

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**DETERMINANTES FAMILIARES ASOCIADOS AL DESARROLLO DEL  
SÍNDROME OBSTRUCTIVO BRONQUIAL EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES  
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE  
APOYO JESÚS NAZARENO. AYACUCHO, 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**AUTORES:**

**MARÍA JENNY TINCO VILCA**  
**YASMIN CABALLA CASTRO**

**CALLAO – 2018**  
**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- Lic. Esp. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO                      PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO                      SECRETARIA
- Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN      VOCAL

### ASESORA: MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA

Nº de Libro: 002

Nº de Acta de Sustentación: 037

Fecha de Aprobación de la Tesis: 07/09/2018

Resolución Decanato N° 1354-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

**DEDICATORIA:**

A mi hijo, mamá que son la inspiración para seguir superándome.

Yasmin

A mis hijos Néstor Fernando, Nilo Rodrigo y Rolando Arturo, por su amor y virtud.

A mis padres y esposo, por su apoyo constante.

María Jenny

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional del Callao, a la Unidad Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, por incentivar la continuidad de estudios de posgrado en los profesionales de enfermería.

A nuestra asesora Dra. Lindomira Castro Llaja, por fortalecer nuestros conocimientos y ver realizada la investigación.

Al Dr. Manuel Alberto Mori Paredes-Pas, Rector de la Universidad Nacional del Callao, por ser el gestor de los convenios y permitir la firma, a nivel de la Universidad y el Colegio de Enfermeras-Filial Ayacucho, permitiéndonos realizar nuestra segunda especialización.

Al ex-Decano del Colegio de Enfermeros de Ayacucho, Mg. Adsel Acori Tinoco, por procurar el convenio con la Universidad Nacional del Callao.

Al señor director del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno por la gentileza de autorizar el acceso a la muestra y permitir la aplicación de los instrumentos.

A las madres de los niños con síndrome obstructivo bronquial por su participación en la presente investigación.

Autoras.

## ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	3
ÍNDICE DE GRÁFICOS	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
<b>I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>7</b>
1.1 Identificación del problema	7
1.2 Formulación de problemas	8
1.3 Objetivos de la investigación ( general y específicos)	9
1.4 Justificación	10
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>12</b>
2.1 Antecedentes del estudio	12
2.2 Marco conceptual	16
2.3 Bases teóricas	25
2.4 Definición de términos	26
<b>III. VARIABLES E HIPÓTESIS</b>	<b>27</b>
3.1 Definición de las variables	27
3.2 Operacionalización de variables	28
3.3 Hipótesis general e hipótesis específicas	29
<b>IV. METODOLOGÍA</b>	<b>30</b>
4.1 Tipo de investigación	30
4.2 Diseño de la investigación	30
4.3 Población y muestra	31
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
4.5 Procedimientos de recolección de datos	33
4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos	34

<b>V. RESULTADOS</b>	<b>35</b>
<b>VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>39</b>
6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados	39
6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares	44
<b>VII. CONCLUSIONES</b>	<b>49</b>
<b>VIII. RECOMENDACIONES</b>	<b>50</b>
<b>IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>51</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>54</b>
Matriz de consistencia	
Otros anexos necesarios para respaldo de la investigación	

## ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 5.1	Antecedentes de lactancia materna según desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6 a 12 meses atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.	34
Tabla 5.2	Estado vacunal según desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6 a 12 meses atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018	35
Tabla 5.3	Contaminación ambiental según desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6 a 12 meses atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.	36
Tabla 5.4	Determinantes familiares según desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.	37
Tabla 6.1	Relación entre las determinantes familiares y el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.	38

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

		<b>Pág.</b>
Gráfico 5.1	Antecedente de lactancia materna según desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6 a 12 meses atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.	34
Gráfico 5.2	Estado vacunal según desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6 a 12 meses atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.	35
Gráfico 5.3	Contaminación ambiental según desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6 a 12 meses atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.	36
Gráfico 5.4	Determinantes familiares según desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.	37
Gráfico 6.1	Relación entre las determinantes familiares y el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.	38

## RESUMEN

**Objetivo.** Establecer los determinantes familiares asociados al desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018. La población estuvo constituida por 114 (100%) niños de 6 a 12 meses con síndrome obstructivo bronquial y sus respectivas madres atendidos en el servicio de emergencia entre enero a junio de 2018; luego del muestreo se obtuvo una muestra al azar simple de 88 niños y sus respectivas madres. El estudio fue correlacional y transversal-retrospectivo. Se utilizó el cuestionario sobre factores de riesgo y la lista de chequeo sobre el síndrome obstructivo bronquial. Las técnicas empleadas fueron la encuesta y recopilación documental. El análisis estadístico inferencial se realizó con la prueba Chi Cuadrado con un valor  $p < 0,05$ . Los resultados describen que el 64,8% de niños presentaron síndrome obstructivo bronquial agudo y 35,2% recurrente. En conclusión, los determinantes familiares están asociados directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018 ( $\chi^2 = 26,730$ ;  $p = 0,000$ ), aceptándose la hipótesis general.

**Palabras clave:** Determinantes familiares, síndrome obstructivo bronquial.

## ABSTRACT

**Objective.** To determine the family determinants associated with the development of bronchial obstructive syndrome in children under 6 to 12 months in the emergency service of the Jesús Nazareno Support Hospital. Ayacucho, 2018. The population was constituted by 114 (100%) children from 6 to 12 months with bronchial obstructive syndrome and their respective mothers attended in the emergency service from January to June 2018; After sampling, a simple random sample of 88 children and their respective mothers was obtained. The study was correlational and cross-retrospective. The questionnaire on risk factors and the checklist on bronchial obstructive syndrome were used. The techniques used were the survey and documentary compilation. The inferential statistical analysis was performed with the Chi Square test with a p value < of 0,05. The results describe that 64.8% of children presented acute bronchial obstructive syndrome and 35.2% recurrent. In conclusion, family determinants are directly associated with the development of bronchial obstructive syndrome in children younger than 6 to 12 months in the emergency service of the Jesús Nazareno Support Hospital. Ayacucho, 2018 ( $\chi^2 = 26,730$ ;  $p = 0,000$ ), accepting the general hypothesis.

**Key words:** Determine family, bronchial obstructive syndrome.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1.1 Identificación del problema

Las infecciones respiratorias agudas agrupan al conjunto de enfermedades como el resfrío común, la faringo-amigdalitis, el síndrome obstructivo bronquial, la otitis media aguda y neumonía, entre otras, causadas por virus, bacterias y hongos. La forma más grave es la neumonía, principal causa de muerte en niños. En el mundo, en el año 2014, la neumonía causó el deceso de 1,2 millones de menores de cinco años (más que el SIDA, la malaria y el sarampión juntos). (1)

El síndrome obstructivo bronquial como parte de las infecciones respiratorias es una enfermedad con alta incidencia en niños menores de 5 años. Los factores endógenos asociados a esta patología están referidas al sexo del niño ( $p=0,023$ ) y el antecedente de asma en algún miembro de la familia ( $p=0,038$ ). Sin embargo, también se encuentran los factores exógenos como lugar de residencia ( $p=0,008$ ), hacinamiento ( $p=0,001$ ), existencia en casa de un familiar que fuma ( $p=0,025$ ), edad que lactó el niño ( $p=0,001$ ) y tipo de lactancia ( $p=0,038$ ). (2)

En el ámbito internacional, la incidencia del síndrome obstructivo bronquial es heterogénea. En Ecuador, en el año 2013, el 50% de los niños presentaron al menos una crisis de sibilancias antes de cumplir los 5 años de edad. (3)

En el Perú, durante el año 2015, la incidencia acumulada del síndrome obstructivo bronquial (SOB)/asma equivalía a 42,8 por 10,000 menores de 5 años. Las mayores tasas de incidencia acumulada se concentraron en Callao (1980 por 10,000 menores

de 5 años), seguido de Moquegua (959,2 por 10,000 menores de 5 años), Ucayali (817,7 por 10,000 menores de 5 años), Lima (759,2 por 10,000 menores de 5 años) y Loreto (622,3 por 10,000 menores de 5 años). Los departamentos con menores tasas de incidencia acumulada fueron Puno (27,3 por 10,000 menores de 5 años), Cuzco (32,7 por 10,000 menores de 5 años) y Huancavelica (52,2 por 10,000 menores de 5 años). (4)

En Ayacucho, durante el año 2016, la incidencia acumulada del síndrome obstructivo bronquial (SOB)/asma equivalía a 87,95 por 10,000 menores de 5 años y en el 2015 a 120,79 por 10,000 menores de 5 años. Por otro lado, hasta el 29 de julio del año 2017 la incidencia acumulada del síndrome obstructivo bronquial (SOB)/asma correspondía a 99,24 por 10,000 menores de 5 años. (5)

En el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, es frecuente la atención de niños de 6 a 12 meses con dificultad respiratoria, taquipnea, tiraje sub costal y sibilancias, quienes luego de la evaluación clínica eran internados en el servicio de pediatría para el tratamiento respectivo; en tanto otros recibían atención ambulatoria mediante nebulización. Al interactuar con algunas madres referían que sus niños presentaban este síndrome varias veces al año y sobre todo en los meses de invierno.

## **1.2 Formulación del problema**

### **Problema General**

¿En qué medida los determinantes familiares se asocian con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12

meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018?

### **Problemas Específicos**

- a) ¿En qué medida el antecedente de lactancia materna se asocia con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018?
- b) ¿En qué medida el estado vacunal se asocia con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018?
- c) ¿En qué medida la contaminación ambiental se asocia con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **Objetivo General**

Establecer los determinantes familiares asociados con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.

### **Objetivos Específicos**

- a) Identificar si el antecedente de lactancia materna se asocia con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de

emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.

- b) Identificar si el estado vacunal se asocia con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.
- c) Identificar si la contaminación ambiental se asocia con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.

## **1.4 Justificación**

### **Justificación Legal**

La directiva sanitaria N° 061-MINSA/DGE V.01 del 2015 señala que es responsabilidad de los establecimientos de salud la vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas y entre estas el síndrome obstructivo bronquial, por su asociación con complicaciones agudas y crónicas que comprometen la salud de los pacientes pediátricos. Para tal razón, es de interés nacional el reporte periódico de información epidemiológica para la toma de decisiones sanitarias.

