UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ASOCIACIÓN ENTRE PREMATURIDAD, BAJO PESO AL NACER Y BRONQUIOLITIS EN NIÑOS Y NIÑAS, PERÍODO: 2022 - 2023

Tesis para optar el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

SNAYDER YARNEL PAZ SOLDAN BONIFACIO

Pucallpa, Perú

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En Pucallpa, a los 07 días del mes de Febrero del dos mil veinticinco, siendo las 19⁰⁰ horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominada **"ASOCIACIÓN ENTRE PREMATURIDAD, BAJO PESO AL NACER Y BRONQUIOLITIS EN NIÑOS Y NIÑAS, PERIODO: 2022-2023"**, elaborado por el Bachiller en Medicina Humana **SNAYDER YARNEL PAZ SOLDAN BONIFACIO.**

El Jurado Calificador de Tesis está conformado por los siguientes docentes:

M.C. EUGENIO ALFREDO FAUSTOR VILLAJUAN	(Presidente)
M.C. Mg. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL	(Miembro)
Dra. ARLENE ROSARIO FALCON GUERRA	(Miembro)

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo de QUINCE (15). Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

Pucallpa, 07 de Febrero del 2025.

M.C. Eugenio Alfredo Faustor Villajuan
Presidente del Jurado Evaluador

M.C. Mg. Luis Enrique Ruiz Solsol
Miembro del Jurado Evaluador

Dra. Arlene Rosario Falcón Guerra
Miembro del Jurado Evaluador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

M.C. EUGENIO ALFREDO FAUSTOR VILLAJUAN
Presidente del Jurado Evaluador

M.C. Mg. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL
Miembro del Jurado Evaluador

Dra. ARLENE ROSARIO FALCON GUERRA
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. Mg. BEATRIZ MERCEDES LUJAN DIVIZZIA
ASESOR DE TESIS

BACH. SNAYDER YARNEL PAZ SOLDAN BONIFACIO
TESISTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Nº V/0659-2024 .

La Dirección de Producción Intelectual de la Universidad Nacional de Ucayali, hace constar por la presente, que el trabajo académico de investigación, titulado:

"**ASOCIACIÓN ENTRE PREMATURIDAD, BAJO PESO AL NACER Y BRONQUIOLITIS EN NIÑOS Y NIÑAS, PERÍODO: 2022 - 2023**"

Autor(es)	:	**PAZ SOLDAN BONIFACIO, SNAYDER YARNEL**
Facultad	:	**MEDICINA HUMANA**
Escuela	:	**MEDICINA HUMANA**
Asesor(a)	:	**Mg. LUJÁN DIVIZZIA, BEATRIZ MERCEDES**

Presenta un **porcentaje de similitud de 5%,** verificado en el Sistema Antiplagio COMPILATIO,

De acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO, el cual indica que todo trabajo de investigación no debe superar el 10%. **En tal sentido, se declara, que el presente trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud,** procediéndose a emitir la presente Constancia de Originalidad de Trabajo de Investigación (COTI) a solicitud del asesor.

En señal de conformidad se firma y sella el presente documento.

Fecha: 22/11/2024

Mg. JOSÉ MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Repositorio de la Universidad Nacional de Ucayali

Yo, SNAYDER YARNEL PAZ SOLDAN BONIFACIO

Autor de la tesis titulada : ASOCIACIÓN ENTRE PREMATURIDAD, BAJO PESO AL NACER Y BRONQUIOLITIS EN NIÑOS Y NIÑAS, PERIODO: 2022-2023

Sustentada el año 2025

Asesor(a): BEATRIZ MERCEDES LUJÁN DIVIZZIA

Facultad: MEDICINA HUMANA

Escuela Profesional: MEDICINA HUMANA

Autorizo la publicación:

PARCIAL [ ] TOTAL [X]

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 07 / 02 / 2025

Email: snayderpsb@gmail.com Firma:

Teléfono: 930996410 DNI: 70362993

www.repositorio.unu.edu.pe
repositorio@unu.edu.pe

DEDICATORIA

A Dios

Mi esperanza y mi fortaleza, porque me ha permitido llegar hasta aquí. Poniendo en mi camino la oportunidad de superarme cada día de mi vida donde quiera que vaya.

A mis padres

Juan y Vita cuyo amor y apoyo incondicional han sido la base de mi éxito académico. Cuya dedicación y valores han sido mi brújula en este proceso de aprendizaje.

A mis hermanos

Gelsiee Melvith, Juan Carlos y Shade Viju que son mi fuente constante de amor y unidad; su afecto y apoyo incondicional han sido la fuerza detrás de mis logros académicos.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a Dios Todopoderoso, quien guía mi vida con sabiduría y llena mi camino de bendiciones.

A mis padres, por ser mi motor y motivo para poder realizar esta investigación, gracias por regalarme la mejor herencia, que es la educación, por impartirme valores, por alentarme a seguir adelante y cumplir con mis objetivos.

A la Universidad Nacional de Ucayali, mi alma mater, le agradezco por brindarme la oportunidad de recibir una educación de calidad y por su contribución a mi formación profesional.

A mi Escuela Profesional de Medicina Humana por acogerme en sus aulas y todo el apoyo y asistencia que me brindaron, fortaleciendo mis habilidades sociales, mi desarrollo personal y profesional

A mis distinguidos Profesores, que han sido signo de admiración, cuyas enseñanzas y orientación han sido pilares fundamentales en mi educación y crecimiento académico.

A mi asesora de tesis Mg. Luján Divizzia Beatriz Mercedes, cuya orientación y experiencia han sido invaluables en mi proceso de investigación. Su compromiso y conocimientos fueron esenciales para la culminación exitosa de este proyecto académico.

Mi sincero agradecimiento a mis amigos, quienes han sido una parte esencial de mi vida durante este largo y desafiante viaje académico. Vuestras palabras de aliento, ánimos y momentos compartidos han sido un recordatorio constante de que no estaba solo en esta travesía.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA vi
AGRADECIMIENTOS vii
ÍNDICE GENERAL viii
ÍNDICE DE TABLAS x
ÍNDICE DE FIGURAS xi
RESUMEN xii
ABSTRACT xiii
CAPÍTULO I 1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 1
1.1. Descripción del problema 1
1.2. Formulación del problema 2
1.2.1. Problema general 2
1.2.2. Problemas específicos 2
1.3. Objetivos de la investigación 3
1.3.1. Objetivo general 3
1.3.2. Objetivos específicos 3
1.4. Justificación de la investigación 3
1.4.1 Justificación teórica 3
1.4.2 Justificación práctica 3
1.4.3 Justificación socioeconómica 3
CAPITULO II 4
MARCO TEÓRICO 4
2.1. Antecedentes de la investigación 4
2.1.1. Antecedentes internacionales 4
2.1.2. Antecedentes nacionales 5
2.1.3. Antecedentes locales 7
2.2. Base teórica 10
2.3. Definición de términos básicos 14
2.4. Hipótesis 14

2.4.1. Hipótesis general 14
2.4.2. Hipótesis específicas 15
2.5. Variables 15
2.6. Operacionalización de variables 15
CAPÍTULO III 16
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 16
3.1. Ámbito de estudio 16
3.2. Tipo de investigación 16
3.3. Nivel de investigación 16
3.4. Método de investigación 16
3.5. Diseño de investigación 16
3.6. Población 16
3.7. Muestra 16
3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 18
3.9. Procedimientos de recolección de datos 18
3.10. Técnicas de procesamiento y pruebas estadísticas de datos 19
3.10 Consideraciones éticas 19
CAPÍTULO IV 20
RESULTADOS Y DISCUSIÓN 20
4.1 Características de la muestra de casos 20
4.2 Resultados de la investigación 21
a) Prematuridad y bronquiolitis 21
b) Bajo peso al nacer y bronquiolitis 22
4.3 Discusión de resultados 23
CAPÍTULO V 26
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 26
5.1 CONCLUSIONES 26
5.2 RECOMENDACIONES 27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 28
ANEXOS 31

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de las variables……15
Tabla 2 Tabla de doble entrada para prematuridad y bronquiolitis……21
Tabla 3 Resultados de la prueba de independencia, calculado con Chi Cuadrado de Pearson, para variables prematuridad y bronquiolitis……21
Tabla 4 Medidas simétricas para determinar intensidad de asociación entre variables prematuridad y bronquiolitis……..22
Tabla 5 Tabla de doble entrada para bajo peso al nacer y bronquiolitis……22
Tabla 6 Resultados de la prueba de independencia, calculado con Chi Cuadrado de Pearson, para variables bajo peso al nacer y bronquiolitis……23
Tabla 7 Medidas simétricas para determinar intensidad de asociación entre variables bajo peso al nacer y bronquiolitis……..23

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Características de los niños considerados en las historias clínicas analizadas……20

RESUMEN

El objetivo del estudio es determinar la asociación entre la prematuridad y el bajo peso al nacer con la bronquiolitis en niños/as menores de dos años. Como método de recolección de datos se empleó un análisis documental de historias clínicas de 240 niños atendidos en el Centro de Salud Supte San Jorge de Tingo María, Huánuco en el periodo 2022-2023; Los resultados indican que el bajo peso al nacer es la variable que mejor se asocia a la bronquiolitis ($X^2 = 78.01$; $p<0.05$; Vc. 0.57), seguido de prematuridad ($X^2 = 28.95$; $p< 0.05$; Vc. 0.34). Estos resultados respaldan que el departamento de Huánuco continúa ocupando el séptimo lugar con el mayor número de niños/as que nacen con bajo peso al nacer y el 16vo lugar en la proporción de prematuridad de neonatos fallecidos en el país, siendo el bajo peso al nacer, un indicador del estado nutricional del niño/a asociado a la morbilidad y mortalidad de niños/as menores de dos años.

Palabras clave: Bronquiolitis, bajo peso al nacer, prematuridad, Huánuco.

