

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Lactancia materna no exclusiva como factor de riesgo de bronquiolitis en menores de 2 años del Hospital Belén de Trujillo

Área de investigación:

Enfermedades infecciosas y tropicales

Autor:

Diaz Gutierrez Andy Jair

Jurado evaluador:

Presidente: Nombera Lossio Jose Antonio

Secretario: Peña Camarena Hugo Gervacio

Vocal: Ruiz Mendez Angel Pedro

Asesor:

Peralta Chávez, Víctor

Código orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8960-6890>

TRUJILLO – PERÚ

2024

Fecha de sustentación: 21/08/2024

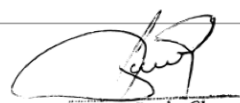
LACTANCIA MATERNA NO EXCLUSIVA COMO FACTOR DE RIESGO DE BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS DEL HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO

INFORME DE ORIGINALIDAD

12% INDICE DE SIMILITUD	13% FUENTES DE INTERNET	3% PUBLICACIONES	6% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
2	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	2%
3	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	1library.co Fuente de Internet	1%
7	www.scielo.org.co Fuente de Internet	1%
8	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%


Dr. Victor Peralta Chavez
MÉDICO PEDIATRA
C.M.P. 17032 - R.N.E. 7329

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD


Yo, **Victor Peralta Chávez**, docente del Programa de Estudio de Pregrado de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de investigación titulada “**Lactancia materna no exclusiva como factor de riesgo de bronquiolitis en menores de 2 años del Hospital Belén de Trujillo**”, del autor **Andy Jair Diaz Gutierrez**, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud del 12%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el viernes 23 de agosto del 2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la universidad.

Lugar y fecha: Trujillo, 23 de agosto del 2024.

ASESOR

Dr. Peralta Chavez, Víctor
DNI: 17832531
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8960-6890>
FIRMA:



Dr. Victor Peralta Chavez
MÉDICO PEDIATRA
C.M.P. 17032 - R.N.E. 7329

AUTOR

Diaz Gutierrez, Andy Jair
DNI: 70658459
FIRMA:



DEDICATORIA

A Dios, quien es el que siempre me acompaña y me guía en todo momento, por haberme puesto en este camino y brindarme su amor, protección y compasión, por darme la oportunidad de estudiar y tener a mi alrededor buenas personas.

A mi madre, Luz Gutierrez, quien se esfuerza diariamente por darle un mejor futuro a sus dos hijos, por ser el pilar en casa y recibirnos siempre con una sonrisa, por demostrarnos que nunca es tarde para cumplir nuestros sueños.

A mi padre, Carlos Diaz, por brindarme su apoyo e inculcarme valores y modales fundamentales, que hoy en día se van perdiendo en la sociedad, los cuales me han permitido desarrollar en la vida adulta.

A mi hermana, Valentina, el cual espero ser un buen ejemplo no solo académicamente sino también como buena persona, que vea en mi perseverancia y dedicación para cumplir objetivos en la vida.

A mi compañera, Reyshell, mi amor incondicional, por estar presente en los momentos difíciles y felices de mi vida, por ser mi soporte espiritual y demostrarme su amor y bondad en pequeños detalles del día a día.

A mis suegros, Nora y Hugo, por acogerme como a un hijo y permitirme ser parte de su familia, por recibirme siempre de la mejor manera, aconsejarme y enseñarme que el camino correcto siempre está ligado a Dios.

AGRADECIMIENTO

A mi padre celestial, por bendecirme con salud y permitirme finalizar satisfactoriamente mi pregrado, por darme serenidad durante los exámenes, exposiciones y rotaciones hospitalarias.

A mi familia, Rocío, Carlos, Valentina, por saber entender cuando no pude reunirme en ocasiones especiales y darme todo el apoyo necesario para culminar esta hermosa profesión.

A mi segunda familia, Reyshell, Nora, Hugo, por recibirme en su casa siempre con mucho cariño.

A mi profesora Margarita, por ser tan bondadosa y educarme con mucho amor.

A Luna y Lucah, por siempre esperarme en casa con mucha felicidad y desvelarse junto a mí, siempre los recordaré.

A mis maestros de la facultad, quienes tienen la vocación necesaria para educar a las nuevas generaciones de médicos.

