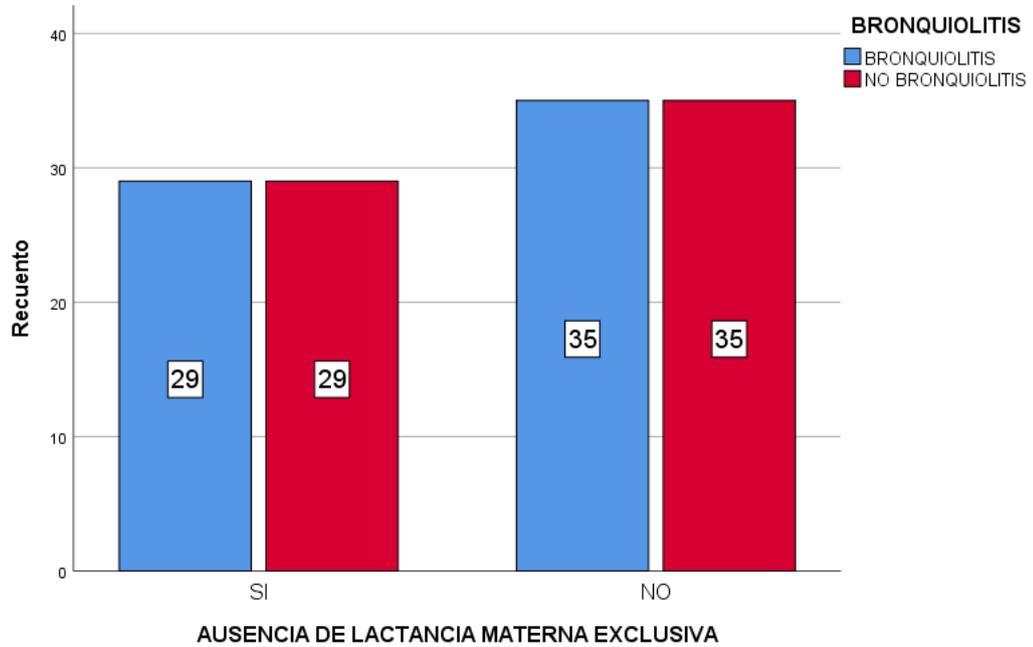
La asociación $p=0,410 > p=0,005$, afirma que, no hay asociación estadísticamente significativa; por lo tanto, no existe relación entre servicios básicos y bronquiolitis en menores de 2 años. La asociación $p=0,575 > p=0,005$, afirma que, no hay asociación estadísticamente significativa; por lo tanto, no existe relación entre tipo de vivienda y bronquiolitis en menores de 2 años. Y la asociación $p=0,710 > p=0,005$, afirma que, no hay asociación estadísticamente significativa; por lo tanto, no existe relación entre tabaquismo pasivo y bronquiolitis en menores de 2 años.

TABLA N°3:
FACTORES DE RIESGO EN EL ESTILO DE VIDA ASOCIADOS A
BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO, 2019

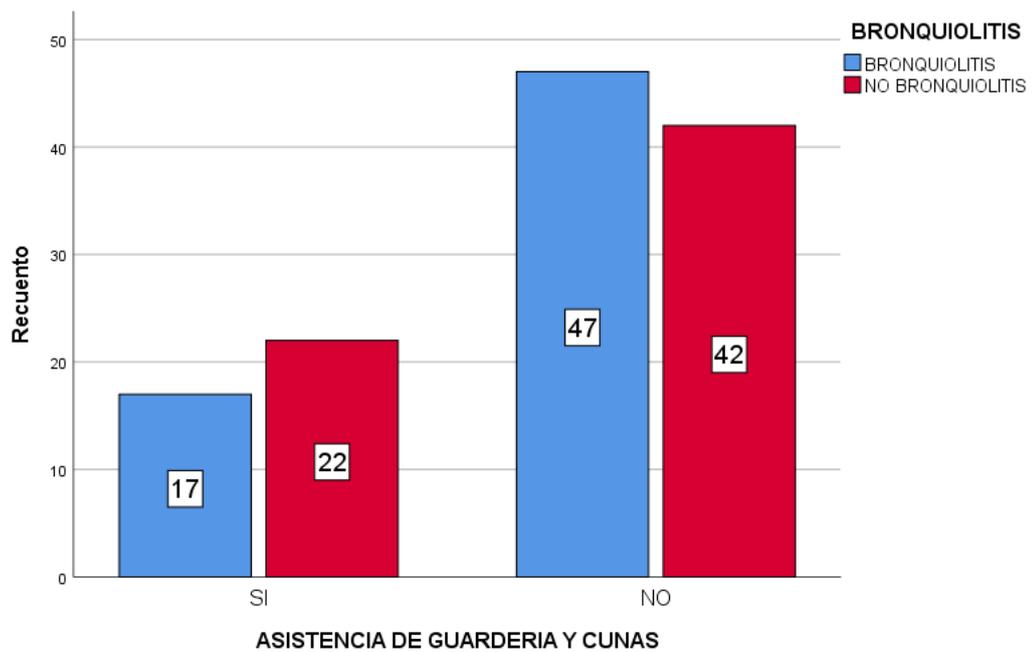
		BRONQ UIOLITI S	NO BRONQ UIOLITI S	TOT AL	x^2	VALO R P	Intervalo de confianza 95%		
							OR	Inf	Su p
AUSENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	SI	29 (45,3%)	29 (45,3%)	58	0	1	1	0,4 99	2,0 06
	NO	35 (54,7%)	35 (54,7%)	70					
ASISTENCI A DE GUARDERI A Y CUNAS	SI	17 (26,6%)	22 (34,4%)	39	0,92	0,337	0,6 91	0,3 24	1,4 73
	NO	47 (73,4%)	42 (65,6%)	89					
CONDICION ECONÓMIC A DE LA FAMILIA	POBRE	49 (76,6%)	52 (81,3%)	101	0,42	0,516	0.7 54	0,3 21	1,7 70
	HACINA MIENTO	15 (23,4%)	12 (18,8%)	27					

Fuente: Ficha de recolección de datos.