### **Justificación Teórica**

En cuanto al valor teórico, busca aportar al conocimiento científico con una revisión exhaustiva de la teoría sobre las determinantes familiares y el síndrome obstructivo bronquial con datos actuales acerca del alcance conceptual de estas variables y permitirá el posterior contraste de las hipótesis como la discusión de resultados.

### **Justificación Social**

El estado vacunal, la contaminación ambiental y la suspensión de la lactancia materna exclusiva antes del sexto mes vida son determinantes familiares que incrementan el riesgo de desarrollar el síndrome obstructivo bronquial. Por esta razón, es necesario intensificar las intervenciones de promoción de salud y de saneamiento básico para mejorar las condiciones de vida de las familias.

### **Justificación Práctica**

Desde el punto de vista práctico, los resultados obtenidos son de suma relevancia para los profesionales de salud involucrados en la asistencia directa de la población infantil, puesto que permitirá tener en cuenta las determinantes familiares que se encuentran asociados a la ocurrencia de complicaciones y anticiparse a los resultados desfavorables

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes del estudio

##### A nivel internacional

BENAVIDES, J., 2017, Colombia, desarrolló la investigación “Etiología viral y factores de riesgo asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años ingresados al Hospital Universidad del Norte entre 2016 y 2017”, con el objetivo de identificar los principales agentes etiológicos virales causante de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años y los factores de riesgo que predisponen. Se trata de una investigación descriptiva y transversal sobre una población de 304 menores de 5 años diagnosticados clínicamente con IRA, a los cuales se les tomó muestras por aspirado nasofaríngeo y se les practicó diagnóstico por laboratorio mediante tecnología de reacción en cadena de la polimerasa-transcriptasa inversa multiplex anidada. Los resultados describen que el 76% resultaron positivos al aislamiento del virus causantes de IRA: 75,5% en varones y 76,8% en mujeres. El virus más prevalente fue el RSV A con un 25,3% seguido por Rinovirus con 20,4% y Coronavirus con 22,9%. El rango de edad con mayor prevalencia de virus causante de IRA fue de 25 a 36 meses (85,3%). En conclusión, en cuanto al sexo y los factores de riesgo como exposición al humo de tabaco, asistencia a guardería, número y posición entre los hermanos, signos y síntomas, antibioticoterapia y lactancia materna no fueron significativas. (6)

DUBÓN, E., 2016, Honduras, desarrolló la investigación “Hacinamiento en menores de 5 años como factor de riesgo para infecciones respiratorias agudas en una comunidad rural de Honduras”, con el objetivo de mejorar el conocimiento regional de estas enfermedades que son el principal motivo de consulta en Honduras. Se trata de un estudio descriptivo y transversal, sobre una población rural de 105 niños y niñas menores de 5 años en el departamento de Atlántida. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento, el cuestionario a familiares. Los resultados describen que el 68,5% niños viven en hacinamiento. Por otro lado, la prevalencia de desnutrición se identificó en el 14,2%; de estos el 26,6% presentaron más de 6 episodios de IRA al año en contraste con 16,2% de menores de 5 años con estado nutricional normal. Los niños que recibieron menos de 6 meses o ninguna lactancia materna presentaban más episodios de IRA al año. En conclusión, la incidencia de infecciones respiratorias agudas incrementa en niños desnutridos y que viven en hacinamiento. (7)

NAVARRETE, M., NÚÑEZ, E., MUÑOZ, F., 2015, El Salvador, desarrolló la investigación “Factores de riesgo relacionados a infecciones de las vías respiratorias superiores en niños de uno a cinco años de edad, UCSE Perquín, Morazán, Abril-Julio 2015”, con el objetivo de determinar la frecuencia de Infecciones Respiratorias relacionadas con algunos factores de riesgo en niños de 1 a 5 años que acudieron a la consulta externa de la Unidad Comunitaria Especializada de Salud (UCSE) de Perquín. Se trata de una investigación descriptiva y transversal sobre una muestra intencional de 80 niños con infecciones respiratorias agudas de una población de 357 (100%). Las técnicas de recolección de datos fueron la recopilación documental y

entrevista; en tanto los instrumentos, la lista de chequeo y el guión de entrevista. Los resultados describen que predominaron los diagnósticos de rinofaringitis (61,25%) y faringoamigdalitis (30%). El 65% vivía en hacinamiento, 10% no recibió lactancia materna y en el 84.72% fue exclusiva por más de 6 meses; el 100% tenía estado nutricional normal. En conclusión, el 92,5% estaban expuestos al humo de leña, 12,5% presentaron estado de fumador pasivo y 27,25% presentaron morbilidad asociada: antecedente de diarrea (27,25%), rinitis alérgica (21,25%) y dermatitis atópica (15%). (8)

### **A nivel nacional**

RIVAS, P., 2017, Lima, realizaron la investigación “Características clínicas y epidemiológicas del síndrome obstructivo bronquial en pacientes menores de 2 años en el servicio de pediatría del Hospital de Ventanilla durante el periodo 2017”, con el objetivo de determinar las características clínicas y epidemiológicas del síndrome obstructivo bronquial en pacientes menores de 2 años. Es un estudio correlacional y retrospectivo sobre una población de 150 pacientes menores de 2 años con diagnóstico definitivo de síndrome obstructivo bronquial. La técnica de recolección de datos fue la recopilación documental y el instrumento, la lista de chequeo. Los resultados describen que el 39% presentaron síndrome obstructivo bronquial leve y 59% moderada. En conclusión, predominó el síndrome obstructivo bronquial en niños de sexo masculino (61%), con inmunizaciones incompletas (77%), bajo peso al nacer (69%), antecedente de prematuridad (76%) y antecedentes familiares de asma o atopia

(87%). La alimentación del paciente pediátrico no influyo en este estudio. (9)

MUÑOZ, Y. y GUTIÉRREZ, D., 2016, Tarapoto, realizaron la investigación “Factores de riesgo asociados al síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 2 años hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital MINSA II-2 Tarapoto Periodo de Octubre de 2015-Marzo de 2016”, con el objetivo de determinar los factores de riesgo endógenos y exógenos asociados al síndrome obstructivo bronquial en menores de 2 años. Es un estudio correlacional y retrospectivo sobre una población de 82 niños menores de 2 años con síndrome obstructivo bronquial. La técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento, el guión de entrevista. Los resultados describen que el 51,2% de los niños presentaron síndrome obstructivo bronquial leve, 45,1% moderado y 3,7% grave. En conclusión, entre los factores endógenos destacaron el sexo del niño ( $p=0,023$ ) y asma en algún miembro de la familia ( $p=0,038$ ). Entre los factores exógenos se identificó al lugar de residencia ( $p=0,008$ ), número de personas que comparten la vivienda ( $p=0,001$ ), existencia en casa de un familiar que fuma ( $p=0,025$ ), edad que lactó el niño ( $p=0,001$ ) y tipo de lactancia ( $p=0,038$ ). (2)

ACOSTA, D., CHUNG, L. y PINEDA, G., 2014, Iquitos, realizaron la investigación “Factores de riesgo materno y del niño asociados al síndrome obstructivo bronquial en lactantes hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Apoyo Iquitos-2014”, con el objetivo de determinar la asociación que existe entre los factores de riesgo materno y del niño con Síndrome Obstructivo bronquial en Lactantes menores de 6 meses hospitalizados en el servicio de

Pediatría del Hospital Apoyo Iquitos. Es un estudio correlacional y retrospectivo sobre una muestra de 96 lactantes. La técnica de recolección de datos fue la recopilación documental y el instrumento, la lista de chequeo. Los resultados describen que el 43,8% (42 lactantes) presentaron SOB moderado, 31,2% (30 lactantes) SOB leve y 25% (24 lactantes) SOB grave respectivamente. En conclusión, existe asociación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo materno y del niño ( $p < 0.05$ ): edad de la madre ( $p = 0.000$ ), tipo de parto ( $p = 0.000$ ), grado de instrucción ( $p = 0.002$ ), prematuridad ( $p = 0.000$ ), peso al nacer ( $p = 0.000$ ) y lactancia materna ( $p = 0.036$ ). (10)

## **2.2. Marco Conceptual**

### **2.2.1 Determinantes de la Salud**

Se comenzaron a hablar de los grandes determinantes de la salud de los individuos y de las poblaciones, a partir del estudio presentado por Marc Lalonde en 1974. Lalonde era un abogado y político que desempeñaba el cargo de Ministro de Salud Pública de Canadá y encargó un estudio a un grupo de epidemiólogos para que estudiaran, en una muestra representativa, las grandes causas de muerte y enfermedad de los canadienses. Al final del estudio Lalonde presentó un Informe denominado: "New perspectives on the health of Canadians", que marcó uno de los hitos importantes dentro de la Salud Pública, como disciplina orientadora del accionar los servicios de salud encargados de velar por la salud de la población.

Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que

determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

Por otra parte, Los determinantes de salud son propiedades basadas en el estilo de vida afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen la calidad de la salud personal. Estos atributos incluyen pero no se limitan a la enseñanza, el empleo el nivel de ingresos y la distribución, la vivienda, el desarrollo infantil, la seguridad alimentaria y la nutrición, la raza, el género y el estrés. Se ha demostrado que dichos factores tienen asociaciones marcadas con los riesgos para diferentes enfermedades, la esperanza de vida y la morbilidad de por vida. En las últimas décadas, las crecientes disparidades de salud en los países desarrollados y entre países en vías de desarrollo y los países desarrollados han sido asociadas con estos factores sociales. Mientras los trabajadores de salud pública y los políticos tratan de reducir esta brecha, se enfrentan a retos en el diseño e implementación de programas que sean lo suficientemente amplio como para abordar cuestiones que tienen relaciones complejas y causales, de largo plazo con vías de enfermedades específicas. Sin embargo, tanto la motivación como la acción eficaz para desarrollar la investigación y los métodos de intervención seguirá creciendo en este campo de la salud pública.

Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos:

- Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos
- Y los de responsabilidad del sector Salud, dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y

actuación directa en otros. Estos factores determinantes de la salud son:

- Aquellos relacionados con los estilos de vida.
- Los llamados factores ambientales.
- Los factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población.
- Y por último, los relacionados con la atención sanitaria o sea los relacionados con los servicios de salud que se brindan a las poblaciones.