A mi alma mater, Universidad Privada Antenor Orrego, en mí quedarán las vivencias de estos siete años de constancia y dedicación.

A mi asesor, Victor Peralta, por darme el apoyo necesario en este último gran esfuerzo de mi carrera.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. MATERIAL Y MÉTODO.....	17
III. RESULTADOS	26
IV. DISCUSIÓN.....	31
V. CONCLUSIONES.....	35
VI. SUGERENCIAS.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	42

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1	Características generales de los pacientes por debajo de los 24 meses hospitalizados en el área de pediatría del HBT	24
Tabla 2	Comparación de la frecuencia de LMNE en lactantes por debajo de los 24 meses con y sin bronquiolitis del HBT	27
Tabla 3	Análisis multivariado de las variables intervinientes en lactantes por debajo de los 24 meses del HBT	28
Gráfico 1	Frecuencia de LMNE en lactantes por debajo de los 24 meses con bronquiolitis del HBT	25
Gráfico 2	Frecuencia de LMNE en lactantes por debajo de los 24 meses sin bronquiolitis del HBT	26

RESUMEN

Objetivo: Determinar si la lactancia materna no exclusiva (LMNE) es un factor de riesgo para bronquiolitis en menores de 2 años hospitalizado en el área de pediatría del Hospital Belén de Trujillo (HBT).

Material y métodos: Diseño del estudio (casos y controles), en lactantes menores de 24 meses hospitalizados en el área de pediatría del HB, entre 2019 a 2023. Se revisó 134 historias clínicas de acuerdo a las variables de estudio (lactancia materna no exclusiva y bronquiolitis). El análisis estadístico fue por medio de la prueba estadística chi cuadrado, Odds Ratio (OR) y la regresión logística binaria.

Resultados: Se analizó a 134 lactantes menores de 24 meses, divididos en dos grupos 67 con bronquiolitis y 67 sin bronquiolitis. La edad promedio en los lactantes con bronquiolitis fue de 4 meses, predominando el sexo masculino (59.7%). Mientras que los lactantes sin bronquiolitis, la edad promedio fue de 9.9 meses y mayormente eran mujeres (59.7%). Además, se evidencia que hay una asociación significativa entre la bronquiolitis y la LMNE ($p=0.015$; $OR=2.340$). Mediante el análisis multivariado se encontró el sexo masculino ($p=0.025$; $OR=2.451$) y el bajo peso al nacer ($p=0.014$; $OR=4.489$).

Conclusión: La LMNE es un factor de riesgo para bronquiolitis en lactantes menores a los 24 meses del HBT y como principal limitación fue los criterios de elegibilidad de las historias clínicas, el cual generó un incremento en el tiempo de recolección.

Palabras clave: Lactancia materna no exclusiva, Bronquiolitis, Lactantes

ABSTRACT

Objective: To determine if non-exclusive breastfeeding (NBF) is a risk factor for bronchiolitis in children under 2 years of age hospitalized in the pediatric area of the Hospital Belén de Trujillo (HBT).

Material and methods: Study design (cases and controls), in infants under 24 months of age hospitalized in the pediatric area of the HB, between 2019 and 2023. 134 medical records were reviewed according to the study variables (non-exclusive breastfeeding and bronchiolitis). Statistical analysis was done using the chi square statistical test, Odds Ratio (OR) and binary logistic regression.

Results: 134 infants under 24 months of age were analyzed, divided into two groups: 67 with bronchiolitis and 67 without bronchiolitis. The average age in infants with bronchiolitis was 4 months, with males predominating (59.7%). While in infants without bronchiolitis, the average age was 9.9 months and they were mostly women (59.7%). Furthermore, it is evident that there is a significant association between bronchiolitis and LMNE ($p=0.015$; $OR=2.340$). Through multivariate analysis, male sex ($p=0.025$; $Ora=2.451$) and low birth weight ($p=0.014$; $Ora=4.489$) were found.

Conclusion: LMNE is a risk factor for bronchiolitis in infants younger than 24 months after HBT and the main limitation was the eligibility criteria of the medical records, which generated an increase in collection time.