ABSTRACT

The objective of the study is to determine the association between prematurity and low birth weight with bronchiolitis in children under two years of age. The data collection method used was a documentary analysis of the medical records of 240 children treated at the Supte San Jorge Health Center in Tingo María, Huánuco in the period 2022-2023; The results indicate that low birth weight is the variable best associated with bronchiolitis ((X^2 = 78.01; p<0.05; Vc. 0.57), followed by prematurity (X^2 = 28.95; p< 0.05; Vc. 0.34). These results support that the department of Huánuco continues to occupy the seventh place with the highest number of children born with low birth weight and the 16th place in the proportion of prematurity of deceased newborns in the country, being low birth weight, an indicator of the nutritional status of the child associated with morbidity and mortality of children under two years of age.

Keywords: Bronquiolitis, bajo peso al nacer, prematuridad, Huánuco.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Las infecciones respiratorias constituyen una de las patologías más frecuentes a nivel mundial porque presentan una mayor incidencia durante la etapa pediátrica. Dentro de los cuadros respiratorios, el que tiene mayor relevancia e implicancia en este grupo etario es la bronquiolitis, es considerado como el primer episodio infeccioso causante de la taquipnea y sibilancias en menores de dos años. Teniendo como principal agente al virus sincitial respiratorio, que se encuentran hasta en un 76% de los casos (1).

En España, por ejemplo, los casos de bronquiolitis representan el 20% de las consultas médicas y el 2,5% de las hospitalizaciones. En Estados Unidos, aproximadamente el 10% de las lactantes presentan bronquiolitis (2).

En nuestro país, las infecciones respiratorias constituyen un problema latente e importante. Así tenemos, al año 2017 fueron diagnosticados aproximadamente 2,3 millones de casos (Ordoñes, 2017) (3). Por otro lado, la infección por el virus sincitial respiratorio se presenta en un 70% de niños menores a los 12 meses de edad, de los cuales el 22% desarrollan síntomas, y de este grupo, un 13% presentaban bronquiolitis aguda durante el primer año de vida (4).

Según el Sistema de Consulta Externa-HIS, esta patología tiene una tendencia creciente en los últimos cinco años, sobre todo en los niños menores de un año donde se reportan mayor número de casos (3]. La mortalidad en estos pacientes se incrementa con la presencia de factores de riesgo, entre otros, como el bajo peso al nacer, la prematuridad, y los antecedentes de parto por cesárea (3).

Según el informe del Ministerio de Salud del año 2018, en nuestro país la prematuridad representaba un 21,8% de los casos (5).

En cuanto al bajo peso al nacer, se encuentra hasta un 15% de los nacimientos a nivel mundial. Según la UNICEF, en el informe del Estado Mundial de la Niñez del año 2022 la incidencia de bajo peso al nacer en el Perú fue del 8% de los casos (5).

Considerando que la bronquiolitis es una enfermedad frecuente en pediatría, resulta de interés precisar aquellos factores que condicionan su aparición. Estandarizándose en el

país mediante una guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de dos años (MINSA, 2019) (6,7). Por tanto, es nuestro interés definir y precisar principalmente la asociación de la prematuridad y el bajo peso al nacer con la bronquiolitis; para mejorar la planificación de estrategias de intervención y control de gestantes.

Y con mayor razón, cuando la totalidad de los estudios vinculados con la temática de bronquiolitis y su relación con los factores de bajo peso al nacer y la prematuridad de los niños/niñas menores de dos años solo se realizaron a nivel de hospitales, incluyendo en la ciudad de Pucallpa que desarrollaron tres únicos estudios, entre ellos, dos de los estudios de tesis en medicina corresponden al de Ildefonso en el año 2021 (8) y al de Huacahuasi, el año 2019 (9); Mientras tanto, en el ámbito del departamento de Huánuco este estudio sería la primera en un establecimiento de salud de nivel I-3.

Constituyendo una necesidad apremiante determinar la asociación entre la prematuridad y el bajo peso al nacer con la bronquiolitis en niños y niñas menores de dos años atendidos en el Centro de Salud de Supte San Jorge, Tingo María.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿La prematuridad y el bajo peso al nacer están fuertemente asociadas con la bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿La prematuridad está asociada significativamente con la Bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María?
- ¿El bajo peso al nacer está asociado significativamente con la Bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar el nivel de asociación de la prematuridad y bajo peso al nacer con la bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María.

1.3.2. Objetivos específicos

- O1: Determinar si la prematuridad está asociada con la bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María.
- O2: Determinar si el bajo peso al nacer está asociado con la bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Justificación teórica

El estudio se justifica porque está orientado a una de las patologías respiratorias más frecuentes durante la edad pediátrica que es la bronquiolitis, siendo importante conocer si estas variables están asociadas con la aparición de la bronquiolitis para luego socializar a la población de riesgo, y de esta manera procurar se eviten las consecuencias a posteriori de la aparición de la enfermedad.

1.4.2 Justificación práctica

Al conocer la asociación a esta patología, se podrían aumentar los programas preventivo-promocionales dirigidos al grupo etario en estudio, y así evitar infecciones recurrentes u otras complicaciones que conduce esta patología.

1.4.3 Justificación socioeconómica

Como la enfermedad no solo tiene repercusiones en la edad pediátrica, sino porque se incrementa el riesgo de adquirir otras infecciones o cuadros respiratorios crónicos, esto, hace que se deterioran la calidad de vida con complicaciones que elevan los costos de atención en el sistema de salud, y consecuentemente un alto costo social. Por lo que este estudio puede contribuir en la mejora organizativa y en la atención de los servicios de salud disminuyendo la morbimortalidad de la bronquiolitis.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

En Nepal (Turkía) al año 2021, Çelik et al. (8) señalan que al igual que la anemia, entre otros, el bajo peso al nacer de los niños es un factor predisponente en la aparición de infecciones del tracto respiratorio inferior, existiendo datos limitados sobre la relación entre el primer factor y la bronquiolitis aguda en lactantes, por ejemplo. Los autores estudiaron retrospectivamente en 163 lactantes, de los cuales, 101 con bronquiolitis aguda y 62 como control pareado por edad y sexo. Las edades de los niños y niñas comprendían entre un mes y dos años de edad. Para su mejor análisis los pacientes se dividieron en tres categorías de bronquiolitis: bronquiolitis aguda leve, bronquiolitis moderada y bronquiolitis grave (8).

El estudio consideró el nivel de hemoglobina (Hb) de los pacientes según los siguientes niveles: bajo nivel, cuando estaban por debajo de 11 gm/dL, que es menos de 2 desviaciones estándar (DE). Los resultados señalan que la mediana de Hb y la concentración media de hemoglobina celular (MCHC) fueron significativamente más bajas en pacientes con bronquiolitis aguda que en los de controles {10,1 g/dl (9,6-10,6 g/dl) frente a 11,2 g/dl (10,6-12,1 g/dl); $p < 0,001$)}, y {33,6 (32,5-34,1 g/dL) frente a 34 g/dL (33,1-34,5 g/dL) $p = 0,012$}. Por el contrario, la mediana del ancho de distribución de glóbulos rojos (RDW) fue mayor {14,4% (13,5-15,6%) frente a 14,1% (13,1-15%)} (8).

Cuando se evaluó mediante análisis de regresión logística el riesgo de bronquiolitis grave aumentó 10 veces en pacientes con bronquiolitis aguda con un valor de Hb ≤ 10 g/dL. Además, encontraron que hubo correlación negativa significativa entre el nivel de Hb y la gravedad de la bronquiolitis (r: -0,423, $p < 0,001$) (8).

Por otro lado, los pacientes que tenían un valor de Hb por debajo de 9,95 g/dl tenían riesgo de bronquiolitis más grave con una sensibilidad del 73,7 % y una especificidad del 83,3 % que los demás niños (8).

El Basha N et al. (2017) en Egypto, indicaron que la prematuridad es un factor predictivo y significativo de peores resultados en la bronquiolitis víral (9) comparando para

ello entre prematuros con los recién nacidos a término. El estudio es prospectivo durante un período de tres años en el cual incluyeron a 153 lactantes, 74 prematuros sanos y 79 recién nacidos a término sanos, todos ellos ingresados con diagnóstico clínico de bronquiolitis (9).

Para obtener los resultados registraron los puntajes de severidad de la bronquiolitis mediante la realización de hisopados nasofaríngeos de cada paciente al momento de la presentación (9). Los resultados señalan que los puntajes de severidad fueron significativamente más graves para aquellos prematuros en comparación con aquellos recién nacidos a término (9).

En el caso de niños del grupo prematuro tuvo un incremento en la duración media de la estancia hospitalaria y la oxigenoterapia, y resultaban más probable que necesitarían ingresos a la UCI, y de una ventilación mecánica en comparación con el grupo a término (9). La media para infecciones por metapneumovirus humano, virus sincitial respiratorio y para parainfluenza fueron más graves significativamente en los prematuros en comparación con los recién nacidos a término. Los autores concluyen, que entre otros factores, el factor de la prematuridad afecta significativamente la gravedad de la bronquiolitis (9).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Yarasca (10) en una tesis de maestría de medicina del año 2020 señala haber evaluado la asociación entre los factores perinatales y la bronquiolitis en niños de un hospital de Puente Piedra (Lima) atendidos durante el año 2019, incluyendo a 190 pacientes, de los cuales n= 95 correspondían a casos (con bronquiolitis) y otros tantos a controles (sin bronquiolitis), esta cantidad fue seleccionada mediante muestreo aleatorio simple (10).

Los resultados al que arribó fueron: a) antecedentes de prematuridad constituye un factor de riesgo para los casos de bronquiolitis de hasta un odds ratio de OR= 4.6 (IC 95%: 2.219-9.58); b) los antecedentes de bajo peso al nacer también constituían un factor de riesgo para bronquiolitis que según el valor de OR es: 3,191 (IC 95%: 1.481- 6.877) (10).