### **2.2.2. Determinantes familiares**

Condición exógena en el entorno familiar modificable o controlable, que precede al efecto y está asociado a un incremento en la probabilidad de ocurrencia del evento de interés: contribuye en su producción (relación causal). (11)

Para el Ministerio de Salud (12), las determinantes familiares asociadas al síndrome obstructivo bronquial son:

**a) Contaminación intradomiciliaria.** La contaminación del aire intradomiciliario con humo o gases debido a la combustión en el hogar de madera, leña, carbón, otros residuos vegetales o excrementos de animales se ha supuesto que aumentan la incidencia de infecciones respiratorias agudas. (2)

El humo del cigarro es un irritante para las vías aéreas por lo que contiene monóxido de carbono, amoníaco y nicotina; lo cual predispone a padecer de síndrome obstructivo bronquial. El humo de la quema de biomasa o la contaminación ambiental son también factores predisponentes para la

aparición de SOB por lo que el paciente pediátrico no desarrolla aun un epitelio definitivo en el tracto respiratorio como para poder defenderse ante los factores dañinos externos al paciente. (9)

La modificación de los factores ambientales como la contaminación del aire interior previene el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial. (1)

**b) Hacinamiento.** El hacinamiento es un problema común en los países en desarrollo y que contribuye en la transmisión de infecciones mediante gotitas de flugge y fómites. Está demostrada su asociación con infecciones respiratorias agudas. (2)

El mayor contacto entre personas con problemas respiratorios con tribuye a la transmisión de Síndrome Obstructivo Bronquial mediante la expulsión de gotas de secreciones conteniendo la presencia de algún virus ya mencionado anteriormente. (9)

**c) Privación de la lactancia materna.** Los niños que inician con la ablactancia antes del sexto mes de vida tienen mayor probabilidad de padecer alguna infección respiratoria, tales como gripe, resfrío, síndrome obstructivo bronquial o neumonía, en comparación con los que recibieron lactancia materna exclusiva. (2)

La alimentación con lactancia materna exclusiva es un factor protector para el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial porque brinda anticuerpos, lactoferrinas y células positivas que le ayudan a desarrollar un mejor sistema inmunológico contra los agentes patógenos. (9)

La alimentación exclusiva es clave para mejorar las defensas naturales del niño, además de prevenir eficazmente las infecciones respiratorias agudas y reducir la duración de la enfermedad. (1)

### **2.2.3. Síndrome obstructivo bronquial**

#### **Definición de síndrome obstructivo bronquial**

Se denomina síndrome bronquial obstructivo al conjunto de síntomas recurrentes o recidivantes de sibilancias difusas. Los cuadros obstructivos del lactante son la causa más frecuente de consulta tanto a nivel primario como en los servicios de urgencia y son también causa frecuente de hospitalización en los servicios de pediatría. (13)

Es una enfermedad que afecta a los bronquios. Se caracteriza por la inflamación y estrechez de la pared bronquial e hipersecreción de mucus (flemas) que se acumulan en el interior, lo cual lleva a la obstrucción de los bronquios dificultando el paso del aire. (14)

#### **Fisiopatología**

En la fisiopatología del síndrome obstructivo bronquial están implicados los siguientes mecanismos: (15)

**Contracción del músculo liso bronquial.** La presencia de un microorganismo o un alérgeno en las vías respiratorias produce la liberación de diferentes sustancias pro-inflamatorias locales. La histamina, leucotrieno D4, prostaglandinas y tromboxanos son algunas de estas sustancias cuyos receptores se encuentran en los músculos lisos de los bronquios. Estos receptores están acoplados a la fosfolipasa C estimula la liberación de IP3 y PKC. A su vez, activa al calcio intracelular, el cual está estrechamente

vinculado con la contracción sostenida de la musculatura bronquial y, por ende, en la generación de los síntomas.

**Edema e inflamación.** Las mismas sustancias que estimulan a la fosfolipasa C y ocasionan broncoconstricción también causan inflamación. Las vías respiratorias edematizadas no permiten el paso normal del aire y contribuyen a la aparición de los síntomas habituales de la obstrucción bronquial.

**Retención de secreciones.** La producción de moco es un fenómeno normal de las vías aéreas. Es utilizado para tareas defensivas y expulsión de cuerpos extraños. Cuando las células caliciformes del pulmón se estimulan en exceso y producen moco excesivo, este no puede ser eliminado adecuadamente por la misma obstrucción bronquial y se acumula en la vía respiratoria. Este moco ocasiona un efecto de válvula en los bronquiolos, permitiendo la entrada del aire pero no su salida, generando retención del mismo y deterioro clínico del paciente.

**Pérdida de soporte elástico.** La inflamación local crónica, cualquiera sea su origen, puede causar efectos permanentes en la vía aérea. Uno de estos efectos es la pérdida de elasticidad en los músculos de la pared bronquial por disfunción de la elastina, entre otras causas. Esto lleva a una recuperación más lenta y a una posible cronicidad de la enfermedad respiratoria.

**Remodelación de la pared.** La contracción constante del músculo liso bronquial produce su hipertrofia, como cualquier músculo sometido a un régimen de ejercicio, y este aumento de tamaño cambia la estructura normal de la pared y disminuye permanentemente la luz de la vía respiratoria.

## Clasificación

La más usada para Síndrome Obstructivo Bronquial es la Escala de Bierman, Pierson y Tal que evalúa la gravedad del cuadro clínico. Considera a su vez valores para tomar una conducta terapéutica apropiada en el niño. (10)

PUNTAJE	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Cianosis	Retracción
	< 6m	> 6m			
0	< 40	< 30	No	No	No
1	41-45	31-45	Fin de espiración	Perioral al Llorar	(+)
2	46-70	46-60	Inspiración y espiración	Perioral en Reposo	(++)
3	> 70	> 60	Audibles	Generalizada en reposo	(+++)

Fuente. Acosta, Chung y Facundo (10)

- **Leve.** Menor de 5 puntos
- **Moderado.** 6 a 8 puntos
- **Grave.** 9 a 12 puntos

La medición de la saturación de oxígeno con el oxímetro de pulso es un método eficaz para estimar la severidad y su evolución:

- **Leve.** Mayor de 95%
- **Moderada.** Entre 93 y 95%
- **Grave.** Menor de 92%. (10)

## Cuadro clínico

El cuadro clínico involucra los siguientes signos y síntomas: (15)

**Sibilancias.** Es uno de los síntomas definitivos de la obstrucción bronquial. Es un sonido agudo, predominantemente espiratorio, relacionado con la estrechez bronquial y evidencia la dificultad que tiene el aire para salir de los pulmones.

**Espiración prolongada.** En los pacientes con obstrucción bronquial el aire entra fácilmente a las vías respiratorias pero le cuesta salir, por lo que la espiración se hace lenta, penosa y prolongada. En el examen físico se puede evidenciar esfuerzo espiratorio, ventilación entrecortada, tos y tiraje costal. En la auscultación del tórax se escucharán agregados al final de la espiración, como sibilancias.

**Disnea.** El tercer síntoma definitivo del síndrome bronquial obstructivo es la dificultad respiratoria; acompaña siempre a esta patología en menor o mayor medida. La disminución de la concentración de oxígeno en sangre desencadena una serie de señales que son enviadas a los centros respiratorios superiores y se activan sistemas de compensación ventilatorios.

**Cianosis.** Coloración violácea o azulada de la piel debido a la hipoxemia. Al aumentar la cantidad de hemoglobina desoxigenada, la sangre pierde su coloración rojiza habitual y se torna azul debido a los efectos ópticos de la luz sobre los tejidos sin oxígeno.

**Alteraciones neurológicas.** La hipoxia a nivel cerebral puede ocasionar alteraciones conductuales. Las consecuencias finales de la hipoxia sostenida pueden ser convulsiones y coma.

### **Complicaciones**

Las complicaciones están asociadas con la gravedad del cuadro clínico y con la edad: cuanto menor sea la edad del niño, la patología podrá agravarse más con situaciones tales como (12):

- Apnea, en lactantes menores de 6 meses.
- Hipoxemia, insuficiencia respiratoria.
- Neumotórax atencional, por la hiperinsuflación del tracto bronquial.
- Ingesta alterada de líquidos, por el problema respiratorio (disnea) y por los vómitos, que son consecuencias de las secreciones. Pueden llegar a la deshidratación.
- Aumento de pérdidas insensibles de líquidos, de mayor importancia en los niños pequeños (mayor superficie corporal, en relación con su peso), como respuesta a la fiebre, disnea, taquipnea y taquicardia.
- El síndrome obstructivo bronquial pueden dejar secuelas en el parénquima pulmonar y en la vía aérea inferior.

### **Prevención**

Para disminuir la posibilidad que el niño desarrolle el síndrome obstructivo bronquial es necesario (10):

- Mantenimiento de un ambiente limpio y libre de contaminación (humo de tabaco, vela o leña).
- Evitar la exposición al frío y cambios bruscos de temperatura.
- Evitar el hacinamiento.
- Promover la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida y de manera complementaria hasta los 2 años.
- Vigilar y corregir el estado de malnutrición (por exceso o deficiencia).
- Dar cumplimiento al calendario de vacunación.

- Promover la atención médica del niño sano para la identificación de condiciones de riesgo.

### **2.3. Base teórica**

#### **Teoría ecológica de Florencia Nightingale (1874)**

La aplicación de la teoría ecológica de Nightingale constituyen las observaciones de las condiciones del ambiente social y sanitario de las personas en situación de pobreza y los efectos que provocaba en su salud, así como la posibilidad de evitar esas enfermedades promoviendo el uso adecuado del aire, agua pura, alcantarillado eficaz, limpieza y luz para lograr una mejoría de las condiciones de vida y recuperación de la salud. (16)

La teoría ecológica de Nightingale, aplicada al cuidado de los pacientes pediátricos con síndrome obstructivo bronquial considera los siguientes aspectos (17):

- Promover la adecuada ventilación de ambiente evitando cambios bruscos de temperatura = Aire puro.
- Promover la adecuada hidratación de los pacientes mediante el suministro de lactancia materna y el suministro de líquidos por vía oral de 3 a 4 horas para favorecer la fluidificación de las secreciones y la eliminación de estas secreciones = Dieta.
- Brindar fisioterapia respiratoria cada 2 horas con intervenciones que incluyan: percusión, palmoteo y vibración = Ventilación.
- Evaluar en el paciente la aparición de cianosis, tiraje subcostal y dificultad respiratoria = Observación.
- Administrar aerosol-terapia, según las indicaciones médicas = Ventilación y Limpieza.