Keywords: Non-exclusive breastfeeding, Bronchiolitis, Children

I. INTRODUCCIÓN

A nivel global, en 2014 se ha estimado que, al menos treinta y tres millones de lactantes tuvieron bronquiolitis. En la actualidad, cada año se notifican ciento cincuenta millones de nuevos casos de esta enfermedad a nivel mundial, lo que nos indica que entre el 2 y el 3 por ciento de los niños afectados necesitan hospitalización, lo que incrementa el riesgo de presentar, posterior a la enfermedad, ciertas comorbilidades. (1,2) Según un estudio finlandés, 37 de cada 1000 lactantes que se encuentran dentro de su primer semestre de vida son ingresados al servicio de urgencias anualmente por esta determinada patología, además el setenta por ciento de estos se quedaron en hospitalización, esto equivale a un 2.6 por ciento de todos los menores de seis meses. (3)

La bronquiolitis es consecuencia de la infección que se origina en las vías respiratorias de menor diámetro obstruyendo su luz, donde la inflamación, el edema y la necrosis celular del epitelio respiratorio, produce un incremento de mucus a nivel de los bronquiolos. (4,5)

Los signos que se evidencian inicialmente son la rinorrea y la tos, y la mayor parte de los infantes han enfermado previo a los 24 meses, con una mayor asiduidad antes de los 12 meses. (6,7)

El agente más común que origina la bronquiolitis es el virus sincitial respiratorio (VRS), quien además es la causa primordial de estancia hospitalaria por infecciones de las vías aéreas inferiores en lactantes en países desarrollados. (8,9). Se ha evidenciado que la mortalidad y la morbilidad donde se relaciona el VRS con la bronquiolitis es mayor en prematuros, en displasias broncopulmonares, en ciertas cardiopatías congénitas y otras patologías inmunológicas. Estos casos de bronquiolitis se elevan en época de invierno. (10,11).

Existe una variedad de virus que pueden causar bronquiolitis, sin embargo, cuando el Metapneumovirus está asociado con el VRS, parece ser más grave. (12)

La leche del seno materno es una formidable fuente de nutrientes para los neonatos y los lactantes, hasta los 12 meses de vida (13,14). La lactancia materna (LM) parece proporcionar protección inmunológica contra enfermedades por lo que puede disminuir la incidencia de estas en las fases iniciales de la vida. (15) A través del amamantamiento se desarrollan diversas estructuras bioquímicas las cuales

influyen en la conformación de la flora bacteriana, además también promueve la maduración de la mucosa gastrointestinal (16,17).

La OMS y el UNICEF, emitieron un comunicado oficial para promover el consumo de leche del seno materno en la fase inicial de la vida. Estas organizaciones afirman que la LM es la alimentación única y primordial del lactante, y la base del bioma intestinal fundamental para el desarrollo del niño. Además, destacan que esta brinda defensa inmunológica y mantiene relación con tasas menores de hospitalización (18,19).

En España, investigaciones recientes indican que las tasas de LM son bajas: aunque alrededor del 90% de las madres la inician, solo un 30% permanece en el mes. Más de la mitad de infantes toman lactancia artificial a los 3 meses, y solo un 10% mantiene la LM a los 6 meses (20,21). Además, se menciona que alrededor del 10% de los bebés anualmente tienen bronquiolitis, con una incidencia mayor entre el segundo y el sexto mes de edad y una predominancia en niños varones comparado con el sexo opuesto. (22)

Los factores de riesgo frecuentemente identificados que se ven involucrados en la bronquiolitis incluyen la edad por debajo de los seis meses, varones, menores de 37 semanas, sistema inmune deprimido, enfermedades pulmonares de larga data, ingreso a guarderías, consumo de tabaco de forma pasiva, consumo de leche materna por menos de dos meses y un nivel social y económico precario. (23). Además, se considera el nacimiento por debajo de las 37 semanas, agregándosele un peso menor a los 2,5 kilogramos y la desnutrición, así como las características del entorno. (24)

La presente investigación se fundamenta en trabajos previos, como el de Betancur J., et al. (Colombia, 2020). El cual tuvo como objetivo describir la frecuencia de los factores involucrados en la estadía hospitalaria de lactantes con bronquiolitis admitidos en entidades estatales de Colombia. Fue un estudio de corte transversal retrospectivo que evaluó 762 historias clínicas de infantes hospitalizados. Los hallazgos de este estudio revelaron que el amamantamiento por menos de cuatro meses fue el factor más importante para la aparición y severidad de la patología en estudio. (25)