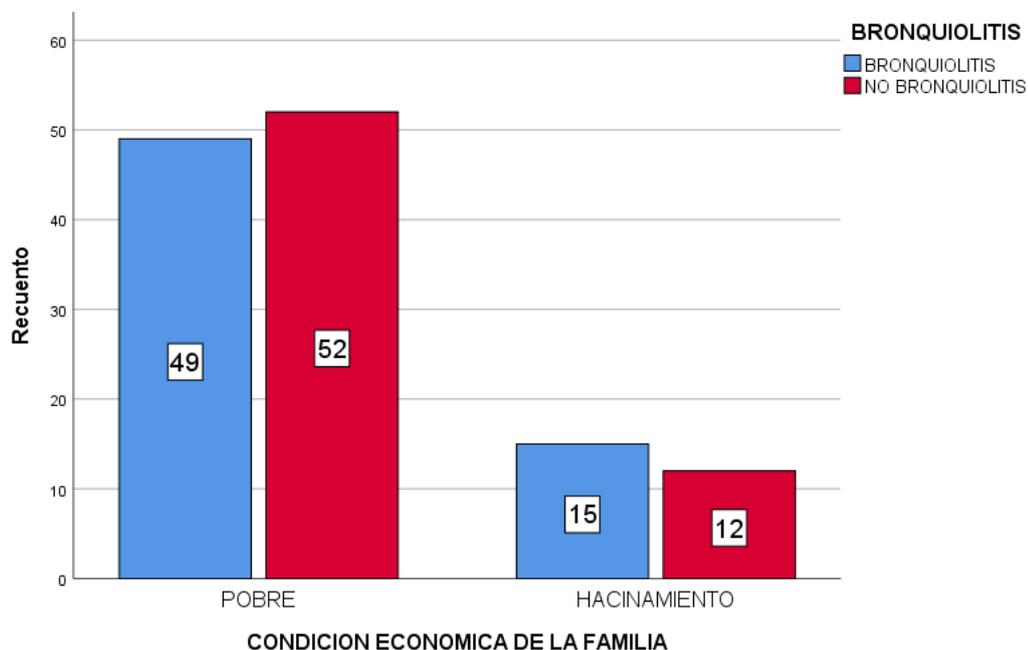
GRÁFICO N°2:
FACTORES DE RIESGO EN EL ESTILO DE VIDA ASOCIADOS A
BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO, 2019



Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

Según la tabla N°3, entre los factores de estilo de vida, la ausencia de lactancia materna exclusiva tiene 1 veces de riesgo de generar bronquiolitis en niños menores de dos años; la condición económica de la familia tiene 0,754 veces de riesgo, y la asistencia a guardería y cunas tiene 0,691 veces de riesgo.

La asociación $p=0,337 > p=0,005$, afirma que, no hay asociación estadísticamente significativa; por lo tanto, no existe relación entre asistencia a guardería y cunas y bronquiolitis en menores de 2 años.

La asociación $p=0,516 > p=0,005$, afirma que, no hay asociación estadísticamente significativa; por lo tanto, no existe relación entre condición económica de la familia y bronquiolitis en menores de 2 años.

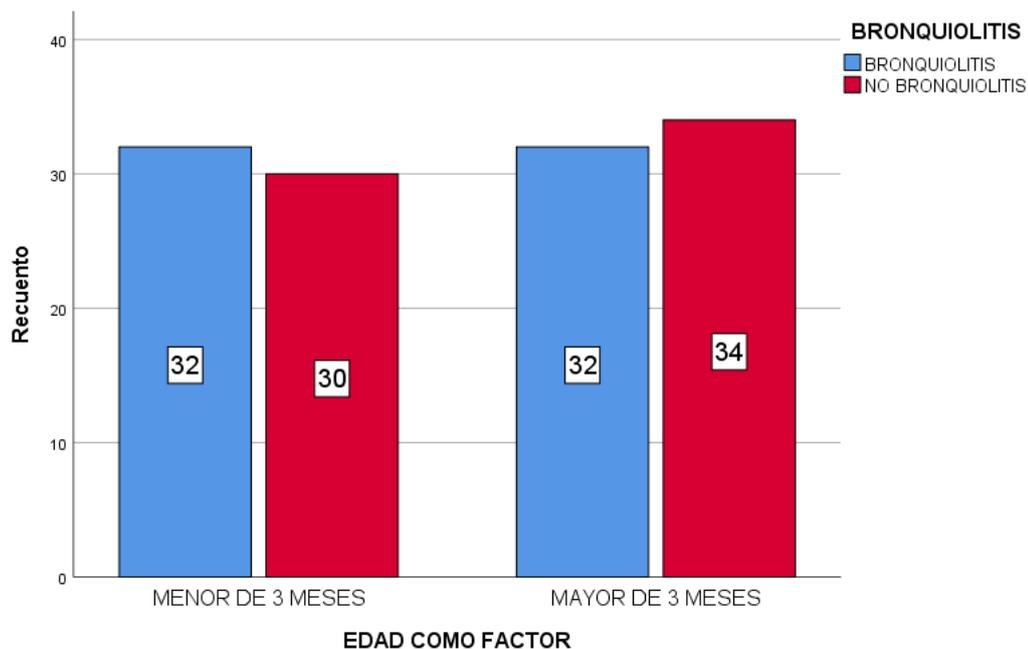
Y la asociación $p=1 > p=0,005$, afirma que, no hay asociación estadísticamente significativa; por lo tanto, no existe relación entre ausencia de lactancia mantener exclusiva y bronquiolitis en menores de 2 años.