Las conclusiones al que arribó el autor (10), es que la prematuridad está asociada al desarrollo de bronquiolitis, que representa un factor de riesgo que aumenta hasta cuatro veces la probabilidad de adquirir dicha bronquiolitis. Igualmente, el factor de bajo peso al nacer es también un riesgo para la evolución de la bronquiolitis de hasta tres veces mayor de probabilidad de aparecer la bronquiolitis (10).

Carrasco (11), en una tesis de medicina sustentada en el año 2019 realizó su estudio en el servicio de pediatría de un hospital de nivel II de Cajamarca durante dos años (2016-2018), si las condiciones de los niños menores de dos años como el bajo peso al nacer eran factores de riesgo para la aparición de la bronquiolitis. Para dicho propósito realizó un trabajo analítico observacional y retrospectivo de casos-controles, considerando para esto a n= 210 pacientes, divididos en dos grupos: de casos a n= 105 pacientes y para controles también n= 105 pacientes (11).

La agrupación de la cantidad de niños según la prueba de chi-cuadrado, tanto según el sexo (p< 0.088) como según la edad (p< 0,071) agrupadas en tres categorías fueron homogéneas (11). Los resultados que señala el autor muestran que los pacientes con bronquiolitis fueron los lactantes menores de seis meses que representan el 45% de casos, seguido de los lactantes entre seis y 12 meses, que equivale al 23% y aquellos niños de 12-24 meses que representan el 34% (11).

La cantidad de pacientes desagregados según el sexo el 59% eran varones y el porcentaje restante mujeres, de estos pacientes el 68% habían recibido lactancia materna y un 32% no recibieron lactancia materna. El autor (11) concluye que la prematuridad es un factor de riesgo para la bronquiolitis en niños menores de 2 años de hasta OR= 2.56 (p< 0.05), igualmente el factor de bajo peso al nacer hasta un OR: 2.53 (p< 0.05) (11).

Estrada (12) en una tesis de medicina estudió en el año 2017 en un hospital de El Callao la asociación entre los riesgos de bajo peso al nacer y los antecedentes de prematuridad con los casos de bronquiolitis. El tipo de estudio aplicado fue descriptivo con diseño transversal retrospectivo, habiéndose trabajado para su análisis con n= niños y niñas de entre los seis meses hasta los dos años de edad (12).

La autora (12) dentro de las características de bajo peso al nacer encontró que el 46% tuvieron diagnóstico de bronquiolitis cuya edad de “a término” representaban hasta el 46% de los casos, moderadamente prematuros el 34% del total, muy prematuros el 10% de los casos, extremadamente prematuros el 6% de la muestra estudiada, y el 4% prematuros tardíos del total de los casos (12).

Sobre los resultados que llega la autora (12) como principal riesgo asociado a la bronquiolitis es la inmunización incompleta para un 68% de los casos, pero como segundo factor de riesgo de la bronquiolitis aguda era el bajo peso al nacer para el 50% de los casos

del total de la muestra, convirtiéndose en un factor no modificable, y además, es un elemento definitivo para la presencia y gravedad de la bronquiolitis aguda (12).

Dentro de los factores que se asocian a esta patología encontró que las inmunizaciones incompletas son el 68%, el factor de bajo peso al nacer con el 50%, la no lactancia materna hasta el 34% y moderadamente prematuros hasta el 34%. Concluyendo que las inmunizaciones incompletas son los factores de riesgo más frecuentes (12).

Dentro de las recomendaciones, la autora (12) señala que es conveniente seguir con la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones siguiendo el sistema de vigilancia de enfermedades prevenibles mediante las vacunaciones. Continuar motivando a las madres seguir los controles prenatales, control adecuado de peso al nacer y el parto institucional, promover los beneficios de la leche materna e incentivar al personal de salud responsable a que durante las primeras 24 horas de nacido se inicie con la lactancia materna (12).

Damián (13) en el año 2018 realizó una tesis de medicina utilizando el método de análisis documental con diseño transversal retrospectivo en pacientes de cero a un año de edad en un hospital de Puente Piedra (Lima). En la muestra incluyó a n= 92 niños y niñas todos ellos diagnosticados con bronquiolitis. Dentro de las técnicas de recolección de datos se empleó la historia clínica para luego registrar en una ficha de datos (13).

La mayor frecuencia de casos, tenían entre cero y seis meses de edad, que equivale al 80,4% del total, según el género predominaban los del género masculino, que representa al 63% del total. De estos 92 niños, el 60,9% no habían sido inmunizados (13).

Los resultados muestran que el 81,5% tenían como antecedente a la prematuridad y el 57% no tuvieron ingesta de lactancia materna (13). Por tanto, el autor concluye que los factores de riesgos asociados a la bronquiolitis es la prematuridad, las inmunizaciones incompletas y la lactancia materna no exclusiva (13)

Dentro de las recomendaciones el autor señala la necesidad de la identificación, del control y de la aplicación de medidas preventivo promocionales suficientes para prevenir el desarrollo de bronquiolitis en lactantes, pero específicamente en niños y niñas menores de seis meses, porque son ellos los más vulnerables para la evolución de la bronquiolitis (13).

2.1.3. Antecedentes locales

Ildefonso (6) en su tesis de medicina del año 2021 realizada en un hospital de Pucallpa menciona que su objetivo fue determinar cómo los factores clínicos y factores

epidemiológicos pueden estar asociados con la bronquiolitis. Dentro de los factores clínicos estuvieron considerados los antecedentes familiares, la terapia con oxígeno y la estancia hospitalaria; y como factores epidemiológicos, la edad, el sexo, la procedencia y el tiempo de embarazo (mujeres 63.7%; procedencia urbana 57,2%; mayoría con edad gestacional de 37 semanas) (6).

Para su cometido la autora (6) analizó durante dos años (2016-2018) utilizando un estudio con diseño transversal correlacional retrospectivo. El tamaño de muestra fue determinado por conveniencia, la misma que quedó formada por 201 pacientes, y la técnica para recoger los datos fue la encuesta y el de análisis documental mediante información de las historias clínicas (6).

Sobre los resultados de análisis descriptivo están formados por las frecuencias relativas para las variables categóricas, además de los datos sobre las medianas y rangos de cada variable cuantitativa. En relación al análisis bivariado determinando las Odds Ratio (OR) e intervalos de confianza fueron determinadas mediante análisis de regresiones logísticas (6). Respecto a las niñas el 52% tienen mayores posibilidades de presentar diagnóstico de bronquiolitis, en cuanto a los pacientes pediátricos que tenían antecedentes con dificultades respiratorias tenían 22,3% más posibilidades de presentar bronquiolitis (6).

Solo el 31% de los pacientes habrían recibido oxígeno terapia y la autora ha demostrado que la variable sexo y los antecedentes respiratorios se asociaban al diagnóstico de bronquiolitis (6). Otro de los principales resultados es que la variable sexo y la categoría de diagnóstico de bronquiolitis estaban asociadas significativamente. En cambio, entre los factores lugar de procedencia, estancia hospitalaria ($p< 0.249$) y la edad gestacional no existían asociación con el diagnóstico de bronquiolitis (6).

La autora (6) recomienda para los familiares de los pacientes intensificar el asesoramiento sobre los signos y los síntomas asociados a problemas respiratorios, y realizar estudios multivariados, para de esta forma considerar mejores ajustes de asociación y regresión con la bronquiolitis (6).

Huacahuasi (7) en su tesis de medicina sobre los factores de riesgo domiciliarios y bronquiolitis en dos hospitales de Pucallpa, mediante una muestra de 164 pacientes menores de dos años de edad y aplicando para ello un instrumento de recolección de datos basados en las historias clínicas de ambos hospitales que previamente fueron evaluados

mediante el coeficiente Alpha de Cronbach (α = 0,664), que indica buena fiabilidad del instrumento según consistencia interna del instrumento. Entre otros aspectos, este instrumento abarcaba aspectos sobre los riesgos ciudadanos y la bronquiolitis formando 12 ítems de un total de 60 ítems (7).

El autor (7), Encontró que los niños menores provenientes del área urbana adquirían con mayor frecuencia e intensidad la bronquiolitis. Por otro lado, señala que el nivel de factor de riesgo patológico era bajo para el 73,8% del total de niños, los factores biológicos representaban al 56,7% del total, y los factores ambientales equivalían al 80,5% dentro del nivel de riesgo medio (7).

Otro de los resultados es la relación inversa que el autor señala: entre el factor patológico y la bronquiolitis con un nivel de correlación de: r = -0,174; significancia p< 013; pero las correlaciones entre los factores biológicos y ambientales eran bajas (7).

En relación al grupo etario, los niños y niñas mayores de 28 días hasta un año de edad representaban el 89% con el cuadro de bronquiolitis, y el 11% de niños en aquellos que se encontraban entre un año y menores de dos años (7). En cuanto al género determinó que los varones presentaban mayor riesgo para la bronquiolitis (7).

Otro de los estudios en la localidad corresponde a la tesis de medicina de Rengifo (14) que fue publicada recientemente (año 2022), la autora planteó como objetivo, determinar los factores epidemiológicos asociados a Bronquiolitis en el servicio de emergencia de un hospital de Pucallpa, quién recogió los datos en el período de: Enero 2020 - Junio 2021.

El estudio corresponde al tipo observacional analítico con diseño transversal mediante análisis documental de historias clínicas, siendo la variable dependiente la bronquiolitis en niños menores de dos años y las variables independientes constituían los factores epidemiológicos (14). La ficha de recolección de datos permitió recolectar información sobre el sexo y procedencia del niño o niña, grado de instrucción de la madre, ocupación de la madre, y dentro del factor de infraestructura y saneamiento incluyó al tipo de vivienda Madera y la disponibilidad de servicios básicos (14).

Los resultados que señala la autora (14) son:

- El 25,5% de los niños afectados por bronquiolitis tenían hasta un año de edad
- Los más afectados eran los varones que representaban el 53,2% del total

- Cerca de la mitad del total de niños procedían de Yarinacocha (46,8%) y el restante de las localidades de: Callería, Campo verde, Aguaytía, Nueva Requena, Yuyapichis (Pasco), Puerto Inca, San Alejandro, Neshuya, y de Sepahua.
- Las viviendas de los padres mayormente eran de madera (83%).
- Solo el 42,6% contaban servicios básicos en su hogar.
- El 38,3% de los padres o tutores de los niños afectados tenían solo secundaria incompleta (14).