Coronel C. (Cuba – 2019), planteó como objetivo hallar los factores que se asocian con la bronquiolitis aguda. Este estudio adoptó un enfoque de casos y controles, examinando historias clínicas de 38 lactantes con una edad inferior a los 24 meses,

donde se consideró, como casos a aquellos con bronquiolitis y controles a aquellos sin la enfermedad. Se encontró que varios factores estaban estadísticamente relacionados con la aparición de la patología, incluyendo el tabaquismo ($p < 0.05$), la falta de ingesta exclusiva de leche materna ($p < 0.05$), la presencia de atopia en uno o ambos padres ($p < 0.05$). (26)

La pesquisa de Giunchetti F., et al. (Argentina, 2023) tuvo como objetivo comparar la evolución de lactantes con bronquiolitis durante su estancia hospitalaria, según el tipo de alimentación recibida: leche materna exclusiva (LME) versus leche artificial (LA). Se ejecutó como una investigación tipo cohorte prospectivo, analizando las historias clínicas de lactantes con una edad entre 4 semanas y 24 semanas, que permanecieron hospitalizados en el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Los resultados mostraron que, de los 131 menores incluidos en el estudio, 54 recibieron solo amamantamiento, 29 solo LA y 48 se alimentaron combinando las dos formas, por lo que se concluyó que los infantes que recibieron LME requirieron un menor tiempo de terapia oxigenatoria y menos días de hospitalización en comparación con los niños alimentados con LA. (27)

Núñez F., y Arbo A. (Paraguay – 2020), tuvieron como objetivo determinar los factores asociados a la bronquiolitis en lactantes con una edad inferior a 24 meses que acudieron al consultorio de pediatría del Instituto de Medicina Tropical entre dos mil dieciocho y dos mil diecinueve. Se trató de una investigación descriptiva y transversal que analizó las historias clínicas de 138 lactantes. Los resultados obtenidos indicaron que los factores de riesgo investigados, incluyendo el tabaquismo pasivo, ser varón, la edad y la LME, no tuvieron asociación ($p > 0.05$) con la hospitalización en la UCI de los lactantes con bronquiolitis. (28)

Vitor G. (Lima – 2018), tuvo como objetivo determinar si la LMNE es un factor de riesgo para bronquiolitis en lactantes con una edad por debajo a los 24 meses en el Hospital General María Auxiliadora. Esta pesquisa se ejecutó como observacional, analítico, retrospectivo y transversal, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia que incluyó 90 historias clínicas de pacientes con bronquiolitis. Los hallazgos obtenidos de este estudio revelaron que, 81 pacientes de un total de 90, tuvieron bronquiolitis leve y de estos, solo cuarenta y siete no recibieron LME, mientras que, los 9 lactantes restantes tuvieron bronquiolitis moderada y ninguno recibió LME. Por lo tanto, se encontró que la LMNE es un

factor asociado al nivel de gravedad de la bronquiolitis en infantes con una edad inferior a 24 meses ($p=0.014$). (29)

Campos C. (Piura – 2019), tuvo como objetivo determinar los factores relacionados con la bronquiolitis en lactantes por debajo de 24 meses en el Hospital Jorge Reátegui Delgado. Este estudio se enmarcó como observacional y prospectivo, evaluó tanto casos como controles, incluyendo a 52 niños en cada grupo. El resultado que se obtuvo al promediar las edades de los lactantes con bronquiolitis arrojó 7.34 meses, mientras que en el grupo sin bronquiolitis fue de 6.84 meses. Además, se observó que ambos grupos estuvieron compuestos mayoritariamente por lactantes del sexo masculino. Asimismo, se encontró una asociación entre el peso bajo y la anemia con bronquiolitis en estos niños menores de 24 meses. (30)

García E., y Huamán A. (Huancayo – 2023), tuvieron como objetivo identificar los factores asociados para gravedad en bronquiolitis en lactantes con una edad inferior a 24 meses. El diseño fue casos y controles, la muestra constó de sesenta casos y ciento veinte controles. En los resultados se encontró que, el hacinamiento, el tabaquismo pasivo y la LMNE ($p=0,01$; $OR=5,18$), son los factores relacionados a la afección estudiada. (31).