TABLA N°4:
FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES ASOCIADOS A BRONQUIOLITIS
EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN
JUAN DE DIOS – PISCO, 2019

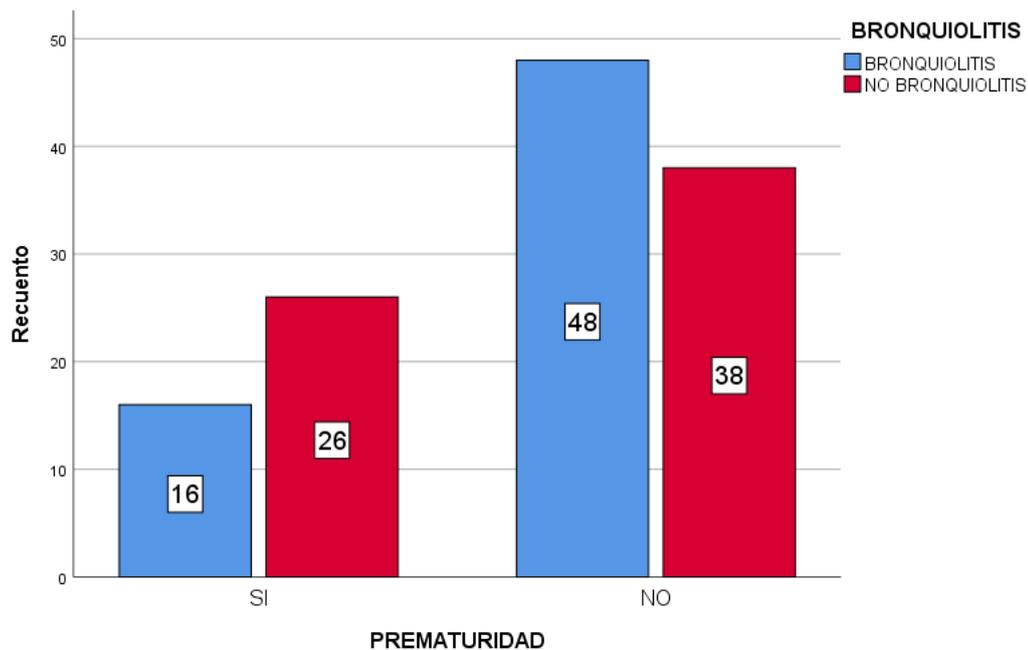
		BRONQ UIOLITI S	NO BRONQ UIOLITI S	TOT AL	x^2	VALO R P	Intervalo de confianza 95%		
							OR	Inf	Su p
EDAD	MENOR 3 MESES	32 (50%)	30 (46,9%)	62	0,125	0,724	1,1 33	0,5 66	2,2 68
	MAYOR 3 MESES	32 (50%)	34 (53,1%)	66					
PREMAT URIDAD	SI	16 (25%)	26 (40,6%)	42	3,544	0,060	0,4 87	0,2 29	1,0 36
	NO	48 (75%)	38 (59,4%)	86					
BAJO PESO AL NACER	SI	32 (50%)	30 (46,9%)	62	0,125	0,724	1,1 33	0,5 66	2,2 68
	NO	32 (50%)	34 (53,1%)	66					
DESNUT RICION	SI	33 (51,6%)	29 (45,3%)	62	0,5	0,479	1,2 85	0,6 41	2,5 73
	NO	31 (48,4%)	35 (54,7%)	66					
COMORB ILIDADE S	SI	12 (18,8%)	7 (10,9%)	19	1,545	0,214	1,8 79	0,6 88	5,1 34
	NO	52 (81,3%)	57 (89,1%)	109					

Fuente: Ficha de recolección de datos.

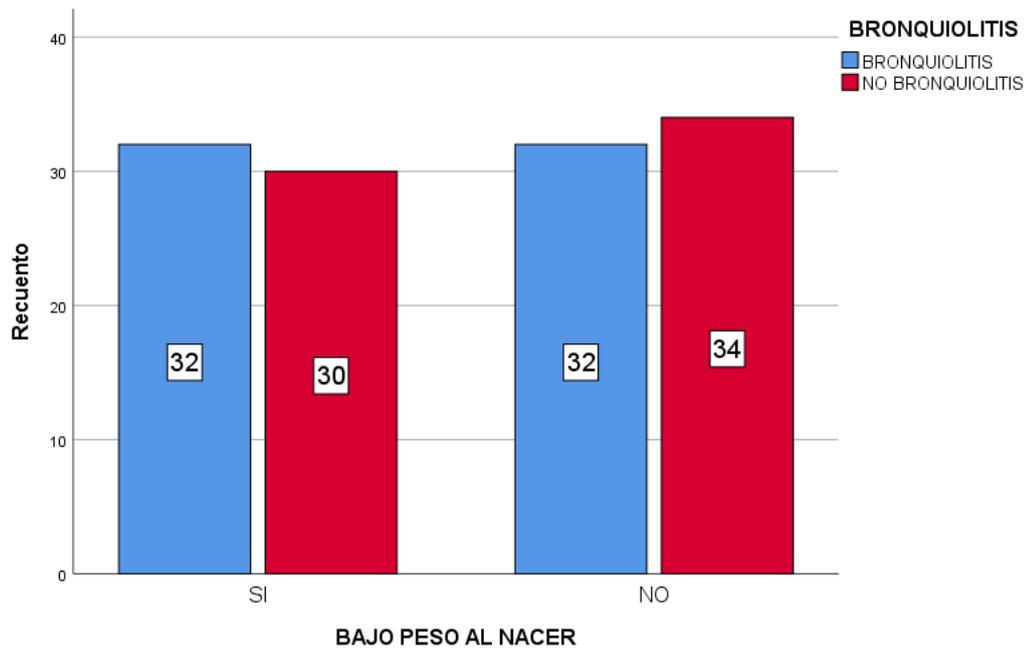
**GRÁFICO N°3:
FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES ASOCIADOS A BRONQUIOLITIS
EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN
JUAN DE DIOS – PISCO, 2019**