En la investigación realizada se determinó que el factor epidemiológico más asociado a la Bronquiolitis son los infantes de un mes de edad, siendo estos en su mayoría del sexo masculino, encontrándose con mayor frecuencia en el distrito de Yarinacocha, donde las viviendas generalmente son de madera; por consiguiente se deduce que gran parte de las viviendas tienen los tres servicios básicos, sin embargo las personas responsables de los menores afectados tienen apenas secundaria incompleta (14).

La autora (14) señala también que como la edad promedio con mayor frecuencia de Bronquiolitis estuvieron en aquellos niños menores de un año, se deben porque su organismo aún se encuentra en proceso de adaptación y desarrollo, haciéndoles más vulnerables a todo tipo de enfermedades.

2.2. Base teórica

Definición

La bronquiolitis es una infección respiratoria viral caracterizada por un pródromo de las vías respiratorias superiores seguido de sibilancias y aumento del esfuerzo respiratorio que afecta típicamente a niños menores de dos años, y ocurre comúnmente durante las estaciones de invierno. Los factores que incrementan el riesgo de bronquiolitis son los bebés que tienen menos de 12 semanas y aquellos con antecedentes de prematuridad (8).

La patología es frecuente en lactantes debido a la obstrucción de origen inflamatorio de las vías respiratorias, y es el primer episodio de tos con sibilancias y/o estertores, precedido por un cuadro de rinitis aguda por aproximadamente de tres a cinco días (8, 15).

Se asocia a infecciones virales respiratorias ocasionadas principalmente por el virus sincitial respiratorio (70% de casos), seguido por rinovirus, virus parainfluenza, metapneumovirus humano, virus influenza, adenovirus, coronavirus y bocavirus humanos (15,16).

Epidemiología

Los cuadros respiratorios señalados representan un problema para nuestro país, y es aproximadamente unos 2.3 millones de casos diagnosticados durante el año 2017. Por ejemplo, según un estudio realizado en la sierra determinó que el 23% de las infecciones respiratorias fueron ocasionadas por el virus sincitial respiratorio, afectando principalmente a menores de seis meses (3, 4).

La infección por el virus sincitial respiratorio presenta en un 70% de niños menores de 12 meses, de los cuales el 22% desarrolla síntomas y de este grupo, un 13% presentan bronquiolitis aguda durante el primer año de vida (3, 4).

Según el Sistema de Consulta Externa HIS, esta patología tiene una tendencia creciente en los últimos cinco años, siendo los niños menores de un año el grupo donde se reportan mayor número de casos (17).

Cuadro clínico

El inicio del cuadro clínico se caracteriza por la presencia de síntomas de vías respiratorias superiores, como es la rinorrea, que duran entre tres a cinco días, seguido por tos persistente, acompañado o no por un cuadro febril, la cual puede llegar a exacerbarse, especialmente en niños más pequeños. Al examen físico podemos encontrar aumento de la frecuencia respiratoria, tirajes subcostales, intercostales, supraclaviculares, sibilancias o estertores (15).

La presencia de apnea suele ser un signo cardinal de esta patología en menores de dos meses. El tiempo de duración de esta patología depende de la edad, gravedad de la enfermedad, factores de riesgo como por ejemplo prematuridad, enfermedad pulmonar crónica y el agente causal (21). La resolución de la tos varía entre ocho a veintiún días, así como, la taquipnea disminuye por lo general de dos a cinco días. El curso puede prolongarse en niños menores de seis meses, particularmente los menores de tres meses, y aquellos con comorbilidades, los cuales son afectados gravemente y pueden llegar a requerir ventilación asistida (15, 21).

Diagnóstico

El diagnóstico de esta enfermedad es clínico, y se identifica básicamente por ser el primer episodio de tos persistente, sibilancias y estertores en menores de dos años de edad; pudiendo estar o no acompañado por el aumento de la frecuencia respiratoria, aleteo nasal,

retracción torácica, fiebre, dificultad para alimentarse, entre otros (21). Si la tos dura más de tres semanas se debe reevaluar al paciente y considerar otra patología que condicione dicho cuadro. Es de suma importancia considerar que los lactantes menores de seis meses no presentan signos auscultatorios, así como los menores de seis semanas de edad, pueden presentar apnea como único signo clínico (15, 21).

En cuanto a exámenes auxiliares no es necesario el uso de pruebas como hemograma, proteína C, gases arteriales, entre otras. No es recomendable la toma de radiografías torácicas, aunque podría realizarse en casos donde existan dudas para establecer el diagnóstico (15, 21, 22).

Tratamiento

En cuanto al manejo de la enfermedad existen medidas generales como la limpieza de las secreciones de vías respiratorias altas en niños que evidencian dificultad respiratoria y dificultad para alimentarse. Se deben aplicar medidas posturales como es la elevación de la cabecera de la cama. En niños con dificultad respiratoria o riesgo de deshidratación se tiene como opción la alimentación por sonda nasogástrica (15).

Se deben considerar seis acciones claves para el manejo del paciente con bronquiolitis las cuales son: Administración de paracetamol si la temperatura axilar fuera mayor de 38°C y en casos en que sea menor a este valor pero que genere disconfort o exista el antecedente de convulsiones febriles (21).

En cuanto a la alimentación si el paciente es menor de seis meses o aun no inició la alimentación complementaria, se debe incentivar a amamantarlo con frecuencia. En el caso que ya haya iniciado la alimentación complementaria, deberá continuar dándole la alimentación correspondiente (15, 21).

Incrementar el aporte de líquidos para mantener una adecuada hidratación del organismo puesto que existen pérdidas a través de secreciones, pérdidas insensibles y sobre todo si tiene fiebre. Evitar el uso de descongestionantes, antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos u otro medicamento (21).

Si existiera alguno de estos signos de alarma debe a un establecimiento de salud para su atención inmediata: Dificultad respiratoria, fiebre, a pesar de cuarenta y ocho horas de tratamiento, dificultad para beber o lactar, vómitos frecuentes, presencia de irritabilidad

o somnolencia, convulsiones (21). En el caso de que las secreciones interfieran con la alimentación o el sueño, se debe realizar limpieza de las fosas nasales (15, 21).

Prematuridad

La Organización Mundial de la Salud, define al parto pretérmino como aquel que sucede previo a las 37 semanas de gestación, dividiéndolo en subcategorías entre las que tenemos a prematuros extremos (menor a 28 semanas), muy prematuros (entre 28 y 32 semanas) y prematuros moderados a tardíos (entre 32 y 37 semanas) (23).

La prematuridad probablemente sea una de las patologías más importantes que enfrenta la perinatología en nuestra época. Como señala Berger (24), a nivel mundial anualmente nacen aproximadamente 15 millones de niños con prematuridad y más de un millón de estos muere poco después del nacimiento. El parto pretérmino no solo produce morbimortalidad neonatal, sino también consecuencias adversas a largo plazo, teniendo entre estas a la parálisis cerebral, dificultad en el sensorio, retraso mental y alteraciones respiratorias (24).

El prematuro, sobre todo extremo aún no se encuentra preparado para la vida extrauterina, siendo el principal problema la asfixia (25). Para Lamus-Lemus y Liu (25,26), otro de los problemas que tiene que afrontar el pulmón inmaduro es la enfermedad de membrana hialina, ya que su vida depende del manejo adecuado de esta patología.

Se realizaron estudios longitudinales de seguimiento, puesto que existe preocupación por los resultados a largo plazo de estos niños, estos estudios se enfocaron básicamente en tres aspectos, respiratorios, nutricionales y del neurodesarrollo; observándose asociación del bajo peso al nacer y la prematuridad con problemas neurosensoriales, además de otros trastornos como los del desarrollo intelectual (27). Para Volpe y Reuter (27, 28), en cuanto a problemas respiratorios, se evidencia una mayor incidencia de infecciones respiratorias altas, bronquiolitis, hiperreactividad bronquial, entre otras patologías.

Bajo peso al nacer

En cuanto al bajo peso al nacer se encuentra hasta un 15% de los nacimientos a nivel mundial, según UNICEF en el informe del Estado Mundial de la Niñez del 2012 la incidencia de bajo peso al nacer en Perú es de un 8% (11).

Según la Organización Mundial de la Salud el bajo peso al nacer se define como un peso inferior a 2500 g. Se estima que entre un 15% y un 20% de neonatos a nivel mundial presentan bajo peso al nacer, estimándose más de veinte millones cada año (29).

El bajo peso al nacer continúa siendo un problema de salud pública en todo el mundo, asociándose a consecuencias tanto a corto como a largo plazo (29). Volpe (27), señala que dentro de ellas tenemos a los problemas respiratorios, aumentando la incidencia de casos de infecciones respiratorias altas, como bronquiolitis.

2.3. Definición de términos básicos

a) Bronquiolitis: Primer episodio de tos con sibilancias y/o estertores, precedido por un cuadro de rinitis aguda por aproximadamente 3 a 5 días en niños menores de 2 años (15).
b) Prematuridad: Recién nacido vivo ocurrido antes de las 37 semanas de gestación (29), cuyas categorías de agrupación son:
   - Moderadamente prematuro, desde las 32 hasta las 36 semanas
   - Muy prematuro, desde las 28 hasta las 31 semanas.
   - Prematuro extremo, desde 22 hasta las 27 semanas.
c) Bajo peso al nacer: Recién nacido con peso menor a 2,500 gramos (29), cuyas categorías de agrupación son:
   - Bajo peso al nacer, menor a 2,500 gramos
   - Muy bajo peso al nacer, menor a 1,500 gramos
   - Peso extremadamente bajo al nacer, menor a 1,000 gramos (29)

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

- H1: La prematuridad y el bajo peso al nacer están asociados con la Bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María.
- H0: La prematuridad y el bajo peso al nacer no están asociados con la Bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María.