- Educar a la madres y su familia acerca de la importancia de conservar la higiene de vivienda para eliminar la presencia de polvo por la presencia de alérgenos que puedan desencadenar una crisis = Limpieza.
- Brindar consejería nutricional a la madre para el suministro de una dieta rica en proteínas y abundante líquido continuando con la lactancia materna = Dieta.
- Fomentar la adecuada iluminación y ventilación de la vivienda para evitar humedad y con ella, la proliferación de micro organismos patógenos que puedan producir enfermedades = Luz.
- Lograr confort apoyados de la solidaridad de los miembros de la familia para garantizar un ambiente tranquilo libre de ruidos molestos para la total recuperación del niño = Ruidos.

#### 2.4. Definición de términos básicos

- **Determinantes familiares.** Condición exógena en el entorno familiar modificable o controlable, que precede al efecto y está asociado a un incremento en la probabilidad de ocurrencia del evento de interés: contribuye en su producción (relación causal).
- **Riesgo.** Probabilidad de enfermar o morir en el futuro.
- **Síndrome.** Conjunto de signos y síntomas de una enfermedad.
- **Síndrome obstructivo bronquial.** Cuadro clínico caracterizado por tos, sibilancia y espiración prolongada de variable intensidad.

## **CAPÍTULO III**

### **VARIABLES E HIPÓTESIS**

#### **3.1. Definición de las variables**

##### **3.1.1. Variable independiente: Determinantes familiares**

Condición exógena en el entorno familiar modificable o controlable, que precede al efecto y está asociado a un incremento en la probabilidad de ocurrencia del evento de interés: contribuye en su producción (relación causal)

##### **3.1.2. Variable dependiente: Síndrome obstructivo bronquial**

Es un síndrome que involucra signos y síntomas clásicos que incluyen: tos, sibilancia y espiración prolongada de variable intensidad.

### 3.2 Operacionalización de Variable

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición de la variable	
<b>Determinantes familiares</b>	Condición exógena en el entorno familiar modificable o controlable, que precede al efecto y está asociado a un incremento en la probabilidad de ocurrencia del evento de interés: contribuye en su producción (relación causal). (11)	Prácticas familiares que incrementan el riesgo de desarrolla el síndrome obstructivo bronquial y determinados con un cuestionario.	Antecedente de lactancia materna	Tipo de lactancia	¿Hasta qué edad proporcionó únicamente lactancia materna exclusiva a su niño (a)? ¿Qué tipo de lactancia recibió el niño hasta el sexto mes? ¿A qué edad inicio a proporcionarle alimentos distintos a leche materna a su niño/a?	Nominal: - Mixta = 1 - Exclusiva = 0	
			Estado vacunal	de	Calendario de vacunación	¿Su niño (a) está al día con sus vacunas?	<b>Nominal:</b> - Si = 1 - No = 0
			Contaminación ambiental			¿En su localidad existen personas que fuman? ¿En su localidad utilizan la leña como combustible para preparar sus alimentos? ¿En su localidad queman la basura que se genera en sus hogares antes de desecharla? ¿En su localidad las personas arrojan la basura a la intemperie o en lotes deshabitados? ¿En su localidad las familias crían animales domésticos en la calle? ¿En su localidad las familias se organizan para realizar la limpieza de las calles?	<b>Nominal:</b> - Si = 1 - No = 0
<b>Síndrome obstructivo bronquial</b>	Es un síndrome que involucra signos y síntomas clásicos que incluyen: tos, sibilancia y espiración prolongada de variable intensidad. (13)	Diagnóstico médico de síndrome obstructivo bronquial determinado con la lista de chequeo.	Tipo	Número de episodios	Tipo de síndrome obstructivo bronquial	Nominal: - Agudo. 1-2 - Recurrente. Mayor de 2	
			Grado	Frecuencia respiratoria Sibilancia Cianosis Retracción	Grado del síndrome obstructivo bronquial	Ordinal: - <b>Leve.</b> Menor de 5 puntos - <b>Moderado.</b> 6 a 8 puntos - <b>Grave.</b> 9 a 12 puntos	

### 3.3 Hipótesis general e hipótesis específicas

#### Hipótesis general

- **H<sub>i</sub>:** Los determinantes familiares están asociadas directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.
- **H<sub>o</sub>:** Los determinantes familiares no están asociadas directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.

#### Hipótesis específicas

- **H<sub>1</sub>:** El antecedente de lactancia materna se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.
- **H<sub>2</sub>:** El estado vacunal se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.
- **H<sub>3</sub>:** La contaminación ambiental se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.

## CAPÍTULO IV

### METODOLOGÍA

#### 4.1. Tipo de investigación

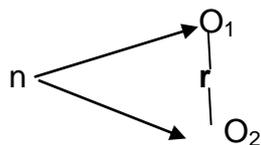
Este trabajo de investigación por su enfoque fue **cuantitativo**, porque se utilizaron los métodos estadísticos para presentar, analizar e interpretar los datos.

Respecto al vínculo que existe entre las variables fue **correlacional**, porque determinó la relación entre las determinantes familiares y el síndrome obstructivo bronquial mediante el cálculo de la prueba Chi Cuadrado, estadígrafo utilizado para el contraste de las hipótesis.

Según la secuencia de tiempo fue de corte **transversal-retrospectivo**. Transversal, porque se administró el cuestionario domiciliario a las madres y retrospectivo, por la revisión sistemática de las historias clínicas de los niños con síndrome obstructivo bronquial para acopiar datos sobre el tipo y grado de esta patología.

#### 4.2. Diseño de investigación

El diseño utilizado para la presente investigación fue el correlacional y transversal-retrospectivo, con el siguiente esquema:



**Donde:**

- n: Muestra
- O<sub>1</sub>: Determinantes familiares.

- O<sub>2</sub>: Desarrollo del síndrome obstructivo bronquial.
- r: Relación entre variables (asociación).

### 4.3. Población y muestra

#### 4.3.1. Población

Constituyeron 114 (100%) niños menores de 6 a 12 meses con síndrome obstructivo bronquial atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo “Jesús Nazareno” entre enero a junio de 2018.

#### 4.3.2. Muestra

La muestra al azar simple estuvo constituida por 88 niños menores de 5 años con síndrome obstructivo bronquial en el servicio de emergencia del Hospital de apoyo Salud “Jesús Nazareno” entre enero a junio de 2018.

Se realizó el muestreo aleatorio simple de acuerdo a la fórmula siguiente:

$$n = \frac{Z^2 p x q x N}{Ne^2 + Z^2 p x q}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5) (0,5) (114)}{(114) (0,05)^2 + (1,96)^2 (0,5) (0,5)}$$

$$n = \frac{109,4856}{0,285 + 0,9604}$$

$$n = \frac{109,4856}{1,2454}$$

$$n = 88$$

**Donde:**

n = Tamaño de muestra = ¿?

e = error de estimación = 0.50 (5% de error)

Z = Nivel de confianza = 1,96 (95% de confiabilidad)

N = universo = 114

p = Probabilidad a favor = 0,5

q = Probabilidad en contra = 0,5

**Criterios de inclusión:**

- Niños con diagnóstico médico de síndrome obstructivo bronquial.

**Criterios de exclusión:**

- Niños con otras infecciones respiratorias agudas.

**4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

**4.4.1. Técnicas**

- **Recopilación documental.** Referida a la revisión sistemática de las historias clínicas para el registro de información sobre el síndrome obstructivo bronquial.
- **Encuesta.** Procedimiento de recopilación de datos sobre opiniones y conductas de los investigados acerca de aspectos de la vida cotidiana, obtenidas mediante un conjunto de preguntas normalizadas. Fue aplicada a la madre del menor de 5 años con síndrome obstructivo bronquial.

#### 4.4.2. Instrumentos

- **Lista de chequeo.** Es una ficha clínica para el registro de información sobre el síndrome obstructivo bronquial contenida en las historias clínicas.
- **Cuestionario.** Desarrollado por las autoras y constituida por dos bloques. Bloque I. Datos generales, para el registro de la edad y sexo de los niños. Bloque II: Datos específicos, que evalúa el antecedente de lactancia materna, estado vacunal y contaminación ambiental. La confiabilidad fue determinada con el Coeficiente Alpha de Cronbach por el carácter politómico de las respuestas. Se realizó en una muestra piloto de 10 madres de niños de 6 a 12 meses con síndrome obstructivo bronquial atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno con un valor de 0,900.

#### 4.5. Procedimiento de recolección de datos

- **Formulación y aprobación de proyecto de tesis.** Según el formato oficial.
- **Autorización.** Del director del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno para acceder a las historias clínicas de los niños con síndrome obstructivo bronquial.
- **Preparación de instrumentos.** Se diseñaron el cuestionario para las madres y la lista de chequeo para el registro de información de las historias clínicas.
- **Validez de expertos.** Permitted determinar la pertinencia de los instrumentos en función a los diferentes elementos constituyentes de la investigación. Para tal fin, participaron profesionales de enfermería de reconocida trayectoria en el

área asistencial e investigación, quienes emitieron el juicio de expertos y se demostró mediante la prueba binomial. (ver anexo 05)

- **Prueba de fiabilidad.** Permitió evaluar la concordancia entre los ítems del cuestionario. Se obtuvo una fiabilidad de 0,900 (alta confiabilidad). (ver anexo 04)
- **Aplicación de instrumentos.** El cuestionario fue administrado en los domicilios de las madres de niños de 6 a 12 meses con síndrome obstructivo bronquial, previa información y consentimiento informado. Los datos de las historias clínicas fueron registrados en la lista de chequeo en la oficina de estadística.