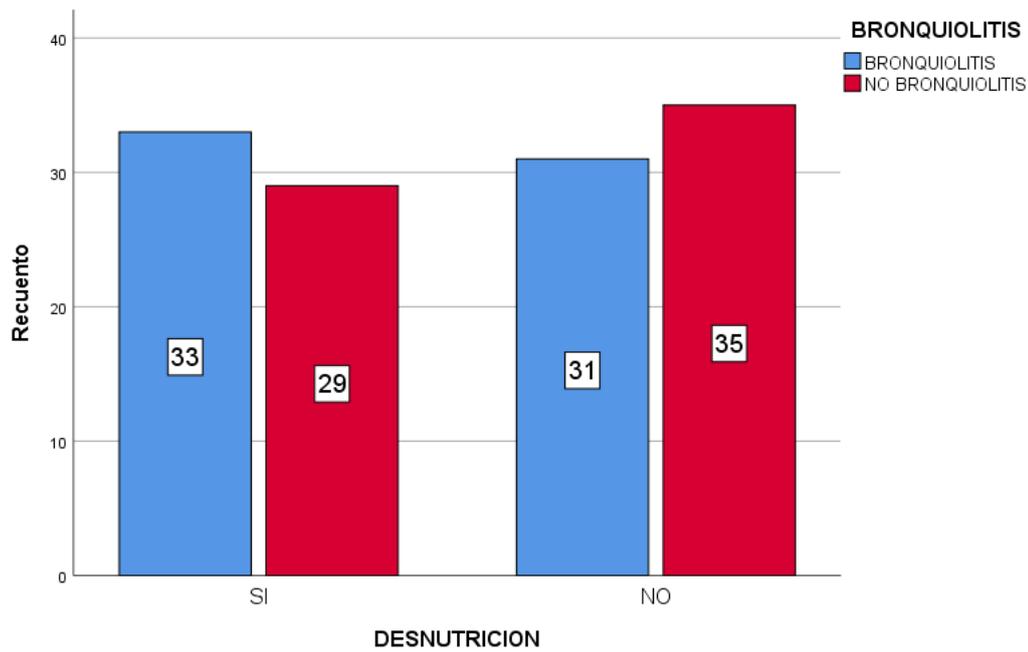
Fuente: Ficha de recolección de datos.



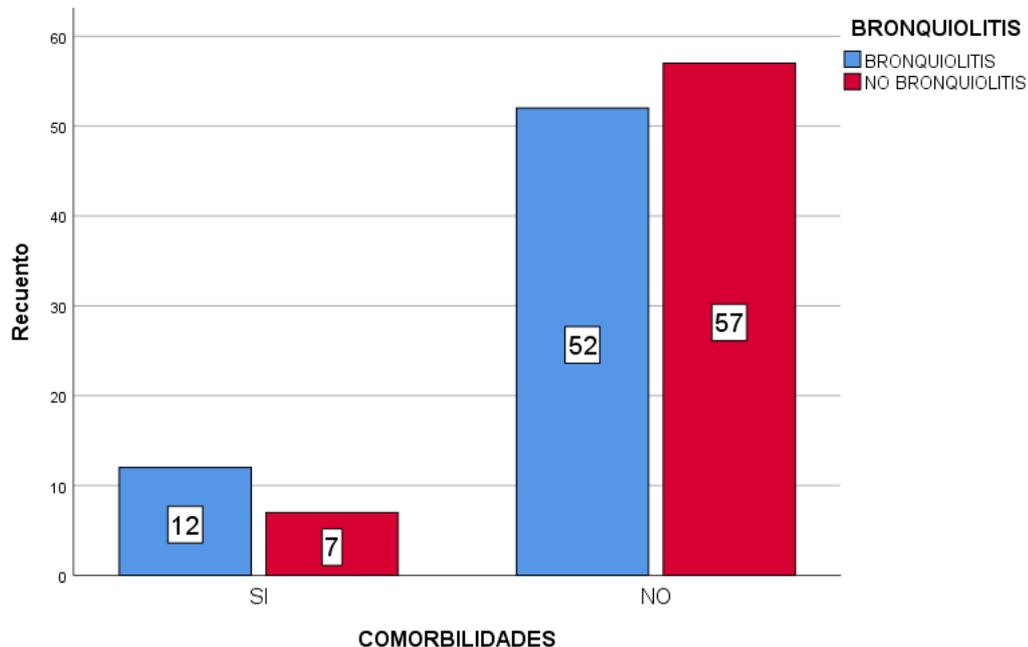
Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

Según la tabla N°4, entre los factores de riesgo individuales, la desnutrición tiene 1,285 veces de riesgo de generar bronquiolitis en niños menores de dos años; el bajo peso al nacer tiene 1,133 veces de riesgo, la edad tiene 1,133 veces de riesgo y la prematuridad tiene 0,487 veces de riesgo.

La asociación $p=0,060 > p=0,005$, afirma que, no hay asociación estadísticamente significativa; por lo tanto, no existe relación entre prematuridad y bronquiolitis en menores de 2 años. La asociación $p=0,479 > p=0,005$, afirma que, no hay asociación estadísticamente significativa; por lo tanto, no existe relación entre desnutrición y bronquiolitis en menores de 2 años. La asociación $p=0,724 > p=0,005$, afirma que, no hay asociación estadísticamente significativa; por lo tanto, no existe relación entre edad, bajo peso al nacer y bronquiolitis en menores de 2 años.

4.2. DISCUSIÓN

En la presente investigación en el aspecto general los resultados manifiestan dentro de los factores de riesgo con mayor resalte por el OR son a nivel individual la edad, el bajo peso al nacer, la desnutrición y comorbilidades; esto en concordancia con los resultados encontrados por Camejo S.² en la ciudad de Cuba donde hace mención en sus resultados a estos factores con OR estadísticamente significativos, con lo que podemos precisar que estos factores son repitentes a pesar de la diferencia geográfica y social que existe.