2.4.2. Hipótesis específicas

- H1a: La prematuridad está asociada con la Bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María.
- H1o: La prematuridad no está asociada con la Bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María.
- H2a: El bajo peso al nacer está asociado con la Bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María.
- H2o: El bajo peso al nacer no está asociado con la Bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María.

2.5. Variables

- Variable Dependiente: Bronquiolitis
- Variable Independiente:
  - Bajo peso al nacer
  - Prematuridad

2.6. Operacionalización de variables

La organización de las variables y sus dimensiones se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 1 Operacionalización de las variables.

Variable	Nombre	Definición principal	Indicador
Variable dependiente	Bronquiolitis	Primer episodio de tos con sibilancias y/o estertores, precedido por un cuadro de rinitis aguda por aproximadamente 3 a 5 días	Presente Ausente
Variables independientes	Prematuridad	Recién nacido vivo antes de las 37 semanas	< 37 sem
	Bajo peso al nacer	Peso de los niños o niñas inferior a los 2.500 gr	< 2500gr

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito de estudio

El estudio se desarrolló en el Centro de Salud Supte San Jorge de la ciudad de Tingo María, del distrito de Rupa Rupa, provincia de Leoncio Prado, departamento de Huánuco. Corresponde a una categoría I-3 (Red de Salud de Leoncio Prado; UBIGEO: 100601; coordenadas -9.28958167; CS -75.97702167).

3.2. Tipo de investigación

El tipo de investigación fue de observación indirecta y de forma retrospectiva basada en fuentes de información secundaria, que en este caso las fuentes son las historias clínicas de los niños/as menores a dos años.

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo-relacional.

3.4. Método de investigación

El método de investigación fue de análisis documental basada en historias clínicas del periodo 2022-2023.

3.5. Diseño de investigación

El diseño aplicado en la investigación es de tipo no experimental transversal.

3.6. Población

La población de estudio estuvo conformada de un total de 640 historias clínicas de los niños/as menores de dos años, con o sin diagnóstico de bronquiolitis que fueron atendidos durante los años 2022-2023 en el Centro de Salud Supte San Jorge de Tingo María (Nivel I-3), institución dependiente de la Red de Salud de Leoncio Prado que a su vez depende de la Dirección de Salud del departamento de Huánuco.

3.7. Muestra

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula ajustada para poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

Tamaño de muestra

Se calculó el tamaño de la muestra con una población de 640 pacientes con o sin diagnóstico de bronquiolitis, utilizando la fórmula proporcionada:

$$n = \frac{\frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{e^2 \cdot N}\right)}$$

Donde:

N: Tamaño de población = 640

z: Valor z para un nivel de confianza de 95% = 1.96

p: Proporción esperada = 0.5

e: Margen de error =0.05

Sustituyendo los valores:

$$n = \frac{\frac{(1.9\ )^2 \cdot 0.5(1-0.5)}{(0.0\ )^2}}{1 + \left(\frac{(1.9\ )^2 \cdot 0.5(1-0.5)}{(0.0\ )^2 \cdot 6}\right)}$$

$$n = \frac{384.16}{1.6} \approx 240.1$$

La muestra está constituida por una población de 640 historias clínicas, un nivel de confianza del 95%, y un margen de error del 5%, es de 240 historias clínicas con o sin diagnóstico de bronquiolitis.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con procesos respiratorios de las vías aéreas inferiores asociados a sibilancias.
- Pacientes con tiempo de enfermedad menor a 14 días.
- Pacientes menores de 2 años de edad.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con displasia broncopulmonar.
- Pacientes con estados de inmunosupresión.
- Pacientes en cuyas historias clínicas no estén las variables de estudio.
- Pacientes con malformaciones congénitas pulmonares.

3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Ficha de recolección de datos secundarios

El instrumento de recolección de datos está compuesto por tres partes: La parte I, permitió recoger los datos generales de los niños que se obtuvieron a partir de las historias clínicas del Centro de Salud de Supte San Jorge de Tingo María, los datos son la edad y sexo. La parte II, ayudó registrar la presencia o ausencia de la prematuridad y el peso al nacer de los niños o niñas. La parte III, ayudó establecer la presencia o ausencia de la bronquiolitis (Anexo 2).

Validación del instrumento de recolección de datos

Para evaluar la validez de contenido de la "Ficha de recolección de datos secundarios" se sometió a juicio de cinco expertos médicos, a quiénes se solicitaron valorar individualmente los cinco aspectos del instrumento. Los criterios de valoración (Anexo 3) serán los siguientes: Claridad, contenido, congruencia

Completada la valoración por los cinco expertos (Anexo 3) se calcularon la validez del instrumento de acuerdo con la prueba "V" de Aiken, teniendo en cuenta que un coeficiente de Aiken (V= 0.80) es el límite favorable para una buena validez. Siendo el resultado de 0.87, (Anexo 4)

3.9. Procedimientos de recolección de datos

En primer lugar, se gestionó ante el establecimiento de salud para el consentimiento del estudio (Anexo 7), en segundo lugar, se informó sobre el tratamiento ético que se dieron a los datos secundarios recabados, es decir, manteniendo en anonimato absoluto de la identificación de los pacientes. En tercer lugar, se gestionó ante la Unidad de Estadística de dicho centro de salud la dotación de las historias clínicas de los pacientes menores de dos años atendidos durante los años 2022-2023.

Luego se identificó las historias clínicas y en seguida se registraron en la ficha de información secundaria, de acuerdo con los criterios de inclusión de todos los datos establecidos en la definición operacional y operacionalización de variables.

3.10. Técnicas de procesamiento y pruebas estadísticas de datos

Los datos registrados en las fichas de datos secundarios fueron digitados en la matriz de variables creadas para tal fin y procesadas automáticamente usando un programa estadístico MS Excel v.2020.

Para el análisis estadístico previamente se identificó a las variables dependiente que constituye la variable bronquiolitis, que está clasificada en dos categorías o variable binaria categórica (Anexo 2); mientras que las variables independientes que en este caso constituyen las covariables que son dos:

- La prematuridad, clasificada como variable de dos categorías (Anexo 2).
- Bajo peso al nacer, clasificada en dos categorías (Anexo 2).

El análisis se realizado en dos etapas: Estadística descriptiva, donde se calcularon tablas y figuras de frecuencias absolutas y porcentuales, lo que sirvió para describir el comportamiento de las variables estudiadas. Estadística inferencial, utilizada para contrastar las hipótesis planteadas, mediante Chi Cuadrado de Pearson como prueba de independencia, en SPSS v.26 (Statistical Package for the Social Sciencie).

3.10 Consideraciones éticas

El proyecto de investigación se acoge plenamente a los principios éticos que establece la Declaración de Helsinki y a la guía de la OMS para los comités de ética en investigación. Por tanto, en la solicitud de autorización para el uso de las historias clínicas se consignaron que se respetará su anonimato, que la información recogida sería empleada únicamente para fines estadísticos y que no se difundirán los resultados individuales.

En cuanto a la solicitud del consentimiento informado de los pacientes, por la naturaleza del estudio, que corresponde a un estudio basado en análisis documental de fuentes secundarias (de historias clínicas), no fue necesario solicitarlas porque no se tuvo contacto personal en absoluto.

CAPÍTULO IV

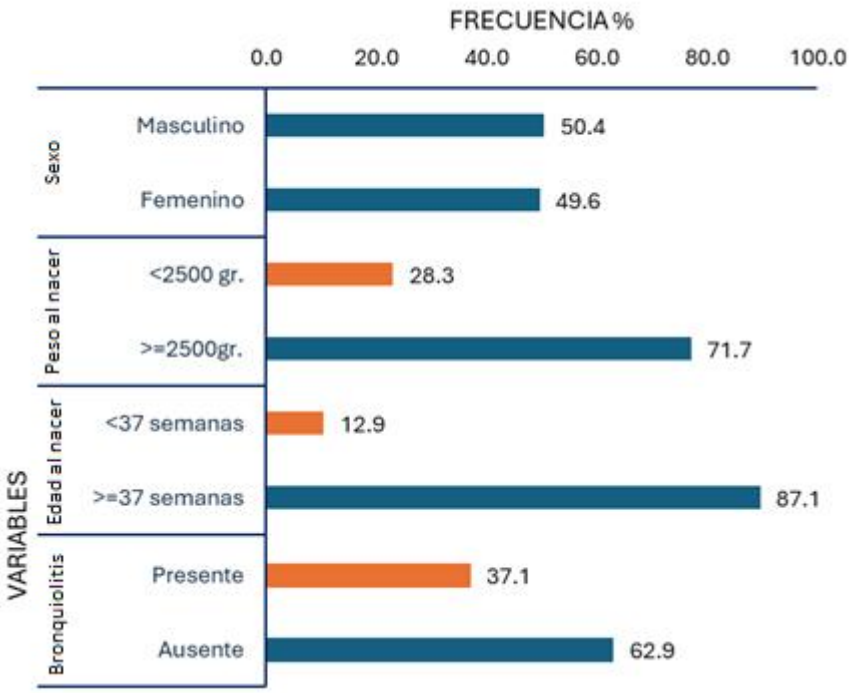
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Características de la muestra de casos

En la Figura 1, se aprecia que el 50.4% de las historias clínicas analizadas corresponde a nacidos varones; el 71.7% a casos de niños con un peso al nacer mayor a 2500 gramos, 12.9% con prematuridad, y 87.1% que no presentaron prematuridad. El total de casos de historias clínicas analizadas fue de 240, de ellos 89 (37.1%) fueron casos con diagnóstico de bronquiolitis y 151 (62.9%) no padecieron dicha enfermedad.

Se plantea corroborar si el bajo peso al nacer y la están fuertemente asociadas a la bronquiolitis, entendiendo a este como primer episodio de tos con sibilancias y/o estertores precedidos por un cuadro de rinitis aguda (15), durante el periodo 2022-2023.