Por lo expuesto, queda claro que la bronquiolitis es una de las principales causas de morbilidad en los menores de 2 años, especialmente en países en vías de desarrollo como Perú. Entre los factores que pueden influir en la aparición de esta enfermedad, la lactancia materna no exclusiva desempeña un papel crucial, ya que la falta de lactancia materna exclusiva podría aumentar la vulnerabilidad del lactante frente a infecciones respiratorias como la bronquiolitis. No obstante, en los últimos años, factores como la creciente publicidad digital de leches artificiales pueden estar influyendo y generando confusión entre las madres de familia, quienes podrían percibir estos productos como alternativas válidas o incluso superiores a la lactancia materna exclusiva. Ante esta problemática, el Ministerio de Salud ha potenciado las recomendaciones sobre la lactancia materna, lo que resalta la necesidad de actualizar la evidencia en este ámbito.

Es importante destacar que, aunque existen investigaciones previas sobre la relación entre lactancia materna y bronquiolitis, las más recientes datan de hace más de 8 años. Este desfase temporal implica que los datos y conclusiones de esos estudios pueden no reflejar con precisión la realidad actual. Por ello, esta investigación es crucial, ya que proporcionará datos actualizados, obtenidos a partir

del análisis de historias clínicas del Hospital Belén de Trujillo correspondientes al período 2019-2023, asegurando que los resultados reflejen el contexto actual en nuestra localidad.

El objetivo principal de este estudio es determinar si la lactancia materna no exclusiva es un factor de riesgo para la bronquiolitis en lactantes menores de 24 meses. Con estos resultados, se podrán generar recomendaciones basadas en evidencia reciente para reforzar las prácticas de lactancia y reducir la incidencia de bronquiolitis en esta población vulnerable.

1.1 Enunciado del problema:

¿Es la lactancia materna no exclusiva un factor de riesgo de bronquiolitis en lactantes por debajo de los 24 meses hospitalizados en el área de pediatría del Hospital Belén de Trujillo?

1.2 Objetivos:

Objetivo General:

Determinar si la lactancia materna no exclusiva es un factor de riesgo para bronquiolitis en lactantes por debajo de los 24 meses hospitalizados en el área de pediatría del Hospital Belén de Trujillo (HBT).

Objetivos Específicos:

- Determinar la frecuencia de lactancia materna no exclusiva en lactantes por debajo de los 24 meses con bronquiolitis del HBT.
- Determinar la frecuencia de lactancia materna no exclusiva en lactantes por debajo de los 24 meses sin bronquiolitis del HBT.
- Comparar la frecuencia de lactancia materna no exclusiva en lactantes por debajo de los 24 meses con y sin bronquiolitis del HBT.
- Determinar si la lactancia materna no exclusiva es factor de riesgo para bronquiolitis en lactantes por debajo de los 24 meses del HBT según las variables intervinientes propuestas.