#### **4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos**

La información fue procesada con el Software IBM-SPSS versión 23,0. El nivel descriptivo corresponde a la presentación de los cuadros y gráficos. El nivel inferencial, corresponde al contraste de las hipótesis con la prueba Chi Cuadrado para establecer la asociación entre las variables motivo de investigación.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

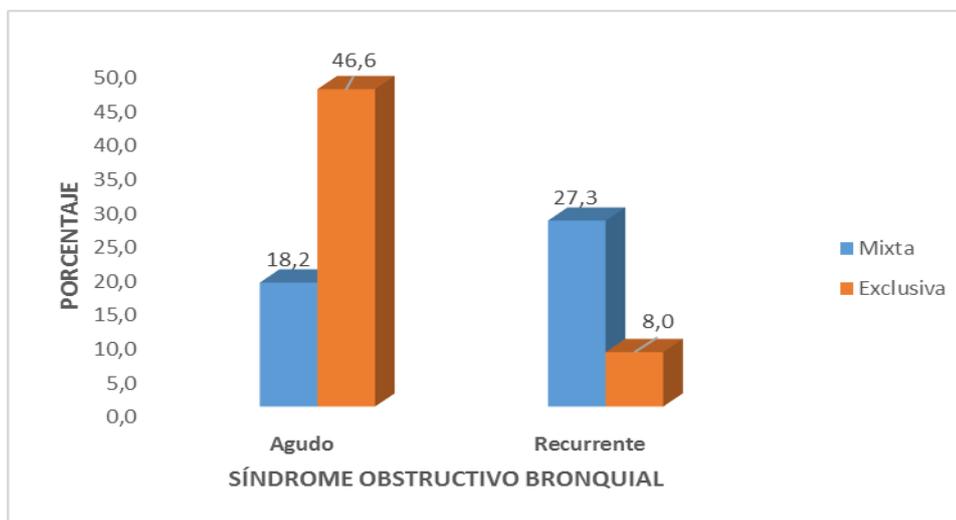
TABLA 5.1

Antecedente de lactancia materna según desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.

ANTECEDENTE DE LACTANCIA MATERNA	DESARROLLO DEL SÍNDROME OBSTRUCTIVO BRONQUIAL				TOTAL	
	Agudo		Recurrente		f	%
	f	%	f	%		
Mixta	16	18,2%	24	27,3%	40	45,5%
Exclusiva	41	46,6%	7	8,0%	48	54,5%
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>64,8%</b>	<b>31</b>	<b>35,2%</b>	<b>88</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Cuestionario-Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, 2018.

GRÁFICO 5.1



Del 100% (88) de niños de 6 a 12 meses con síndrome obstructivo bronquial el 54,5% (48) recibieron lactancia materna exclusiva, de los cuales el 46,6% (41) presentaron síndrome obstructivo bronquial agudo y 8% (7) recurrente. El 45,5% (40) recibieron lactancia materna mixta, de los cuales el 27,3% (24) presentaron síndrome obstructivo bronquial recurrente y 18,2% (16) agudo.

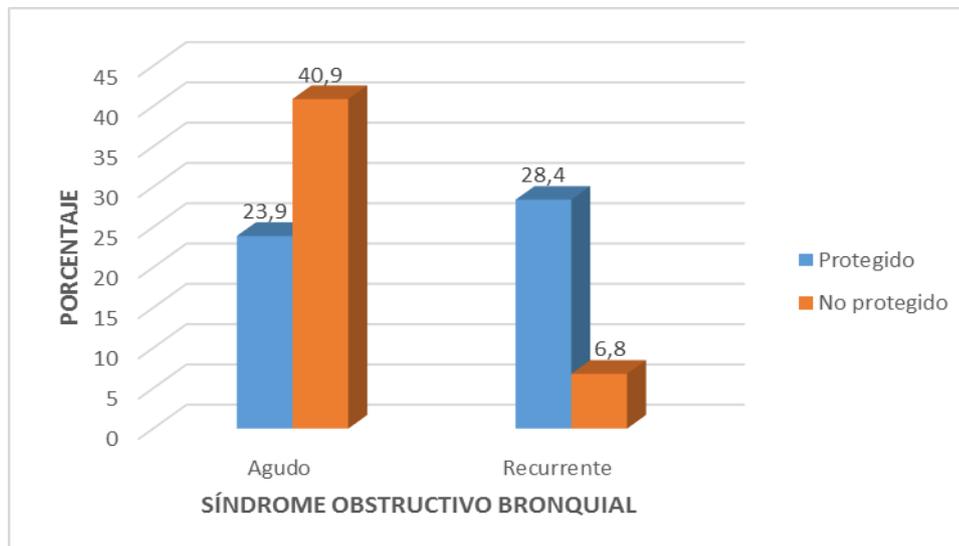
**TABLA 5.2**

**Estado vacunal según desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.**

ESTADO VACUNAL	DESARROLLO DEL SÍNDROME OBSTRUCTIVO BRONQUIAL				TOTAL	
	Agudo		Recurrente		f	%
	f	%	f	%		
<b>Protegido</b>	21	23,9%	25	28,4%	46	52,3%
<b>No protegido</b>	36	40,9%	6	6,8%	42	47,7%
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>64,8%</b>	<b>31</b>	<b>35,2%</b>	<b>88</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Cuestionario-Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, 2018.

**GRÁFICO 5.2**



Del 100% (88) de niños de 6 a 12 meses con síndrome obstructivo bronquial el 52,3% (46) se hallaban protegidos con su vacunas, de los cuales el 28,4% (25) presentaron síndrome obstructivo bronquial recurrente y 23,9% (21) agudo. El 47,7% (42) se encontraban no protegidos con sus vacunas, de los cuales el 40,9% (36) presentaron síndrome obstructivo bronquial agudo y 6,8% (6) recurrente.

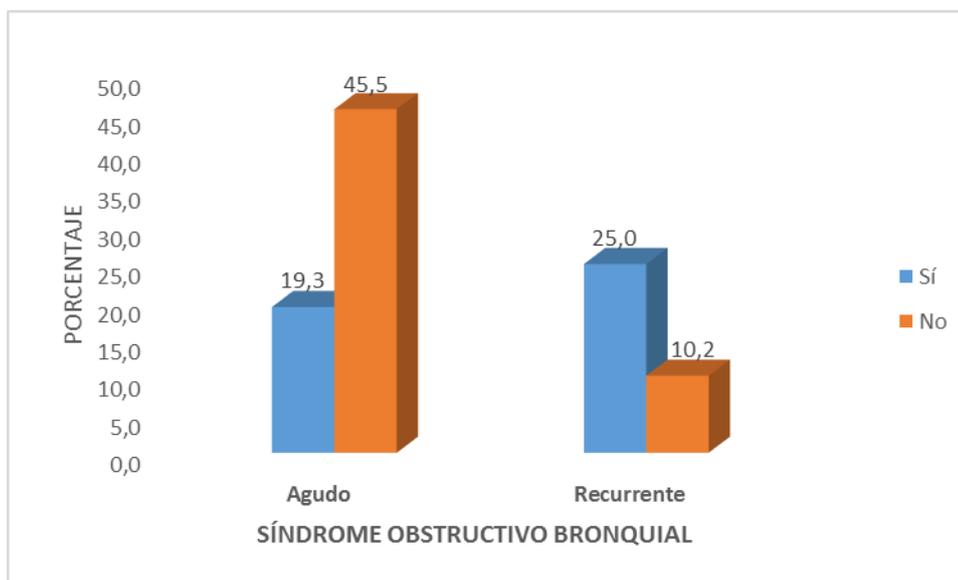
**TABLA 5.3**

**Contaminación ambiental según desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.**

CONTAMINACIÓN AMBIENTAL	DESARROLLO DEL SÍNDROME OBSTRUCTIVO BRONQUIAL				TOTAL	
	Agudo		Recurrente		f	%
	f	%	f	%		
<b>Sí</b>	17	19,3%	22	25,0%	39	44,3%
<b>No</b>	40	45,5%	9	10,2%	49	55,7%
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>64,8%</b>	<b>31</b>	<b>35,2%</b>	<b>88</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Cuestionario-Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, 2018.

**GRÁFICO 5.3**



Del 100% (88) de niños de 6 12 meses con síndrome obstructivo bronquial el 55,7% (49) de las madres reportan la ausencia de contaminación ambiental, de las cuales el 45,5% (40) de sus hijos presentaron síndrome obstructivo bronquial agudo y 10,2% (9) recurrente. El 44,3% (39) de las madres reportan la presencia de contaminación ambiental, de las cuales el 25% (22) presentaron síndrome obstructivo bronquial recurrente y 19,3% (17) agudo.

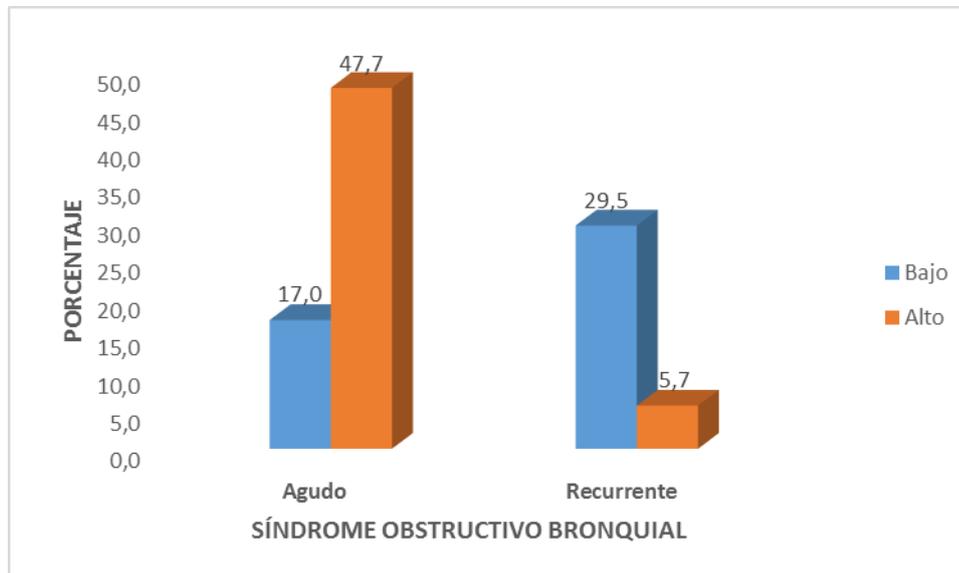
**TABLA 5.4**

**Determinantes familiares según desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.**

DETERMINANTES FAMILIARES	DESARROLLO DEL SÍNDROME OBSTRUCTIVO BRONQUIAL				TOTAL	
	Agudo		Recurrente		f	%
	f	%	f	%		
<b>Bajo</b>	15	17,0%	26	29,5%	41	46,6%
<b>Alto</b>	42	47,7%	5	5,7%	47	53,4%
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>64,8%</b>	<b>31</b>	<b>35,2%</b>	<b>88</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Cuestionario-Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, 2018.