Figura 1 Características de los niños considerados en las historias clínicas analizadas.



Los casos que son de interés para contrastar las hipótesis planteadas corresponden a los 28.3% de nacidos con peso corporal menor a 2500 gramos; 12.9% de nacidos antes de las 37 semanas; y 37.1% que sufrieron bronquiolitis.

4.2 Resultados de la investigación

a) Prematuridad y bronquiolitis

En la siguiente tabla cruzada (Tabla 2) se presentan las frecuencias relativas de las variables prematuridad y bronquiolitis, donde se observa que de 209 casos solo en el 30.6% de ellos se registró la presencia de bronquiolitis, sin embargo, en el 80.6% de los casos donde se observó prematuridad se observa presencia de bronquiolitis.

Tabla 2 Tabla de doble entrada para prematuridad y bronquiolitis

Prematuridad	Bronquiolitis		Total
	Ausente	Presente	
>=37 semanas	145 (69,4%)	64 (30,6%)	209 (100%)
<37 semanas	6 (19.4%)	25 (80,6%)	31 (100%)
Total	151(62,9%)	89 (37,1%)	240 (100%)

Nota: Las frecuencias porcentuales se representan por filas como tanto por ciento de la frecuencia absoluta total.

En la Tabla 3, se presentan los resultados de la prueba de independencia realizada con Chi Cuadrado de Pearson, allí se observa que la bronquiolitis está asociada a prematuridad ($X^2 = 28.95$; Sig. = 0.000 < α= 0.05), asimismo, la corrección de continuidad efectuada para tablas cruzadas de 2x2 y la razón de verosimilitud, también resultan significativas

Además, el índice obtenido (Tabla 4) con V de Cramer (Vc= 0.347; Sig. = 0.000) nos indica el nivel de intensidad de la asociación entre las variables prematuridad y bronquiolitis es moderada.

De esta manera la hipótesis H1a: La prematuridad está asociada con la bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el Centro de Salud Supte San Jorge, Tingo María, queda demostrada.

Tabla 3 Resultados de la prueba de independencia, calculado con Chi Cuadrado de Pearson, para variables prematuridad y bronquiolitis

Estadísticos	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	28,953[a]	1	0,000
Corrección de continuidad [b]	26,849	1	0,000
Razón de verosimilitud	28,543	1	0,000
Prueba exacta de Fisher			
N de casos válidos	240		

Nota: a) 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11.50.b) Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla 4 Medidas simétricas para determinar intensidad de asociación entre variables prematuridad y bronquiolitis

Índices	Valor	Aprox. Sig.
Phi	0,347	0,000
V de Cramer	0,347	0,000
N de casos válidos	240	

NOTA: El valor de ambos índices varía de 0.0 a 1.0, su cercanía a 1.0 indica una mayor intensidad de la asociación.

b) Bajo peso al nacer y bronquiolitis

En la siguiente tabla cruzada (Tabla 5) se presentan las frecuencias relativas de las variables bajo peso al nacer y bronquiolitis, donde se observa que de 172 casos solo en el 19.8% de ellos se registró la presencia de bronquiolitis, sin embargo, en el 80.9% de los casos donde se observó bajo peso al nacer se observa presencia de bronquiolitis.

Tabla 5 Tabla de doble entrada para bajo peso al nacer y bronquiolitis

Bajo peso al nacer	Bronquiolitis		Total
	Ausente	Presente	
>=2500 gr.	138 (80,2%)	34 (19,8%)	172 (100%)
<2500gr.	13 (19,1%)	55 (80,9%)	68 (100%)
Total	151(62,9%)	89 (37,1%)	240 (100%)

Nota: Las frecuencias porcentuales se representan por filas como tanto por iento de la frecuencia absoluta total.

En la Tabla 6, se presentan los resultados de la prueba de dependencia realizada con Chi Cuadrado de Pearson, allí se observa que la bronquiolitis está fuertemente asociada a pesos bajos al nacer (X^2 = 78.01; Sig. = 0.000 < α= 0.05), asimismo, la corrección de continuidad efectuada para tablas cruzadas de 2x2 y la razón de verosimilitud, también resultan significativas

Además, el índice obtenido (Tabla 7) con V de Cramer (Vc= 0.57; Sig. = 0.000) nos indica el nivel de intensidad de la asociación entre las variables bajo peso al nacer y bronquiolitis es alto. De esta manera la hipótesis H2a: El bajo paso al nacer está asociado

con la bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el Centro de Salud Supte San Jorge, Tingo María, queda demostrada.

Tabla 6 Resultados de la prueba de independencia, calculado con Chi Cuadrado de Pearson, para variables bajo peso al nacer y bronquiolitis

Estadísticos	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	78,015[a]	1	0,000
Corrección de continuidad [b]	75,417	1	0,000
Razón de verosimilitud	79,130	1	0,000
N de casos válidos	240		

Nota: a) 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 25.22. b) Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla 7 Medidas simétricas para determinar intensidad de asociación entre variables bajo peso al nacer y bronquiolitis.

Índices estadísticos	Valor	Aprox. Sig.
Phi	0,570	0,000
V de Cramer	0,570	0,000
N de casos válidos	240	

NOTA: El valor de ambos índices varía de 0.0 a 1.0, su cercanía a 1.0 indica la intensidad de la asociación

Con los resultados mostrados, y en el contexto de esta investigación, la hipótesis de investigación planteada H1: La prematuridad y el bajo peso al nacer están asociados con la Bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María, queda confirmada.

4.3 Discusión de resultados

Frente al objetivo de la tesis que es determinar mediante Chi Cuadrado de Pearson, como prueba de independencia, la asociación entre el bajo peso al nacer, la prematuridad y la presencia de Bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María en el periodo 2022-2023, los resultados señalan que la prematuridad está moderadamente asociado a la bronquiolitis (X^2 = 28.95; Sig. = 0.000 < α= 0.05, Vc= 34.7%); sin embargo, la intensidad de la asociación de bajo peso al nacer es

alta (X^2 = 78.01; Sig. = 0.000 < α= 0.05; Vc= 57.0%), en conclusión ambas variables presentan asociación aunque en diferente intensidad.

Los resultados en cuanto a bajo peso al nacer concuerdan con la tesis de Carrasco (11) realizada en un Hospital de Cajamarca en el periodo 2016-2018, donde el bajo peso al nacer era la variable más importante para la aparición de la bronquiolitis.

Aunque en un estudio del año 2020 realizado en un Hospital de Puente Piedra, Lima (10) reportó que después de la prematuridad está el bajo peso al nacer, mientras que en Tingo María el bajo peso al nacer es la principal variable para la bronquiolitis, con alta tasa de riesgo (Vc= 57%)

Estos resultados que indican el bajo peso al nacer como la mejor variable de estimación de la bronquiolitis, confirman que el departamento de Huánuco está registrado como uno de mayor número de niños/ñas que nacen con bajo peso al nacer respecto al total de niños nacidos vivos en el Perú (INEI, 2019). Este variable está vinculada a la edad gestacional. Confirma también a que Huánuco ocupa el 16vo lugar en la proporción de prematuridad en neonatos fallecidos notificados de 68.4% (INEI, 2019). Además, es sabido que el peso al nacer es un indicador del estado nutricional del niño/a, y está asociado a la morbilidad y mortalidad, sobre todo en el primer año de vida. También es uno de los determinantes del crecimiento y desarrollo que permiten evaluar las posibilidades de supervivencia del recién nacido/a y de las condiciones de la madre.

Teóricamente estos resultados están respaldados dentro de los factores de riesgo vinculados con el bajo peso al nacer y la desnutrición señalada en varios estudios (18, 19, 20). Exacerbándose la bronquiolitis especialmente en niños más pequeños (15). Por tanto, el bajo peso al nacer continúa siendo un problema de salud pública mundial, asociándose significativamente tanto a corto como a largo plazo con problemas respiratorios que aumentan su incidencia en casos de bronquiolitis (27, 29).

La fortaleza del estudio constituye en trabajar con historias clínicas que reportan datos confiables, así como la aplicación metodológica. Sin embargo, existen algunas debilidades de la tesis que es el tamaño de la muestra de estudio relativamente reducida respecto a otros estudios.

La perspectiva del estudio es positiva por cuanto en futuras tesis de medicina relacionadas a la estimación de la bronquiolitis y de otras afecciones en niños/as o en otros

grupos etarios, podrán replicar métodos como el utilizado en esta investigación en otros establecimientos de salud de diferentes niveles de complejidad, y en base a series históricas de dos a más años de seguimiento de casos, es decir ampliar el horizonte del periodo de análisis para otorgar mayor consistencia a los datos.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Los resultados obtenidos en este estudio evidencian que la prematuridad, guarda una relación estadísticamente significativa con el desarrollo de bronquiolitis en niños menores de dos años. Este hallazgo se sustenta en un valor de chi cuadrado (X^2) de 28.95 y un nivel de significancia estadística menor a 0.05 ($p<0.05$).
- Los análisis realizados permiten determinar que, el nivel de intensidad de la asociación entre las variables prematuridad y bronquiolitis es moderada.
- El bajo peso al nacer, se identificó como la variable con la asociación más fuerte con la bronquiolitis. Los análisis estadísticos arrojaron un valor de chi cuadrado (X^2) de 78.01, acompañado de un nivel de significancia estadística confiable ($p<0.05$). Se concluye que los resultados muestran que el nivel de intensidad de la asociación entre las variables bajo peso al nacer y bronquiolitis es alto.