1.3 Hipótesis:

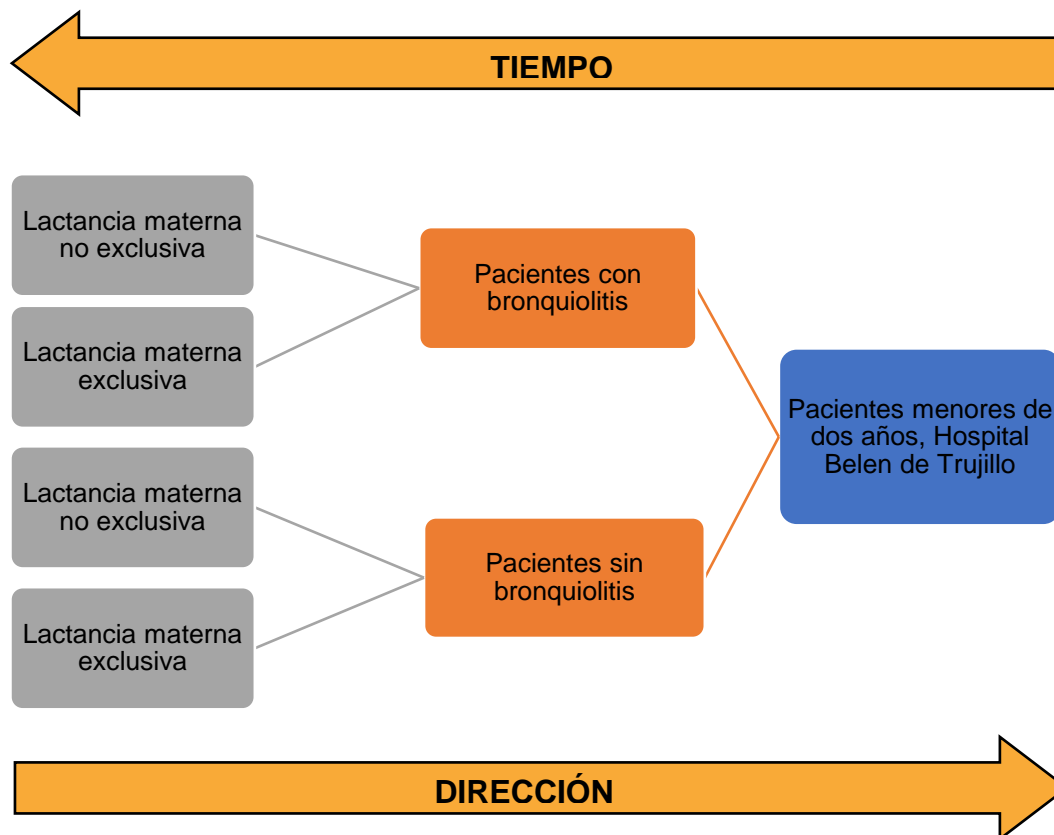
H0: La lactancia materna no exclusiva no es un factor de riesgo para bronquiolitis en lactantes por debajo de los 24 meses hospitalizados en el área de pediatría HBT.

H1: La lactancia materna no exclusiva es un factor de riesgo para bronquiolitis en lactantes por debajo de los 24 meses hospitalizados en el área de pediatría HBT.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 Diseño de estudio:

Tipo analítico, observacional, retrospectivo, con diseño de investigación de casos y controles.



2.2 Población, muestra y muestreo

- **Población universo:**

Lactantes menores de 24 meses hospitalizados en el área de pediatría del HBT.

- **Población de estudio:**

Lactantes con una edad por debajo de 24 meses hospitalizados en el área de pediatría del HBT, entre 2019 a 2023.

Criterios de Selección

A) Criterios de inclusión:

Grupo caso

- Mayores de 28 días y menores de 24 meses.
- *Con diagnóstico de bronquiolitis.*
- Hospitalizados en el área de Pediatría del HBT.
- Hospitalizados más de 48 horas.

Grupo Control

- Mayores de 28 días y menores de 24 meses.
- *Sin diagnóstico de bronquiolitis.*
- Hospitalizados en el área de pediatría del HBT.
- Hospitalizados más de 48 horas.

B) Criterios de exclusión:

- Displasia broncopulmonar, Cardiopatías congénitas, inmunodeficiencia.
- Historias clínicas incompletas o ilegibles.
- Que hayan sido trasladados a otras entidades sanitarias.

- **Muestra:**

Unidad de análisis

Historia clínica de paciente menor de 24 meses diagnosticado con bronquiolitis hospitalizado en el área de pediatría del HBT.

Tipo de muestreo

No probabilístico

Unidad de muestreo

Historia clínica de paciente menor de 24 meses diagnosticado con bronquiolitis hospitalizado en el área de pediatría del HBT, que cumplieron con los criterios de selección.

Tamaño muestral:

Se calculó haciendo uso del programa Epidat 3.1, para análisis epidemiológico de datos. Se obtuvo 67 casos, 67 controles, siendo un total de muestra de 134 pacientes. Teniendo en cuenta como antecedente el trabajo previo de Vitor G. (29).