**GRÁFICO 5.4**



Del 100% (88) de niños de 6 a 12 meses con síndrome obstructivo bronquial el 53,4% (47) de las madres reportan una conducta de alto riesgo, de las cuales el 47,7% (42) de sus hijos presentaron síndrome obstructivo bronquial agudo y 5,7% (5) recurrente. El 46,6% (41) de las madres reportan una conducta de bajo riesgo, de las cuales el 29,5% (26) presentaron síndrome obstructivo bronquial recurrente y 17% (15) agudo

## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 6.1. Contrastación de la hipótesis con los resultados

TABLA 6.1

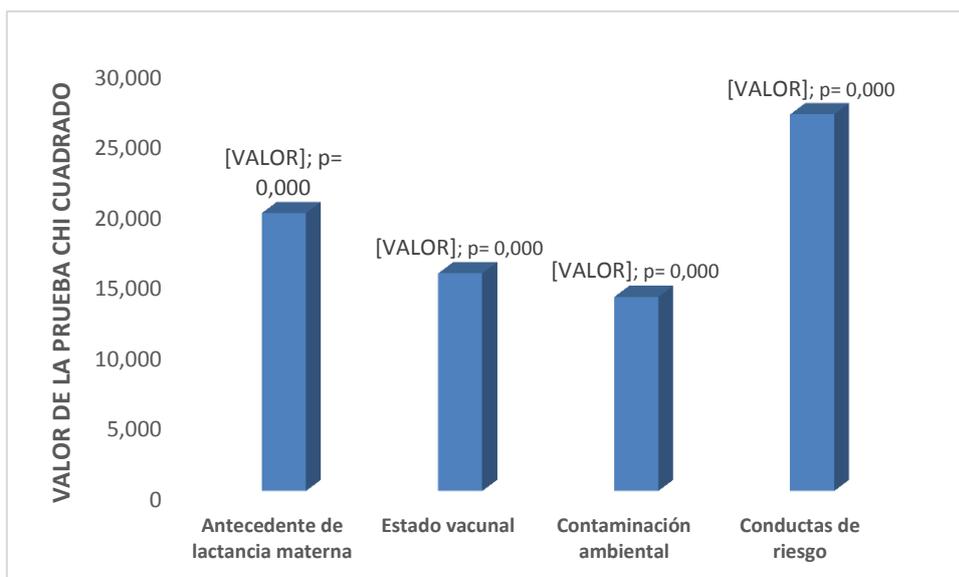
Asociación entre los determinantes familiares y el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.

Prueba de Chi-cuadrado	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Valor calculado	27,730	1	,000
N de casos válidos	88		

\*\* . La asociación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

GRÁFICO 6.1

Asociación entre los determinantes familiares y el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6-12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.



La significación asociada a la prueba Chi Cuadrado fue inferior que el valor crítico ( $\alpha = 0,05$ ). Por tanto, existe evidencia estadística para afirmar que los determinantes familiares están asociadas directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6 a 12 meses atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018 ( $\chi^2 = 27,730$ ;  $p = 0,000$ ).

Se utilizó la prueba Chi Cuadrado para probar la hipótesis debido a que las variables tenían escala nominal.

### **Hipótesis general:**

#### **a) Formulación de Hipótesis**

- Hi: Los determinantes familiares están asociadas directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.
- Ho: Los determinantes familiares no están asociadas directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.

#### **b) Establecimiento del nivel de significancia**

= 0,05

#### **c) Establecimiento de prueba estadística**

Prueba de hipótesis determinada con la prueba Chi Cuadrado para variables de escala nominal.

#### **d) Valor “p” de la Prueba Chi Cuadrado**

$p = 0,000$

**e) Decisión estadística**

Como los valores de p calculado son menores al p constante 0,05, se acepta la hipótesis Alternativa ( $H_1$ ) y se rechaza la hipótesis Nula ( $H_0$ ).

**f) Conclusión**

Podemos concluir que los determinantes familiares están asociadas directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018 ( $\chi^2 = 26,730$ ;  $p = 0,000$ ).

**Hipótesis específicas:**

**Primera hipótesis específica**

**a) Formulación de Hipótesis**

- $H_1$ : El antecedente de lactancia materna si se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.
- $H_0$ : El antecedente de lactancia materna no se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.

**b) Establecimiento del nivel de significancia**

= 0,05

**c) Establecimiento de prueba estadística**

Prueba de hipótesis determinada con la prueba Chi Cuadrado para variables de escala nominal.

**d) Valor “p” de la Prueba Chi Cuadrado**

$p = 0,000$

**e) Decisión estadística**

Como el valor de  $p$  calculado 0,000 es menor al  $p$  constante 0,05, se acepta la hipótesis Alternativa ( $H_1$ ) y se rechaza la hipótesis Nula ( $H_0$ ).

**f) Conclusión**

Podemos concluir que el antecedente de lactancia materna si se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018 ( $\chi^2 = 19,723$ ;  $p = 0,000$ ).

**Segunda hipótesis específica**

**a) Formulación de Hipótesis**

- $H_1$ : El estado vacunal si se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.
- $H_0$ : El estado vacunal no se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.

**b) Establecimiento del nivel de significancia**

$= 0,05$

**c) Establecimiento de prueba estadística**

Prueba de hipótesis determinada con la prueba Chi Cuadrado para variables de escala nominal.

**d) Valor “p” de la Prueba Chi Cuadrado**

$p = 0,000$

**e) Decisión estadística**

Como el valor de p calculado 0,000 es menor al p constante 0,05, se acepta la hipótesis Alternativa (H<sub>i</sub>) y se rechaza la hipótesis Nula (H<sub>0</sub>).

**f) Conclusión**

Podemos concluir que el estado vacunal si se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018 ( $\chi^2 = 15,443$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tercera hipótesis específica**

**a) Formulación de Hipótesis**

- H<sub>i</sub>: La contaminación ambiental si se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.
- H<sub>0</sub>: La contaminación ambiental no se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.

**b) Establecimiento del nivel de significancia**

= 0,05

**c) Establecimiento de prueba estadística**

Prueba de hipótesis determinada con la prueba Chi Cuadrado para variables de escala nominal.

**d) Valor “p” de la Prueba Chi Cuadrado**

p = 0,000

**e) Decisión estadística**

Como el valor de p calculado 0,000 es menor al p constante 0,05, se acepta la hipótesis Alternativa (H<sub>1</sub>) y se rechaza la hipótesis Nula (H<sub>0</sub>).

**f) Conclusión**

Podemos concluir que la contaminación ambiental si se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018 ( $\chi^2 = 13,774$ ;  $p = 0,003$ ).

**6.2. Contratación de resultados con otros estudios similares**

En la Tabla 5.1 se observa que el antecedente de lactancia materna si se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018 ( $\chi^2 = 19,723$ ;  $p = 0,000$ ).

Al contrastar con el estudio de MUÑOZ, Y. y GUTIÉRREZ, D., 2016, Tarapoto, realizaron la investigación “Factores de riesgo asociados al síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 2 años hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital MINSA II-2 Tarapoto Periodo de Octubre de 2015-Marzo de 2016”, con el objetivo de determinar los factores de riesgo endógenos y exógenos asociados al síndrome obstructivo bronquial en menores de 2 años. Es un estudio correlacional y retrospectivo sobre una población de 82 niños menores de 2 años con síndrome obstructivo bronquial. La técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento, el guión de entrevista. Los resultados describen que el 51,2% de los niños presentaron síndrome obstructivo bronquial leve, 45,1% moderado y 3,7% grave. En conclusión, entre los factores endógenos destacaron el sexo del niño ( $p=0,023$ ) y asma

en algún miembro de la familia ( $p=0,038$ ). Entre los factores exógenos se identificó al lugar de residencia ( $p=0,008$ ), número de personas que comparten la vivienda ( $p=0,001$ ), existencia en casa de un familiar que fuma ( $p=0,025$ ), edad que lactó el niño ( $p=0,001$ ) y tipo de lactancia ( $p=0,038$ ). (2)

Por lo expuesto se puede concluir, que existe relación entre los resultados encontrados en el presente estudio por Muñoz, Y. y Gutiérrez, D

En la Tabla 5.2 se observa que el estado vacunal si se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018 ( $\chi^2= 15,443$ ;  $p = 0,000$ ).

Al contrastar con el estudio de RIVAS, P., 2017, Lima, quien realizó la investigación “Características clínicas y epidemiológicas del síndrome obstructivo bronquial en pacientes menores de 2 años en el servicio de pediatría del Hospital de Ventanilla durante el periodo 2017”, con el objetivo de determinar las características clínicas y epidemiológicas del síndrome obstructivo bronquial en pacientes menores de 2 años. Es un estudio correlacional y retrospectivo sobre una población de 150 pacientes menores de 2 años con diagnóstico definitivo de síndrome obstructivo bronquial. La técnica de recolección de datos fue la recopilación documental y el instrumento, la lista de chequeo. Los resultados describen que el 39% presentaron síndrome obstructivo bronquial leve y 59% moderada. En conclusión, predominó el síndrome obstructivo bronquial en niños de sexo masculino (61%), con inmunizaciones incompletas (77%), bajo peso al nacer (69%), antecedente de prematuridad (76%) y antecedentes familiares de asma o atopia

(87%). La alimentación del paciente pediátrico no influyó en este estudio. (9)

Por lo expuesto se puede concluir, que existe relación entre los resultados encontrados en el presente estudio por RIVAS, P.

En la Tabla 5.3 se observa que la contaminación ambiental si se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018 ( $\chi^2= 13,774$ ;  $p = 0,000$ ).

Al contrastar con el estudio de NAVARRETE, M., NÚÑEZ, E., MUÑOZ, F., 2015, El Salvador, desarrolló la investigación “Factores de riesgo relacionados a infecciones de las vías respiratorias superiores en niños de uno a cinco años de edad, UCSE Perquín, Morazán, Abril-Julio 2015”, con el objetivo de determinar la frecuencia de Infecciones Respiratorias relacionadas con algunos factores de riesgo en niños de 1 a 5 años que acudieron a la consulta externa de la Unidad Comunitaria Especializada de Salud (UCSE) de Perquín. Se trata de una investigación descriptiva y transversal sobre una muestra intencional de 80 niños con infecciones respiratorias agudas de una población de 357 (100%). Las técnicas de recolección de datos fueron la recopilación documental y entrevista; en tanto los instrumentos, la lista de chequeo y el guión de entrevista. Los resultados describen que predominaron los diagnósticos de rinofaringitis (61,25%) y faringoamigdalitis (30%). El 65% vivía en hacinamiento, 10% no recibió lactancia materna y en el 84.72% fue exclusiva por más de 6 meses; el 100% tenía estado nutricional normal. En conclusión, el 92,5% estaban expuestos al humo de leña, 12,5% presentaron estado de fumador pasivo y

27,25% presentaron morbilidad asociada: antecedente de diarrea (27,25%), rinitis alérgica (21,25%) y dermatitis atópica (15%). (8)

Por lo expuesto se puede concluir, que existe relación entre los resultados encontrados en el presente estudio por MUÑOZ, Y. y GUTIÉRREZ, D.