5.2 RECOMENDACIONES

- Alentar permanentemente las ventajas del control prenatal para proporcionar información sistematizada a la madre gestante sobre el papel del peso al nacer porque es el factor predisponente para el desarrollo de la bronquiolitis.
- Efectuar controles apropiados para realizar un seguimiento adecuado del aumento o disminución de peso y crecimiento del feto, con el fin de prevenir el bajo peso al nacer y favorecer un parto institucional adecuado.
- Promover los beneficios de la lactancia materna y la forma adecuada de amamantar en cada madre, así como establecer los lineamientos y procedimientos del lactario institucional.
- Incentivar al personal de salud responsable que inicie la lactancia materna exclusiva durante la primera hora después del parto.
- Realizar estudios multivariados, para de esta forma considerar mejores ajustes de asociación con la bronquiolitis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García A, Mora I. Bronquiolitis Aguda: Diagnóstico y tratamiento. FAPap Monogr. 2015; 1(2): 61-9.
2. García ML, Korta J, Callejón A. Bronquiolitis aguda viral. Protoc Diagn Ter Pediatr. 2017; 1: 85-102.
3. Ordóñez L. Situación epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA), neumonías en el Perú hasta la SE 48 – 2017; 26(48): 1536-37.
4. Del Valle J. Incidence of respiratory viruses in Peruvian children with acute respiratory infections. Journal of Medical Virology. 2015; 87: 917-24.
5. Carrasco O. Antecedentes perinatales como factores de riesgo para bronquiolitis. [Tesis de pregrado] Trujillo, Universidad Peruana Antenor Orrego, 2019.
6. Ildefonso KE. Liana. Factores clínico-epidemiológicos asociados al diagnóstico de bronquiolitis en pacientes pediátricos del Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo 2016-2018. [Tesis de pregrado en Medicina] Pucallpa, Universidad Nacional de Ucayali, 2021.
7. Huacahuasi VM. Factores de riesgo domiciliarios y bronquiolitis en niños menores de 2 años en el servicio de pediatría del hospital regional de Pucallpa y hospital amazónico de Yarinacocha - 2017. [Tesis de pregrado en Medicina] Pucallpa, Universidad Nacional de Ucayali, 2019.
8. Çelik E, Çelik S, Güngör Ş, Dursun A. Impact of anaemia on the severity of acute bronchiolitis in infants. Journal of Nepal Paediatric Society. 2021; 41(1): 73-9.
9. El Basha N, Marzouk H, Sherif M. Prematurity is a significant predictor of worse outcomes in viral bronchiolitis: A comparative study in infancy. J Egypt Public Health Assoc. 2017; 92(3):188-194.
10. Yarasca JA. Factores de riesgo perinatales asociados al desarrollo de bronquiolitis en pacientes menores de 2 años del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – 2019. [Tesis de pregrado en Medicina] Lima, Universidad Privada San Juan Bautista, 2020.
11. Carrasco ON. Antecedentes perinatales como factores de riesgo para bronquiolitis. [Tesis de pregrado en Medicina] Trujillo, Universidad Privada Antenor Orrego, 2019.

12. Estrada M. Riesgos asociados a bronquiolitis aguda en pacientes de 6 meses a 2 años en emergencia de pediatría del Hospital de Ventanilla en el año 2017- Callao. [Tesis de pregrado en Medicina] Lima, Universidad Privada San Juan Bautista, 2019.

13. Damián R. Características epidemiológicas de la bronquiolitis en pacientes de 0 a 1 año de edad atendidos en el servicio de pediatría del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo Enero-Diciembre 2017. [Tesis de pregrado en Medicina] Lima, Universidad Privada San Juan Bautista, 2018.

14. Rengifo JL. Factores epidemiológicos asociados a bronquiolitis en menores de 02 años en el servicio de emergencia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo enero 2020-junio 2021. [Tesis de pregrado en Medicina] Pucallpa, Universidad Nacional de Ucayali, 2022.

15. Ricci V, Delgado Nunes V, Murphy MS, Cunningha, Guideline Development Group and Technical Team. Bronchiolitis in children: summary of NICE guidance. BMJ 2015; 2(350: h2305.

16. Mansbach JM, McAdam AJ, Clark S, Hain PD, Flood RG, Acholonu U, et al. Prospective multicenter study of the viral etiology of bronchiolitis in the emergency department. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. 2008; 15(2):111-8.

17. Ministerio de Salud, Gobierno del Perú [internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud [citado el 10 de enero del 2020]. Disponible desde: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf

18. Girguis MS, Strickland MJ, Hu X, Liu Y, Chang HH, Belanoff C, et al. Chronic PM2.5 exposure and risk of infant bronchiolitis and otitis media clinical encounters. Int J Hyg Environ Health. 2017; 220(6): 1055-63.

19. 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.

20. García 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.

21. Meissner HC. Viral Bronchiolitis in Children. N Engl J Med. 2016; 374(1): 62-72.

22. Caballero M, Polack F, Stein R. Viral bronchiolitis in young infants: new perspectives for management and treatment. Jornal de Pediatria (Versão em Português), 2017; 93 Suppl 1: 75-83.

23. Organización Mundial de la Salud [internet]. Ginebra:OMS; 2018 [citado 14, enero 2020]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

24. Berger P, Smolich J, Ramsden C. Effect of lung liquid volume on respiratory performance after caesarean delivery in the lamb. J Physiol 1996; 492(pt 3): 905-12.

25. Lamus-Lemus F, Orozco-Gualtero L, Ortiz-Delgado N, Mantilla-Afanador D, Ramos-Valencia L. Abordando las enfermedades respiratorias agudas en niños con un enfoque ecológico en la comunidad. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.). 2015; 31(3): 479-93.

26. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the sustainable development goals. Lancet. 2016; 388(10063): 3027-35.

27. Volpe JJ. The encephalopathy of prematurity – brain injury and impaired brain development inextricably intertwined. Semin Pediatr Neurol. 2009; 16(4): 167–78.

28. Reuter S, Moser C, Baack M. Respiratory distress in the newborn. Pediatr Rev 2014; 35(10): 417–29.

29. Organización Mundial de la Salud [internet]. Ginebra: OMS 2012 “citado 14, enero 2020]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6_resolution_sp.pdf

30. Ortega M, Cayuela A. Regresión logística no condicionada y tamaño de muestra: una revisión bibliográfica. Rev. Esp. Salud Publica. 2002; 76(2): 85-93.

ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

"Asociación entre prematuridad, bajo peso al nacer y bronquiolitis en niños y niñas. Periodo: 2022-2023"

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	MÉTODOS
Problema general ¿La prematuridad y el bajo peso al nacer están fuertemente asociadas con la bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María?	General Determinar el nivel de asociación de la prematuridad y bajo peso al nacer con la bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María.	General El bajo peso al nacer, la prematuridad estan asociadas a la bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge, Tingo María	Prematuridad (Variable indpendiente 1) Bajo peso al nacer (Variable indpendiente 2)	Tipo de investigación: observación indirecta basado en fuentes secundarias y análisis documental de Historias Clínicas (HC) Nivel de investigación: Descriptivo-relacional.
Problemas específicos a) ¿La prematuridad está asociada significativamente con la Bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María?	Específicos O1: Determinar si la prematuridad está asociada con la bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María.	Específicas La prematuridad está asociada con la Bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María.	Bronquiolitis (Variable Dependiente)	Muestra 240 historias clínicas de niños nacidos en CS Supte San Jorge Técnicas para recogida de datos Datos recopilados de 240 HC de nacidos en CS Supte San Jorge Técnicas para análisis de datos: Estadísticas descriptivas y Chi Cuadrado de Pearson, y V de Cramer, para determinar la intensidad de la asociación
b) ¿El bajo peso al nacer está asociada significativamente con la Bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María?	O2: Determinar si el bajo peso al nacer está asociado con la bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María.	El bajo peso al nacer está asociado con la Bronquiolitis en niños/niñas menores de dos años atendidos en el C.S. Supte San Jorge Tingo María		

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SECUNDARIOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

"Asociación entre prematuridad, bajo peso al nacer y bronquiolitis en niños y niñas. Periodo: 2022-2023"

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SECUNDARIOS

Nombres y Apellidos del tesista: Snayder Yarnel Paz Soldan Bonifacio.

Número			
H.C. Número			
I	DATOS GENERALES DEL PACIENTE		
	EDAD		
			Menor a 6 meses
			De 6 a 12 meses
			Desde 13 hasta 23 meses
	SEXO		
			Masculino
			Femenino
II	FACTORES CONDICIONANTES		
	Prematuridad		
	Recién nacido vivo antes de 37 semanas.		Sí
			No
	Bajo peso al nacer		
	Peso de los niños o niñas inferior a los 2500gr		Sí
			No
III	PRESENCIA DE BRONQUIOLITIS		
	Primer episodio de tos con sibilancias y/o estertores, precedido por un cuadro de rinitis aguda por aproximadamente 3 a 5 días		Sí
			No

ANEXO 3: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SECUNDARIOS"

EXPERTO: …….. Fecha:……

Profesión: …… Reg. C.M.P: ……

Centro de labores: …… Ciudad: ……..

E-mail: …….. Teléfono: ……..