En cuanto a los datos generales de los factores de riesgo de estilo de vida, estadísticamente presentaron mayor relevancia la ausencia de lactancia como factor nulo según OR, esto contrario a lo encontrados por Vásquez C.¹¹ en el 2016, en la ciudad de Trujillo donde la lactancia exclusiva si se manifiesta como un factor de riesgo a considerar. Los datos generales de los factores de riesgo individuales de mayor resalte en los resultados son la edad, el bajo peso al nacer, la desnutrición y comorbilidades que si presentan un OR considerable de entre 1.13 y 1.87; resultados concordantes a los encontrados por Camejo S.² en su investigación en la cual también encuentra estas determinantes como factores de riesgo asociados a bronquiolitis.

En cuanto a los factores específicos de estilo de vida, se manifiestan como riesgo la ausencia de lactancia exclusiva, la condición económica y la asistencia a guarderías; al igual que son considerados en los resultados de la investigación de Campos C.⁷ en Piura.

Los factores de riesgo individuales con más de 1 de riesgo para generar bronquiolitis en la población de estudio se encuentran la desnutrición, el bajo peso al nacer y la edad; tal como lo encontró Quispe J.¹⁰ en su estudio en la ciudad de cuzco con algunas diferencias en jerarquía del OR. .

Se precisa que la relación estadísticamente significativa para los factores enunciados es nula. Esto se observa puesto que aunque todos los factores de riesgo están presentes, en comparación a los datos estadísticos de otras regiones del país es bastante baja, por diferencias culturales, sociales y geográficas.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- De los factores de riesgo especificados en la “Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquialitos en niños menores de 2 años”, los de mayor asociación en los pacientes del Hospital San Juan de Dios de Pisco durante el 2019 fueron el tipo de vivienda, servicios básicos, ausencia de lactancia materna exclusiva, edad, bajo peso al nacer, desnutrición y las comorbilidades. No encontrándose tanta repercusión el tabaquismo pasivo, la asistencia a guarderías, la condición económica y prematuridad; esto se manifiesta por el concepto social propio de la ciudad en estudio; considerando que la guía del MINSA es generalizada para todos los contextos y características de todo el país.
- Contrastando los factores de riesgo del medio ambiente, los servicios básicos son los que presentan mayor repercusión para los niños menores de 2 años, a la vez relacionado al tipo de vivienda, que particularmente en la ciudad de Pisco a pesar de ya haber pasado más de 10 años hay muchas zonas donde esto sigue siendo un problema para la población.
- La ausencia de la lactancia materna exclusiva, es el único factor de riesgo resaltante por su OR, relacionados al estilo de vida en los pacientes niños menores de 2 años resaltante en el Hospital San Juan de Dios de Pisco.
- Al contraste de los factores de riesgo individuales asociados a la bronquiolitis indicados por la guía del MINSA, en la población de estudio se encontró una coincidencia casi total de estos; exceptuando la prematuridad la cual tuvo una resultante de OR bajo.

5.2. RECOMENDACIONES

- Mantener un criterio uniformizado para la evaluación de la bronquiolitis en niños menores de 2 años, cumpliendo las recomendaciones y criterios de la guía práctica del MINSA. Puesto que esto ayudará a un mejor estudio y control estadístico a futuro.
- Actualizar de manera periódica los protocolos y criterios en las guías de evolución y tratamiento, puesto que hoy en día el contexto social y económico sufre cambios rápidos y evolutivos.
- Adecuar los lineamientos brindadas en las guías del MINSA, al contexto actual que se presenta ante la pandemia por COVID-19. Para que a pesar de las circunstancias se pueda seguir brindando una acertada evaluación y adecuado tratamiento con los cuidados necesarios para los pacientes.
- Tener en cuenta que muchos de los factores de riesgo asociados a la bronquiolitis en niños menores de 2 años, estudiados en la presente investigación, sufrirán un estancamiento o aumento estadístico en la población (tipo de vivienda, condición económica) como resultado del golpe económico sufrido de manera general en el país post-pandemia.
- Reforzar desde nuestro campo, la parte preventiva a través de programas que tiene el estado y combaten algunos factores de riesgo para la bronquiolitis, como son el caso del apoyo y difusión para la lactancia materna exclusiva y lucha contra la desnutrición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de dos años / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral -- Lima: Ministerio de Salud; 2019. 22 p.; ilus. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf>
2. Serrano, Y. D. L. A. C., Torres, G. M., González, J. E., Domínguez, E. G., & Morell, M. R. (2020). Factores de riesgo asociados a bronquiolitis en niños menores de dos años. Bayamo. 2017-2019. MULTIMED, 24. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1848>
3. FREITAS DO F. PORTUGAL: “Estudio epidemiológico de factores de la Bronquiolitis en el Hospital Universitario de Lisboa”. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/24074>
4. CRUZ M. (2019), SANTIAGO - CHILE: “Factores de riesgo asociados con bronquiolitis aguda hospitalizados en Pediatría del Hospital Ortega López, año 2018 – 2019” <http://repositorio.unemi.edu.cl/handle/123456789/37093>
5. NUÑEZ F. (2019), ASUNCIÓN - PARAGUAY: “Factores de riesgo de Bronquiolitis en pacientes menores de 2 años”. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1996-36962020000100029&script=sci_arttext
6. NAVARRO RUIZ, Isabel. Análisis del efecto de la influencia de la Lactancia Materna en lactantes de 0 a 6 meses ingresados por Bronquiolitis aguda. 2018. Disponible en <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/146060>
7. CAMPOS COBEÑA, Carlos Jonathan. Bronquiolitis: factores de riesgo en niños menores de 2 años hospital jorge reategui delgado-piura 2018. 2019. Disponible en: <http://repositoriov6.upao.edu.pe:8080/handle/upaorep/4670>