Los niños que provienen de hogares contaminados por la presencia de un familiar que fuma, el uso de leña como combustible, la deficiente ventilación y limpieza de las habitaciones como la crianza inapropiada de animales domésticos incrementa el riesgo de desarrollar el síndrome obstructivo bronquial recurrente, por la presencia de alérgenos ambientales.

La contaminación del aire intradomiciliario con humo o gases debido a la combustión en el hogar de madera, leña, carbón, otros residuos vegetales o excrementos de animales se ha supuesto que aumentan la incidencia de infecciones respiratorias agudas. (2)

En la Tabla 5.4 se observa que los determinantes familiares están asociadas directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018 ( $\chi^2 = 26,730$ ;  $p = 0,000$ ).

En consecuencia, se encuentra similitud con la investigación de NAVARRETE, M., NÚÑEZ, E., MUÑOZ, F., 2015, El Salvador, desarrolló la investigación “Factores de riesgo relacionados a infecciones de las vías respiratorias superiores en niños de uno a cinco años de edad, UCSE Perquín, Morazán, Abril-Julio 2015”, con el objetivo de determinar la frecuencia de Infecciones Respiratorias relacionadas con algunos factores de riesgo en niños de 1 a 5 años que acudieron a la consulta externa de la Unidad Comunitaria Especializada de Salud (UCSE) de Perquín.

Se trata de una investigación descriptiva y transversal sobre una muestra intencional de 80 niños con infecciones respiratorias agudas de una población de 357 (100%). Las técnicas de recolección de datos fueron la recopilación documental y entrevista; en tanto los instrumentos, la lista de chequeo y el guión de entrevista. Los resultados describen que predominaron los diagnósticos de rinofaringitis (61,25%) y faringoamigdalitis (30%). El 65% vivía en hacinamiento, 10% no recibió lactancia materna y en el 84.72% fue exclusiva por más de 6 meses; el 100% tenía estado nutricional normal. En conclusión, el 92,5% estaban expuestos al humo de leña, 12,5% presentaron estado de fumador pasivo y 27,25% presentaron morbilidad asociada: antecedente de diarrea (27,25%), rinitis alérgica (21,25%) y dermatitis atópica (15%). (8)

Por tanto se encuentra similitud con la investigación de NAVARRETE, M., NÚÑEZ, E. y MUÑOZ, F., porque cuanto mayor riesgo tienen los determinantes familiares, el niño será más vulnerable al síndrome obstructivo bronquial recurrente.

## CAPÍTULO VII

### CONCLUSIONES

- a. Los determinantes familiares están asociadas directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018 ( $\chi^2 = 26,730$ ;  $p = 0,000$ ).
- b. En antecedente de lactancia materna si se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018 ( $\chi^2 = 19,723$ ;  $p = 0,000$ ).
- c. El estado vacunal si se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018 ( $\chi^2 = 15,443$ ;  $p = 0,000$ ).
- d. La contaminación ambiental si se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018 ( $\chi^2 = 13,774$ ;  $p = 0,000$ ).

## **CAPÍTULO VIII**

### **RECOMENDACIONES**

#### **A la dirección del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno:**

- a. Fortalecer las intervenciones de promoción de la salud para la conformación de familias saludables.

#### **A los profesionales de enfermería del del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno:**

- b. Diseñar y aplicar programas educativos para el reconocimiento de los signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas, las medidas preventivas y el tratamiento del síndrome obstructivo bronquial con la finalidad de garantizar la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento.

#### **A los padres de familia de niños de 6 a 12 meses:**

- c. Cumplir con la vacunación de refuerzo contra la influenza estacional, garantizar la lactancia materna exclusiva y el saneamiento intradomiciliario.

#### **A la comunidad científica:**

- d. Continuar con el desarrollo de investigaciones sobre el comportamiento epidemiológico del síndrome obstructivo bronquial en los últimos 5 años.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Infecciones respiratorias agudas en el Perú: experiencia frente a la temporada de bajas temperaturas. Lima: OPS; 2014.
2. Muñoz Rengigo, Yolly Khaterine y Gutiérrez López, Diana Tesy. Factores de riesgo asociados al síndrome obstructivo bronquial en niños menores de 2 años hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital MINSA II-2 Tarapoto Periodo de Octubre de 2015-Marzo de 2016. Tesis de licenciatura. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín de Tarapoto; 2016.
3. Apolo Romero, Jéssica. Conocer el nivel de efectividad de las inhalaciones vs nebulizaciones con salbutamol en pacientes de 1 a 5 años con síndrome obstructivo bronquial en el área de hospitalización pediátrica del hospital regional isidro ayora de Loja durante el periodo mayo-octubre del 2013. Tesis de titulación. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2013.
4. Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico semana epidemiológica Nº 39. Lima: Dirección General de Epidemiología; 2017; 24(1).
5. Dirección ejecutiva de salud pública. Boletín epidemiológico Nº 30. Ayacucho: Dirección Regional de Salud Ayacucho; 2017.
6. Benavides Osorio, Julio. Etiología viral y factores de riesgo asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años ingresados al Hospital Universidad del Norte entre 2016 y 2017. Tesis de maestría. Colombia: Universidad del Norte; 2017.
7. Dubón Fuentes Eduardo. Hacinamiento en menores de 5 años como factor de riesgo para infecciones respiratorias agudas en una

comunidad rural de Honduras. Rev Med Hondur. 2016; 84 (1):31-35.

8. Navarrete Saravia, María Isabel; Núñez Reyes, Eleazar y Muñoz Cruz, Fátima. Factores de riesgo relacionados a infecciones de las vías respiratorias superiores en niños de uno a cinco años de edad, UCSE Perquín, Morazán, Abril-Julio 2015. Tesis doctoral. EL Salvador: Universidad de El Salvador; 2016.
9. Rivas Figueroa, Pedro Kevin. Características clínicas y epidemiológicas del síndrome obstructivo bronquial en pacientes menores de 2 años en el servicio de pediatría del Hospital de Ventanilla durante el periodo 2017. Tesis de titulación. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017.
10. Acosta Guevara, Dany; Chung Pineda, Lesly y Facundo Cania, Gisela Melissa. Factores de riesgo materno y del niño asociados al síndrome obstructivo bronquial en lactantes hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Apoyo Iquitos-2014. Tesis de licenciatura. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2017.
11. Moisés Ríos, Billy Williams; Chachaima Pumasoncco, Nancy; Leguía Franco, Wilber; Ochatoma Palomino, Julia y Bendezú Prado, Jeny. Epidemiología y estadística más elemental. Lima: San Marcos; 2018.
12. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales en la niña y el niño. Lima: MINSA; 2006.

13. Delgado Fernández, María del Rosario. Síndrome Obstructivo Bronquial en el niño menor de 2 años. Área de Salud Integral José Félix Rivas. Estado Cojedes, Venezuela. 2007-2008. Rev. Med. Electrón. 2012; 34, (4): 427-438.
14. Dirección de epidemiología e investigación. Boletín epidemiológico de la semana N° 7. Lima: Gobierno Regional de Lima; 2016.
15. Salinas, Pedro. Síndrome bronquial obstructivo: síntomas, fisiopatología y tratamientos. España: 2018. [On line] <https://www.lifeder.com/sindrome-bronquial-obstructivo/#Fisiopatologia>.
16. Amaro Cano, María del Carmen. Florencia Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Rev Cubana Enfermer. 2004; 20 (3).
17. Bernardes Carballo, Kety et al. Aplicación de la teoría de Florence Nightingale a un anciano con asma bronquial. Rev Ciencias Médicas. 2012; 16 (4): 3-12.

# **ANEXOS**

**ANEXO N° 1**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TÍTULO: DETERMINANTES FAMILIARES ASOCIADOS AL DESARROLLO DEL SÍNDROME OBSTRUCTIVO BRONQUIAL EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO. AYACUCHO, 2018.**

<b>PROBLEMA GENERAL</b>	<b>OBJETIVOS GENERAL</b>	<b>HIPÓTESIS GENERAL</b>	<b>VARIABLES UNO</b>	<b>MÉTODO</b>
¿ En qué medida los determinantes familiares se asocian con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018?	Establecer los determinantes familiares asociadas con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.	Los determinantes familiares están asociadas directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.	<b>X. Determinantes familiares</b> X1. Antecedente de lactancia materna. X2. Estado vacunal. X3. Contaminación ambiental.	<b>Tipo de investigación</b> Correlacional <b>Diseño de la investigación</b> Transversal correlacional <b>Población</b> Constituida por 114 (100%) niños de 6 a 12 meses con síndrome obstructivo bronquial y sus respectivas madres atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno entre enero y junio de 2018.
<b>ESPECÍFICAS</b>	<b>ESPECÍFICAS</b>	<b>ESPECÍFICAS</b>	<b>DOS</b>	<b>Muestra</b> La muestra estará integrada por 88 niños de 6 a 12 meses con síndrome obstructivo bronquial y sus respectivas madres atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno entre enero y junio de 2018. <b>Técnicas</b> - Recopilación documental. - Encuesta. <b>Instrumentos</b> Lista de chequeo Cuestionario <b>Tratamiento estadístico</b> Chi Cuadrado.
a) ¿En qué medida el antecedente de lactancia materna se asocia con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018?	a) Identificar si el antecedente de lactancia materna se asocia con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.	a) El antecedente de lactancia materna si se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.	<b>Y. Síndrome obstructivo bronquial</b> Y1. Tipo Y2. Grado	
b) ¿En qué medida el estado vacunal se asocia con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018?	b) Identificar si el estado vacunal se asocia con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.	b) El estado vacunal si se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.		
c) ¿En qué medida la contaminación ambiental se asocia con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018?	c) Identificar si la contaminación ambiental se asocia con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.	c) La contaminación ambiental si se asocia directamente con el desarrollo del síndrome obstructivo bronquial en niños de 6 a 12 meses en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2018.		