Ítem		CRITERIOS DE VALORACIÓN														
		Claridad					Contenido					Congruencia al contexto				
		La redacción y el sentido del ítem se entiende sin dificultad alguna					El ítem tiene estrecha relación con la operacionalización de las dimensiones que están formulados de acuerdo al marco teórico					El grupo de estudio es homogéneo para el estudio				
		Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
I.	Sobre datos generales del paciente															
II.	Sobre factores condicionantes															
III.	Sobre presencia de bronquiolitis															

Fecha y firma:

EXPERTO N° 1

EXPERTO 1 Fernando Velasquez Guevara Fecha: 08/12/23

Profesión: Médico Pediatra Reg. C.M.P: 077024

Centro de labores: Hospital Amazónico YNC Ciudad: Pucallpa

E-mail: fervegue444@hotmail.com Teléfono: 961618489

Ítem		CRITERIOS DE VALORACIÓN														
		Claridad					Contenido					Congruencia al contexto				
		La redacción y el sentido del ítem se entiende sin dificultad alguna					El ítem tiene estrecha relación con la operacionalización de las dimensiones que están formulados de acuerdo al marco teórico					El grupo de estudio es homogéneo para el estudio				
		Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
I.	Sobre datos generales del paciente				/						/					/
II.	Sobre factores condicionantes				/					/						/
III.	Sobre presencia de bronquiolitis				/						/				/	
Fecha y firma:																

MINISTERIO DE SALUD
DIRESAU - 095 - GRU
HOSPITAL AMAZONICO
Dr. Fernando Velásquez Guevara
MEDICO PEDIATRA
C.M.P. N° 31078 R.N.E. N° 30256
SERVICIO NEONATOLOGIA

EXPERTO N° 2

EXPERTO 2 Ingrid Giuliana Moreno Rios Fecha: 09/12/23

Profesión: Médico Pediatra - Neonatóloga Reg. C.M.P: 52541

Centro de labores: Hospital Amazónico YVC Ciudad: Pucallpa

E-mail: ingridmorenorios@gmail.com Teléfono: 951 607 233

Ítem		CRITERIOS DE VALORACIÓN														
		Claridad					Contenido					Congruencia al contexto				
		La redacción y el sentido del ítem se entiende sin dificultad alguna					El ítem tiene estrecha relación con la operacionalización de las dimensiones que están formulados de acuerdo al marco teórico					El grupo de estudio es homogéneo para el estudio				
		Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
I.	Sobre datos generales del paciente				/					/						/
II.	Sobre factores condicionantes					/				/					/	
III.	Sobre presencia de bronquiolitis					/					/					/
Fecha y firma:																

MINISTERIO DE SALUD DIRESA UCAYALI - GRU HOSPITAL AMAZÓNICO

Dra. Ingrid Giuliana Moreno Rios NEONATÓLOGA

EXPERTO N° 3

EXPERTO 3 Eduardo Elias Leveau Lujan Fecha: 12/12/23

Profesión: Medico Neonatologo Reg. C.M.P: 72000

Centro de labores: Hospital Amazónico de Yarinacocha Ciudad: Pucallpa

E-mail: eliasleveau@hotmail.com Teléfono: 961598760

Ítem		CRITERIOS DE VALORACIÓN														
		Claridad					Contenido					Congruencia al contexto				
		La redacción y el sentido del ítem se entiende sin dificultad alguna					El ítem tiene estrecha relación con la operacionalización de las dimensiones que están formulados de acuerdo al marco teórico					El grupo de estudio es homogéneo para el estudio				
		Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
I.	Sobre datos generales del paciente				/					/					/	
II.	Sobre factores condicionantes				/						/					/
III.	Sobre presencia de bronquiolitis				/						/				/	
Fecha y firma:																

MINISTERIO DE SALUD
DIRESAU - GDS - GRU
HOSPITAL AMAZÓNICO
Dr. EDUARDO E. LEVEAU LUJÁN
CMP N°72000 - RNE N° 40519
JEFE DEL SERV. DE NEONATOLOGÍA - UCIN

EXPERTO N° 4

EXPERTO 4 FREDY SURICHAQUI ROJAS
Profesión: Medico Pediatra
Centro de labores: Hospital de Pucallpa
E-mail: fredsuro@gmail.com

Fecha: 15 de Julio-2024
Reg. C.M.P: 057620
Ciudad: Pucallpa
Teléfono: 961612335

Ítem		CRITERIOS DE VALORACIÓN														
		Claridad					Contenido					Congruencia al contexto				
		La redacción y el sentido del ítem se entiende sin dificultad alguna					El ítem tiene estrecha relación con la operacionalización de las dimensiones que están formulados de acuerdo al marco teórico					El grupo de estudio es homogéneo para el estudio				
		Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
I.	Sobre datos generales del paciente					/				/					/	
II.	Sobre factores condicionantes					/					/					/
III.	Sobre presencia de bronquiolitis					/					/				/	
Fecha y firma:		Dr. FREDY SURICHAQUI ROJAS MÉDICO PEDIATRA CMP 57620 RNE 42601														

EXPERTO N° 5

EXPERTO 5 ALDO BERNABE HUAÑEZ MEDINA Fecha: 15 Julio 2024.
Profesión: MEDICO PEDIATRA Reg. C.M.P: 32799 - 21070
Centro de labores: ESSALUD TONGO MAREA Ciudad: TONGO MAREA
E-mail: ALTAURO286@hotmail.com. Teléfono: 965327213

Ítem		CRITERIOS DE VALORACIÓN														
		Claridad					Contenido					Congruencia al contexto				
		La redacción y el sentido del ítem se entiende sin dificultad alguna					El ítem tiene estrecha relación con la operacionalización de las dimensiones que están formulados de acuerdo al marco teórico					El grupo de estudio es homogéneo para el estudio				
		Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
I.	Sobre datos generales del paciente					/				/						/
II.	Sobre factores condicionantes				/						/					/
III.	Sobre presencia de bronquiolitis				/						/				/	
Fecha y firma:																

Dr. ALDO B. HUAÑEZ MEDINA
MEDICO PEDIATRA
32799 RNE 21070

ANEXO 4. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR PRUEBA DE V DE AIKEN

Experto	Aspectos de validación									SUMA TOTAL
	Claridad			Contenido			Congruencia al contexto			
	P1	P2	P3	P1	P2	P3	P1	P2	P3	
Experto-1	4	4	4	5	4	5	5	5	4	40
Experto-2	4	5	5	4	4	5	5	4	5	41
Experto-3	4	4	4	4	5	5	4	5	4	39
Experto-4	5	5	5	4	5	5	4	5	4	42
Experto-5	5	4	4	4	5	5	5	5	4	41

V – Valor de la V de Aiken.
X – Promedio de calificaciones de los expertos.
l – Calificación mínima.
K – resta de la calificación máxima menos la calificación mínima.

X → $(40 + 41 + 39 + 42 + 41)/5 =$ 40.6

l → 9

K → 45 – 9 = 36

$$\mathbf{V} = \frac{X - l}{K}$$

V= (40.6-9)/36
V= 31.6/36
V=0.87

ANEXO 5. OFICIO DE APROBACIÓN POR COMISIÓN DE GRADOS Y TÍTULOS

"Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la conmemoración de Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
COMISIÓN DE GRADOS Y TÍTULOS

Pucallpa, 22 de Julio del 2024

OFICIO N°239-2024- UNU- FMH- CGyT

Señor:
Bach. SNAYDER YARNEL PAZ SOLDAN BONIFACIO
Presente.-

ASUNTO : REMITO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APROBADO

Ref. : Oficio N°113-2024-UNU-FMH-CEI. Reg. Nº 242-2024

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente, y en mérito al documento de referencia, el Presidente de la Comisión de Grados y Títulos, le hace llegar su Proyecto de Investigación **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad, para su conocimiento y trámite correspondiente.

Título del Proyecto: "ASOCIACIÒN ENTRE PREMATURIDAD, BAJO PESO AL NACER Y BRONQUIOLITIS EN NIÑOS Y NIÑAS PERIODO: 2022-2023".

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente,

M.C. Angel Martti Roncal Jiménez
Presidente de la Comisión de Grados y Títulos-FMH

C.c
AAPE/KQW/
Archivo

ANEXO 6. OFICIO DE APROBACIÓN POR COMITÉ DE ÉTICA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Pucallpa, 19 de junio de 2024

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
COMISION DE GRADOS Y TITULOS
RECIBIDO
22 JUL 2024
N° de Reg. ..... Hora: .....
Firma: .....

OFICIO N°113 -2024-UNU-FMH-CEI

Señor:
MC. Mg. Ángel Martti Roncal Jiménez
Presidente de la Comisión de Grados y Títulos – FMH
Universidad Nacional de Ucayali
Presente. –

ASUNTO: INFORME DE EVALUACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

De mi especial consideración:

Por la presente me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo hacerle llegar el informe correspondiente a la evaluación realizada por este Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina Humana.

Título del proyecto: Asociación entre prematuridad, bajo peso al nacer y bronquiolitis en niños y niñas. Periodo: 2022-2023.
Autor: Bach. Snayder Yarnel Paz Soldán Bonifacio.

Conclusiones:

Protocolo aprobado: X.
Protocolo con observaciones.
Se posterga la deliberación.
Protocolo rechazado.

Observaciones:

✓ Levantadas.

Acuerdo:

Este Comité acordó y mediante informe escrito, sugiere a la Comisión de Grados y Títulos – FMH, que, no teniendo observaciones, el proyecto de investigación cumple con los requisitos éticos básicos para ejecutarse.

Dr. Tomás Noel Santana Tellez
Presidente

MC. Mg. Luis Enrique Ciudad Fernández
Miembro

MC. Humberto Bocanegra Guardia
Miembro

MC. Mg. Edilberto Núñez Campos
Miembro

Lic. Adm. Juan Cartagena Sajami
Representante de la Comunidad

ANEXO 7. AUTORIZACIÓN DE CENTRO DE SALUD

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO | Gerencia Regional de Desarrollo Social | Dirección Regional de Salud Huánuco | RED DE SALUD LEONCIO PRADO | MICRORED RUPA RUPA

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Supte San Jorge, 11 de diciembre del 2023.

CARTA N° 020 -2023-GOB-REG-HCO-DRSHCO/RSLP-MR. RR.

Sr.
SNAYDER YARNEL PAZ SOLDAN BONIFACIO

Presente. –

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigir la presente para saludarlo y a la vez informarle lo siguiente: Que, habiendo visto la solicitud presentado por su persona, **SE AUTORIZA** recabar información para su proyecto de tesis: **"CONTRASTACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LA PREMATURIDAD Y BAJO PESO AL NACES EN CASOS DE BRONQUIOLITIS EN NIÑOS /AS MENORES DE DOS AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SUPTE SAN JORGE – TINGO MARÍA, AÑO 2023. REGRESIÓN LOGÍSTICA".**

Sin otro en particular me suscribo de usted, no sin antes reiterarle las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
U.E. 401 RED DE SALUD LEONCIO PRADO
MC. Ciro Huaman Damas
C.M.P. 57448
JEFE DE LA MICRORED RUPA RUPA