8. De Los Rios Herrera, M. A. (2018). Factores de riesgo asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes con diagnóstico de bronquiolitis en el Hospital de Apoyo Maria Auxiliadora enero 2016–diciembre 2017. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1210>
9. VILLAFUERTE MESCO, Ingrid Pamela. Principales factores de riesgo para hospitalización por bronquiolitis en menores de 2 años Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018. 2019. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1853>
10. SANDOVAL, Quispe; ABEL, Jesús. Factores asociados a la hospitalización por bronquiolitis en pacientes atendidos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2018. 2019. Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/UNSAAC/3998>
11. SALAZAR, Cynthia Armida Vásquez; ESPEJO, Elena Ysabel Salcedo. Factores de riesgo para hospitalización por bronquiolitis en el Hospital Belén de Trujillo. HAMPI RUNA, 2017, vol. 16, no 1, p. 61-85. Disponible en: <http://200.62.226.189/HAMPIRUNA/article/view/742>
12. Ochoa C, González J, Grupo del Proyecto aBREVIADo (BRonquiolitis-Estudio de Variabilidad, idoneidad y Adecuación). Conferencia de consenso sobre bronquiolitis aguda (II): epidemiología de la bronquiolitis aguda. Revisión de la evidencia científica. *An Pediatr (Barc)*, 2010; 72(3): 222.e1-222.e26. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403310000020>
13. Nebot, M. S., Teruel, G. C., Cubells, C. L., Sabadell, M. E., & Fernández, J. P. (2010, October). Guía de práctica clínica sobre la bronquiolitis aguda: recomendaciones para la práctica clínica. In *Anales de pediatría* (Vol. 73, No. 4, pp. 208-e1). Elsevier Doyma.
14. Green, R. J., Zar, H. J., White, D. A., & Madhi, S. A. (2017). Viral Lower Respiratory Tract Infections. In *Viral Infections in Children, Volume II* (pp. 27-56). Springer, Cham. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-54093-1_2

15. Vicuña, G. F. P. (2020). EVALUACIÓN DE SOLUCIÓN SALINA HIPERTÓNICA Y SALBUTAMOL NEBULIZADO EN EL TRATAMIENTO DE BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS. *Revista de Investigaciones (Puno)-Escuela de Posgrado de la UNA PUNO*, 9(2), 1518-1529.
16. Sangrador, C. O., de Dios, J. G., & del Proyecto aBREVIAD, G. D. R. (2010, May). Conferencia de Consenso sobre bronquiolitis aguda (VI): pronóstico en la bronquiolitis aguda. Revisión de la evidencia científica. In *Anales de Pediatría (Vol. 72, No. 5, pp. 354-e1)*. Elsevier Doyma. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S169540331000086X>
17. Ortega, J. S. C., Palacios, J. D. A., Fernández, M. D. C. J., & Molina, V. A. N. (2019). Estudio Transversal: Prevalencia de Infecciones por Virus Sincitial Respiratorio en Pacientes Ingresados en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, 2017. *REVISTA MÉDICA HJCA*, 11(2), 132-136.
18. Johnson LW, Robles J, Hudgins A, Osburn S, Martin D, Thompson A. Management of bronchiolitis in the emergency department: impact of evidence-based guidelines? *Pediatrics*. 2013 Mar; 131 Suppl S103–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23457145>
19. Ramos-Fernández J, Pinero-Domínguez P, Abollo-López P, Moreno-Pérez D, CordonMartinez A, Milano-Manso G, Urda-Cardona A. Estudio de validez de una escala de gravedad de la bronquiolitis aguda para orientar el ingreso en UCIP. *AnPediatr(Barc)*2017; S1695-4033(17)30398-3 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317303983>
20. Castro, P. E. A., Torres, A. G. R., Vintimilla, S. H. G., Crespo, A. P. C., Sacoto, P. E. G., Crespo, L. J. P., ... & Matute, V. A. G. (2019). Infecciones respiratorias agudas en infantes menores de 5 años del Centro de Salud

- Javier Loyola, Ecuador. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 38(6), 758-761.
21. Paredes-Vera, V. G. (2019). Bronquiolitis aguda en niños menores de 5 años: Una actualización de su manejo. Polo del Conocimiento, 4(6), 384-397.
 22. Karr CJ, Demers PA, Koehoorn MW, Lencar CC, Tamburic L, Brauer M. Influence of ambient air pollutant sources on clinical encounters for infant bronchiolitis. Am J Respir Crit Care Med. 2009;180(10):995-1001. Disponible en: <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.200901-0117OC>
 23. Díaz Trigoso, M. (2020). Factores de riesgo asociados a bronquiolitis en pacientes menores de 2 años en el Servicio de Pediatría del Hospital II-2 Tarapoto. Periodo enero-julio 2019.
 24. Pérez Delgado, J. C. (2020). Factores de riesgo asociados a gravedad en pacientes con bronquiolitis aguda hospitalizados en el servicio de Pediatría en el hospital Vitarte en el periodo del año 2018–2019.
 25. Moyano Ariza, L. F. Estimación de costo-enfermedad por neumonía y bronquiolitis en niños menores de 5 años en Colombia.
 26. Marcos, M. D. Bronquiolitis aguda: ¿seguimos la evidencia científica. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/77-86_Bronquiolitis%20aguda.pdf
 27. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, Alverson BK, Baley JE, Gadomski AM, et al. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. Pediatrics. 2014; 134(5):e1474-1502. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/134/5/e1474.full.pdf>
 28. Soto, C. S., Martínez, M. L. D., Castaño, P. L., Rodríguez, P. P., Cruz, A. R., & Serrano, G. T. (2020). Eficacia del masaje terapéutico para aliviar el malestar de niños y niñas con bronquiolitis. Conocimiento Enfermero,