## ANEXO N° 2

### INSTRUMENTOS

### CUESTIONARIO

**INTRODUCCIÓN.** Somos egresadas de la especialidad en enfermería en Emergencias y Desastres de la Universidad Nacional del Callao. En esta oportunidad, solicitamos su colaboración respondiendo al presente cuestionario.

**INSTRUCTIVO.** Marque con una "X" en la opción de respuesta que corresponde a su experiencia como madre.

#### I. DATOS GENERALES

- 1.1. Edad del niño (a): 6-7 meses ( ) 8-9 meses ( ) 10-12 meses ( )  
)
- 1.2. Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

#### II. DATOS ESPECÍFICOS

- 2.1 ¿Hasta qué edad proporcionó únicamente lactancia materna exclusiva a su niño (a)?  
Antes de los 6 meses ( ) Hasta los 6 meses ( )
- 2.2. ¿Qué tipo de lactancia recibió el niño hasta el sexto mes?  
Materna exclusiva ( ) Materna mixta ( )  
Artificial ( )
- 2.3. ¿A qué edad inicio a proporcionarle alimentos distintos a leche materna a su niño/a?  
Antes de los 6 meses ( ) Hasta los 6 meses ( )
- 2.4. ¿Su niño (a) está al día con sus vacunas?  
Sí ( ) No ( )
- 2.5. ¿En su localidad existen personas que fuman?  
Sí ( ) No ( )

2.6. ¿En su localidad utilizan la leña como combustible para preparar sus alimentos?

Sí ( ) No ( )

2.7. ¿En su localidad queman la basura que se genera en sus hogares antes de desecharla?

Sí ( ) No ( )

2.8. ¿En su localidad las personas arrojan la basura a la intemperie o en lotes deshabitados?

Sí ( ) No ( )

2.9 ¿En su localidad las familias crían animales domésticos en la calle?

Sí ( ) No ( )

2.10 ¿En su localidad las familias se organizan para realizar la limpieza de las calles?

Sí ( ) No ( )

## LISTA DE CHEQUEO

### I. DATOS GENERALES

- 1.1. N° de historia clínica: \_\_\_\_\_
- 1.2. Edad del niño: 6-7 meses ( ) 8-9 meses ( ) 10-12 meses ( )
- 1.3. Sexo del niños: Masculino ( ) Femenino ( )

### II. DATOS ESPECÍFICOS

- 2.1. Diagnóstico médico de síndrome obstructivo bronquial:

Si ( ) No ( )

Solo para niños que presentan síndrome obstructivo bronquial:

- 2.1.1. Tipo de síndrome obstructivo bronquial:

Agudo ( ) Recurrente ( )

- 2.1.2. Grado del síndrome obstructivo bronquial:

Leve ( ) Moderado ( ) Grave ( )

ANEXO N° 3



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EL JUICIO EXPERTOS**

**I. INFORMACIÓN GENERAL**

- 1.1 Nombres y Apellidos:.....  
 1.2 Lugar de Centro laboral:.....  
 1.3 Cargo que desempeña: .....  
 1.4 Instrumento a validar: .....  
 1.5 Autores: .....

ÍTEM	PREGUNTA	APRECIACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?			
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de investigación?			
3	¿El instrumento de recolección de datos facilita el logro de los objetivos de la investigación?			
4	¿Los instrumentos de recolección de datos se relacionan con las variables de estudio?			
5	¿Los instrumentos de recolección de datos presenta la cantidad de ítems correctos?			
6	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?			
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilita el análisis y procesamiento de datos?			
8	¿Del diseño del instrumento de recolección de datos, usted eliminaría algún ítem?			
9	¿Del instrumento de recolección de datos usted agregaría algún ítem?			
10	¿El diseño del instrumento de recolección de datos es accesible a la población sujeto de estudio?			
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?			

II. Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

\_\_\_\_\_

III. Procede su ejecución:

Si ( ) No ( )

Fecha: ...../...../....

\_\_\_\_\_

**ANEXO N° 4****PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO POR ALFA DE CROMBACH (CUESTIONARIO)****Confiabilidad de los instrumentos de investigación**

Para evaluar la confiabilidad de los instrumentos, mediante el coeficiente

Alfa de Cronbach se utilizó la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{\sum s_i^2}{S_t^2} \right)$$

**Escala de interpretación de la Confiabilidad**

Intervalo	Descripción
0,53 a menos	Confiabilidad nula
0,54 a 0,59	Confiabilidad baja
0,60 a 0,65	Confiable
0,66 a 0,71	Muy confiable
0,72 a 0,99	Excelente confiabilidad
1,00	Confiabilidad perfecta

**Fuente:** Triola, M. (2009; 528)

Luego del procesamiento de fórmula y por connotación por el programa estadístico SPSSV23 el instrumento obtuvo como resultado:

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,900	10

### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
A1	23,60	23,378	,189	,910
A2	23,80	17,733	,814	,878
A3	24,10	21,211	,542	,897
A4	23,90	16,989	,914	,870
A5	23,60	18,933	,713	,886
A6	23,60	21,378	,449	,902
A7	24,00	22,000	,360	,906
A8	24,00	19,556	,640	,891
A9	24,10	18,322	,876	,875
A10	23,80	17,511	,851	,875

Por lo tanto, el instrumento evaluado es Confiable para su aplicación.

## ANEXO N° 5

### PRUEBA CHI CUADRADO

<b>Prueba “Chi” Cuadrado</b>		<b>Actitud</b>
Antecedente de lactancia materna	Chi Cuadrado	19,723**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	88
Estado vacunal	Chi Cuadrado	15,443**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	88
Contaminación ambiental	Chi Cuadrado	13,774**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	88

**ANEXO N° 6**

**PRUEBA DE VALIDEZ DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS PRUEBA BINOMIAL**

ENUNCIADOS	NUMERO DE JUECES							SUMA	PROBABILIDAD
	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5	JUEZ 6	JUEZ 7		
ÍTEM 1	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
ÍTEM 2	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
ÍTEM 3	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
ÍTEM 4	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
ÍTEM 5	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
ÍTEM 6	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
ÍTEM 7	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
ÍTEM 8	1	1	1	1	7	1	1	7	0.0078125
ÍTEM 9	1	1	1	1	7	7	1	7	0.0078125
ÍTEM 10	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
ÍTEM 11	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
								Sumatoria	0.0859375
								p- valor	0.0078125

Como el p calculado = **0.0078125** es menor que el p valor estándar de p=0.05 el instrumento es válido para su aplicación.

## ANEXO N° 6

### BASE DE DATOS

Número	Edad	Sexo	Tipo de lactancia	Estado vacunal	Contaminación ambiental	Tipo	Grado
1	2	2	2	2	2	1	1
2	2	1	1	2	2	1	1
3	2	1	2	2	2	1	1
4	3	2	2	2	1	2	1
5	2	2	1	1	2	1	1
6	1	1	2	2	1	1	1
7	1	2	2	2	1	1	1
8	2	2	1	1	2	2	1
9	2	2	2	2	2	1	1
10	3	1	1	1	2	2	1
11	3	2	2	1	2	1	1
12	1	1	2	2	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1	1
14	2	1	2	2	2	1	1
15	2	2	2	2	2	1	1
16	3	2	2	1	1	1	1
17	1	2	1	1	1	1	1
18	2	1	2	2	2	1	1
19	2	1	2	2	2	1	1
20	2	1	2	1	2	2	2
21	1	2	1	1	1	2	1
22	1	2	2	1	1	1	1
23	1	2	2	2	2	1	1
24	2	1	1	1	2	2	1
25	1	2	2	2	2	1	1
26	2	2	1	1	1	2	1
27	1	1	1	1	2	1	1
28	3	1	1	1	1	2	1
29	2	2	1	2	1	2	1
30	2	1	1	1	1	2	1
31	2	1	1	1	1	2	2
32	2	2	2	2	2	1	1
33	2	2	2	1	2	1	1
34	1	1	2	1	1	2	1
35	2	2	1	2	1	2	1
36	2	2	1	1	1	2	1
37	3	1	1	1	2	1	1
38	1	1	1	1	1	2	2
39	2	2	2	2	1	1	1
40	2	2	2	2	2	1	1

41	2	1	1	2	2	1	1
42	2	1	2	2	2	1	1
43	3	2	2	1	2	1	1
44	1	1	1	2	2	1	1
45	3	1	2	1	2	2	1
46	1	1	1	1	1	1	1
47	2	2	2	2	2	1	2
48	3	2	2	2	1	2	1
49	2	2	1	1	2	1	1
50	1	1	2	2	1	1	1
51	1	2	2	2	1	1	1
52	2	2	1	1	2	2	1
53	2	2	2	2	2	1	1
54	3	1	1	1	2	2	1
55	3	2	2	1	2	1	1
56	1	1	2	2	1	1	1
57	1	1	1	1	1	1	1
58	2	1	2	2	2	1	1
59	2	2	2	2	2	1	1
60	3	2	2	1	1	1	1
61	1	2	1	1	1	1	1
62	2	1	2	2	2	1	1
63	2	1	2	2	2	1	1
64	2	1	2	1	2	2	2
65	1	2	1	1	1	2	1
66	1	2	2	1	1	1	1
67	1	2	2	2	2	1	1
68	2	1	1	1	2	2	1
69	1	2	2	2	2	1	1
70	2	2	1	1	1	2	1
71	1	1	1	1	2	1	1
72	3	1	1	1	1	2	1
73	2	2	1	2	1	2	1
74	2	1	1	1	1	2	1
75	2	1	1	1	1	2	2
76	2	2	2	2	2	1	1
77	2	2	2	1	2	1	1
78	1	1	2	1	1	2	1
79	2	2	1	2	1	2	1
80	2	2	1	1	1	2	1
81	3	1	1	1	2	1	1
82	1	1	1	1	1	2	2
83	2	2	2	2	1	1	1
84	2	2	2	2	2	1	1
85	2	1	1	2	2	1	1
86	2	1	2	2	2	1	1
87	3	2	2	1	2	1	1
88	1	1	1	2	2	1	1

**Edad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	6-7 meses	27	30,7	30,7	30,7
	8-9 meses	46	52,3	52,3	83,0
	10-12 meses	15	17,0	17,0	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

**Sexo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	42	47,7	47,7	47,7
	Femenino	46	52,3	52,3	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

**Grado**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	81	92,0	92,0	92,0
	Moderado	7	8,0	8,0	100,0
	Total	88	100,0	100,0	