En el cálculo se utilizaron las siguientes variables:

- Proporción de casos expuestos o prevalencia de la exposición en los casos (P1), 62% lactancia materna no exclusiva.
- Proporción de controles expuestos o prevalencia de la exposición en los controles (P2), 38% lactancia materna exclusiva.
- Odds Ratio esperado (OR)

Estudios de casos y controles. Grupos independientes

Datos

Escoger dos opciones:

Proporción de casos expuestos: 62,000 %

Proporción de controles expuestos: 38,000 %

Odds ratio a detectar: 2,662

Número de controles por caso: 1

Nivel de confianza: 95,0 %

Calcular

Tamaño de la muestra

Potencia

Potencia (%)

Mínimo: 80,0

Máximo: 80,0

Incremento: 0,0

Aplicar corrección por continuidad de Yates χ^2_c

Ocultar Calcular Limpiar Cerrar

Calculando

Datos:

Proporción de casos expuestos:	62,000%
Proporción de controles expuestos:	38,000%
Odds ratio a detectar:	2,662
Número de controles por caso:	1
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Casos	Controles	Total
80,0	67	67	134

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

Tamaño de la muestra de controles: 67

Tamaño de la muestra de casos: 67

Total, del tamaño de la muestra: 134

2.3 Tipo de variables

NOMBRE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	REGISTRO
VARIABLE INDEPENDIENTE			
Lactancia exclusiva no	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
VARIABLE DEPENDIENTE			
Bronquiolitis	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
VARIABLES INTERVINIENTES			
Sexo	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
Peso al nacer	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Muy bajo peso al nacer • Bajo peso al nacer • Normal • Macrosómico

Edad materna	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ● Adolescente ● Edad reproductiva ideal ● Añosa
Vía de parto	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ● Vaginal ● Cesárea
Puntaje Apgar	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ● Adecuado ● Inadecuado
Prematuridad	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No

2.4 Definición operacional de variables

A) Lactancia materna no exclusiva:

Ingesta de leche materna y otros líquidos (agua, te, fórmulas lácteas, entre otros) por el lactante durante sus primeros seis meses de vida. (32)

B) Bronquiolitis:

Enfermedad caracterizada por un proceso de infección viral obstructiva de las vías respiratorias inferiores (bronquial), con diferentes grados de severidad. (4)

C) Sexo:

Condición orgánica que distingue a las mujeres de los varones, registrado en la historia clínica. (33)

D) Peso a nacer:

Es la medición inicial del recién nacido valorada en gramos o kilogramos, el cual se clasifica en muy bajo peso al nacer (1kg-1.4kg), bajo peso al nacer (1.5kg-2.4kg), normal (2.5kg-4kg) y macrosómico (>4kg). (34)

E) Edad materna:

Es el tiempo de vida de una madre expresado en años. (35) Clasificado en este estudio como adolescente (<18 años), edad reproductiva ideal (18-34 años) y añosa (>34 años).

F) Vía de parto

Medio por el cual se da el nacimiento de una persona, el cual puede ser por vía vaginal o cesárea. (36)

G) Puntaje Apgar

Parámetros propuestos por la Dra. Virginia Apgar, que permite evidenciar la adaptación del neonato a la vida extrauterina.(37) Considerado en este estudio el APGAR al quinto minuto de nacimiento y clasificándose como APGAR adecuado (≥ 7) y APGAR inadecuado (<7).

H) Prematuridad

Nacimiento de una persona previo a las treinta y siete semanas de edad gestacional. (38)

2.5 Procedimientos y técnicas:

Se solicitó una lista de pacientes hospitalizados con bronquiolitis en el período 2019-2023, obteniendo 170 historias clínicas. La lista incluía registros sin orden cronológico, sin embargo, para asegurar un proceso sistemático, se organizó esta información en Excel de manera ascendente según su número de historia clínica, facilitando la revisión exhaustiva de todos los registros. Tras revisar las historias clínicas disponibles, se identificaron 67 casos que cumplían con los criterios de selección y fueron incluidos en el grupo de 'casos'.

De manera similar, para el grupo de 'controles', se solicitó una lista de historias clínicas, del período 2019-2023, de pacientes hospitalizados con patologías no respiratorias (gastroenteritis aguda, enfermedad parasitaria, otitis media aguda, celulitis, impétigo, ITU, absceso cutáneo), obteniéndose 189 historias clínicas. Estas historias tampoco seguían un patrón específico ni estaban agrupadas por patologías comunes. Tras revisar las historias clínicas, organizadas previamente en Excel de manera ascendente según su número de historia clínica. Se seleccionaron 67 historias clínicas que cumplían con los criterios de selección, para ser comparados con el grupo de casos.

Cabe resaltar que, al momento de revisar las historias clínicas de ambos grupos, si es que una historia clínica no cumplía con los criterios de selección, pues esta era descartada e inmediatamente se procedía con la siguiente historia clínica de la lista.