- 3(07), 8-8. Disponible en:
<https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/100>
29. Ruiz González, S. (2019). Papel de las coinfecciones virales en el desarrollo de asma en niños con antecedente de bronquiolitis grave. Disponible en
<https://www.uptodate.com/contents/ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/40649>
30. Serra, J. A., González-Dambrauskas, S., Vásquez Hoyos, P., Carvajal, C., Donoso, A., Cruces, P., ... & Wegner Araya, A. (2020). Variabilidad terapéutica en lactantes con bronquiolitis hospitalizados en unidades de cuidados intensivos latinoamericanas. *Revista chilena de pediatría*, (ahead), 0-0. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062020005000406&script=sci_abstract&lng=en
31. Guitart, C., Alexandre, C., Torrús, I., Balaguer, M., Esteban, E., Cambra, F. J., & Jordan, I. (2019). Impacto de una modificación de la guía de práctica clínica de la Academia Americana de Pediatría en el manejo de la bronquiolitis aguda grave en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Medicina Intensiva*. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569119302645>
32. Ochoa Sangrador, C., Sánchez, B., Verísima, M., & Muñoz Martín, B. (2007). Relación entre la asistencia a guarderías y enfermedad infecciosa aguda en la infancia: Una revisión sistemática. *Revista española de salud pública*, 81, 113-129. Disponible en:
<https://www.scielosp.org/article/resp/2007.v81n2/113-129/>
33. De Manuel Gómez, C., & de Aauri, G. D. Los niños hospitalizados por bronquiolitis tienen más ingresos por causa respiratoria en la edad preescolar. Disponible en:
http://archivos.evidenciasenpediatria.es/_1wdMqnwxv5io8MsQyAC1eV9bmTBT5JrCLzfoR8Ew_u9-iL76fyfeCY8XE7Tc3HpPZmtFof8m5c

34. Moncada Blanco, A. P., & Villanueva Herrera, A. L. (2019). Relación entre estado nutricional y patologías presentes en lactantes y pre-escolares hospitalizados en la ESE Hospital Niño Jesús de Barranquilla enero-marzo 2017. Disponible: <http://repository.unilibre.edu.co/handle/10901/17728>.
35. Serrano Serrano, A. R. (2015). Factores de riesgo asociados a Bronquiolitis, Fundación Pablo Jaramillo. Cuenca 2014 (Master's thesis, Universidad del Azuay). Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4542/1/11029.pdf>
36. Viracacha, I. M. G., Galvis, M. D. P. P., Centanaro, O. P. P., Cano, D. C. E., Ramírez, Á. M. S., Argüello, D. C. E., & Sánchez, O. C. F. (2020). Caracterización de pacientes pediátricos con diagnóstico de bronquiolitis obliterante postinfecciosa a 2600 metros sobre el nivel del mar. *Universitas Medica*, 61(1). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/26361>.
37. Garcia CG, Bhore R, Soriano-Fallas A, Trost M, Chason R, Ramilo O, et al. Risk factors in children hospitalized with RSV bronchiolitis versus non-RSV bronchiolitis. *Pediatrics*. 2010; 126(6):e1453-60. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5629404>
38. Gómez Viracacha, I. M., Pedraza Galvis, M. D. P., Panqueva Centenaro, O. P., Estrada Cano, D. C., Soler Ramírez, Á. M., Echeverry Argüello, D. C., & Fuquen Sánchez, O. C. (2020). Characterization of Pediatric Patients Diagnosed with Post-Infectious Bronchiolitis Obliterans 2600 Meters above Sea Level. *Universitas Medica*, 61(1), 21-29. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-08392020000100021.
39. Rodríguez Castañeda, R. V. (2019). No adherencia al tratamiento de la guía clínica nacional de bronquiolitis asociado a mayor estancia hospitalaria en lactantes. Disponible en <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/5558>

40. Conesa Segura, E. (2019). Evaluación clínica de la respuesta a la fisioterapia respiratoria en los niños con diagnóstico de bronquiolitis aguda. Disponible en: <http://repositorio.ucam.edu/handle/10952/4136>.
41. Andina Martínez, D. (2019). Impacto de una estrategia continuada de mejora de la calidad en la atención de los pacientes con bronquiolitis aguda en un servicio de urgencias pediátrico. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/688484/andina_martinez_david.pdf?sequence=1.
42. Murray J, Bottle A, Sharland M, Modi N, Aylin P, Majeed A, et al. Risk factors for hospital admission with RSV bronchiolitis in England: a population-based birth cohort study. *PloS one*. 2014; 9(2):e89186
43. Talmadge E King, Jr, MD. Descripción general de los trastornos bronquiolares. Biblioteca virtual Uptodate, Marzo 2020. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-bronchiolar-disorders-in-adults?search=bronquiolitis&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
44. Pedro A Piedra, Ann R. Stark, MD. Bronquiolitis en lactantes y niños: tratamiento, resultado y prevención. Biblioteca virtual Uptodate, Abril 2020. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-in-infants-and-children-treatment-outcome-and-prevention?search=bronquiolitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
45. Talmadge E King, Jr, MD. Respiratory bronchiolitis-associated interstitial lung disease. Biblioteca virtual Uptodate, septiembre 2018. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/respiratory-bronchiolitis-associated-interstitial-lung-disease?search=Bronchiolitis%20risk%20factors&topicRef=6988&source=related_link#H1996764888
46. Jeremy Friedman, Michel Raider, J. Reider, Bronquiolitis: recomendaciones para el diagnóstico, monitoreo y manejo de niños de 1

a 24 meses de edad. Enero 2018:

<https://www.cps.ca/en/documents/position/bronchiolitis>

47. Dr. Pedro A Piedra Ann R. Stark, MD. Bronquiolitis en lactantes y niños: características clínicas y diagnóstico. Biblioteca virtual Uptodate, marzo 2020. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-in-infants-and-children-clinical-features-and-diagnosis?search=factores%20de%20riesgo%20bronquiolitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H70682711

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNA: THALIA CHASKA FERNÁNDEZ BULEJE

ASESOR: BRYSON MALCA WALTER

LOCAL: SAN BORJA

TEMA: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO- 2019

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTSIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019?</p>	<p>General Conocer los factores de riesgo asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019</p>	<p>General Los factores de riesgo asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019 con mayor repercusión son los individuales.</p>	<p>Dependiente - Bronquiolitis</p> <p>Indicadores - Presencia - Severidad</p>
<p>Específicos Pe1: ¿Cuáles son los factores de riesgo del medio ambiente asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019?</p>	<p>Específicos Oe1: Contrastar los factores de riesgo del medio ambiente asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019</p>	<p>Específicos He1: Existen factores de riesgo del medio ambiente asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019 con mayor repercusión es el tabaquismo pasivo. He2: Existen factores de riesgo en el estilo de vida</p>	<p>Independiente - Factores de riesgo</p> <p>Indicadores - Ambientales - Estilo de vida - Individual</p>

<p>Pe2: ¿Cuáles son los factores de riesgo en el estilo de vida asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019?</p> <p>Pe3: ¿Cuáles son los factores de riesgo individuales asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019?</p>	<p>Oe2: Contrastar los factores de riesgo en el estilo de vida asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019</p> <p>Oe3: Contrastar los factores de riesgo individuales asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019</p>	<p>asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019 con mayor repercusión es la lactancia materna exclusiva.</p> <p>He3: Existen factores de riesgo individuales asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años del hospital San Juan de Dios – Pisco, 2019 con mayor repercusión es la prematuridad.</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

ANEXO 02: MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

ALUMNA: THALIA CHASKA FERNÁNDEZ BULEJE

ASESOR: BRYSON MALCA WALTER

LOCAL: SAN BORJA

TEMA: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO- 2019

VARIABLE DEPENDIENTE: Bronquiolitis			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Presencia	Si No	Razón	Ficha de recolección de datos.
Severidad	Leve Moderado Severo	Ordinal	Ficha de recolección de datos.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores de riesgo			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de vivienda • Servicios básicos • Tabaquismo pasivo 	Ordinal Razón Razón	Ficha de recolección de datos.
Estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de lactancia materna exclusiva • Asistencia a guarderías y cunas • Condición económica familiar 	Razón Razón Ordinal	Ficha de recolección de datos.
Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Prematuridad • Bajo peso al nacer • Desnutrición • Presencia comorbilidades 	Razón Razón Razón	Ficha de recolección de datos.

ASESOR

ESTADÍSTICO

ANEXO 03: MATRIZ DE OPERACIONALIZACION METODOLÓGICA

ALUMNA: THALIA CHASKA FERNÁNDEZ BULEJE

ASESOR: BRYSON MALCA WALTER

LOCAL: SAN BORJA

TEMA: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO- 2019

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTO
<p>3.1.1. NIVEL DE INVESTIGACIÓN Explicativo, puesto que se conocerá las causas o factores que originan de la investigación</p> <p>3.1.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN Analítico de casos y controles, de corte transversal, retrospectivo y observacional.</p>	<p>Población general: Todos los menores de 2 años que se atendieron en el hospital San Juan de Dios de Pisco.</p> <p>Población objetiva: Consta de 64 pacientes con historial clínico que presentó bronquiolitis durante el año 2019 en HSJD P</p> <p>La muestra: se considera igual a la población Muestreo no probabilístico por conveniencia</p> <p>Criterios de inclusión Grupo casos Historias clínicas de niños menores de 2 años. Historias clínicas de niños atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco del 2019 Historia clínica de pacientes con registro de bronquiolitis.</p> <p>Grupo controles Historias clínicas de niños menores de 2 años. Historias clínicas de niños atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco del 2019 Historia clínica de pacientes sin registro de bronquiolitis.</p> <p>Criterios de exclusión Grupo casos Historias clínicas de pacientes mayores de 2 años. Historia clínica de pacientes con registro de otras patologías no respiratorias.</p> <p>Grupo controles Historias clínicas de pacientes mayores de 2 años. Historia clínica de pacientes con registro de otras patologías no respiratorias.</p>	<p>Técnica: Revisión de las historias clínicas.</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos.</p>



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUA BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ANEXO 04: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS (INSTRUMENTO)

Título: “Factores de riesgo asociados a bronquiolitis en niños menores de 2 años atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2019”

Autor: Thalia Chaska Fernández Buleje

Fecha:

Ficha de Recolección de Datos N° N° H.C: -----

Edad: Meses **Género:** Masculino () Femenino ()

Factores del medio ambiente:

- Tipo de vivienda Material noble () Rústico ()
- Servicios básicos Si () No ()
- Tabaquismo pasivo Si () No ()

Factores de estilo de vida:

- Ausencia de lactancia materna exclusiva: Si () No ()
- Asistencia a guarderías y cunas Si () No ()
- Condición económica de la familia: Pobreza () Hacinamiento () Otro ()

Factores individuales:

- Edad: menor a 3 meses () mayor a 3 meses ()
- Prematuridad: Si () No ()
- Bajo peso al nacer Si () No ()
- Desnutrición: Si () No ()
- Presencia de comorbilidades:

Cardiopatía congénita hemodinámica () Membrana Hialina ()

Enfermedad neurológica () Síndrome de Down ()

ANEXO 05: AUTORIZACIÓN



Ministerio de la Universidad de la Salud



A: Srta. Thalia Chaska Fernández Buleje
ASUNTO: Autorización para aplicar el instrumento de investigación
FECHA: Pisco, 25 de Mayo 2020

Mediante el presente documento me dirijo a usted, para comunicarle que el servicio y departamento de pediatría, luego de realizar su proyecto de investigación titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO- 2019", se le brinda la autorización para la aplicación del instrumento de investigación.

Es todo cuanto comunico a usted o solicitado.

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL ICA - CHIRIJA - ICA
H. H. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO

DRA. KARLA ALVA PISCOITE
PEDIATRA
C.M.P. N° 39822 R.N.E. 022540
JEFE DEL SERVICIO DE PEDIATRIA

Jefe del Departamento de Pediatría
Hospital San Juan de Dios

ANEXO 06: FOTOGRAFIAS