Como instrumento, se aplicó una ficha de recolección de datos de los lactantes diagnosticados con bronquiolitis, hospitalizados en el área de pediatría, con una edad por debajo de 24 meses del HBT.

Una vez obtenidos los datos del tamaño muestral hallado anteriormente, se procedió con su análisis para la obtención de los resultados.

2.6 Plan de análisis de datos

Análisis Estadístico

Se utilizó los softwares Excel y SPSS 26 con el fin de procesar la información.

Estadística Descriptiva

Se realizaron tablas de frecuencia con valores absolutos y relativos.

Estadística Analítica

Para comprobar el objetivo general, se usó la prueba estadística chi cuadrado, y el Odds Ratio (OR) con la finalidad de evaluar si hay un factor de riesgo. Asimismo, para comprobar el objetivo específico se utilizó el modelo de regresión logística con su intervalo de confianza al 95%. El nivel de significancia fue del 5% y un p valor menor a 0.05 fue considerado como significativo.

Estadígrafos

Se halló el Odds Ratio (OR) para el correspondiente factor de riesgo de acuerdo a su asociación con la LMNE, si este es mayor de 1, fue considerado como factor de riesgo. Asimismo, se efectuó el cálculo del intervalo de confianza al noventa y cinco por ciento.

		Lactancia materna no exclusiva	
		SI	NO
Factor riesgo	Si	a	b
	No	c	d

OR: $a \times d / c \times b$

OR > 1: Es factor de riesgo

OR = 1: No es factor de riesgo

OR < 1: Es factor protector.

2.7 Aspectos éticos

Esta investigación tuvo el beneplácito del comité de Investigación y Ética del hospital donde se realizó el estudio y de la UPAO.

Asimismo, no se incumplió ninguno de los artículos de los Principios Generales y se respetaron los artículos N° 16, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 31 y 36 de la Declaración Internacional de Helsinki y la sección denominada “Del trabajo de investigación”, capítulo seis, establecido en el código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú, particularmente los artículos 42 y 48. (39,40)

III. RESULTADOS

Tabla 1. Características generales de los pacientes menores de 24 meses hospitalizados en el área de pediatría del HBT

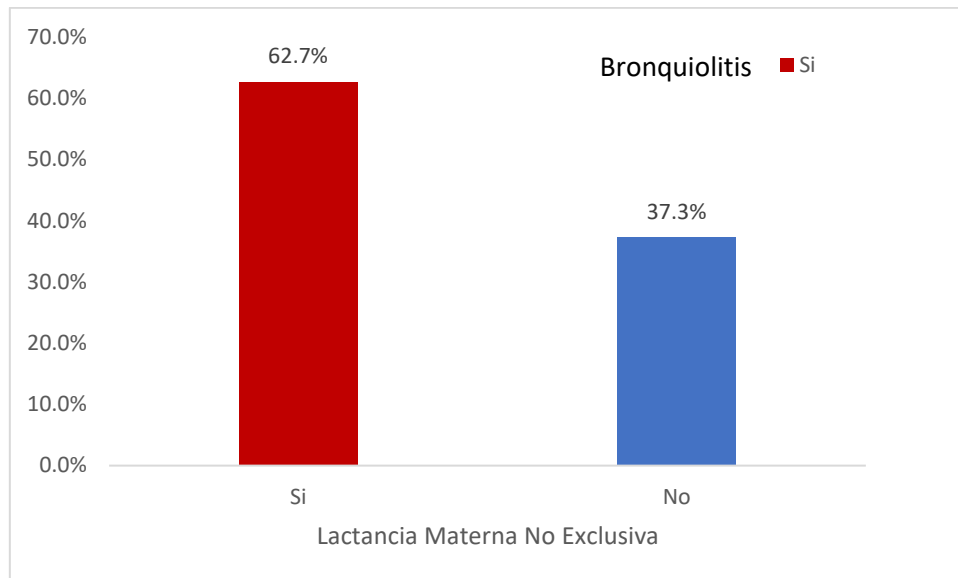
Datos generales	Bronquiolitis			
	Si		No	
	N	%	N	%
Edad (M ± DS)	4.0 ± 3.3		9.9 ± 6.7	
Sexo	N	%	N	%
Masculino	40	59.7%	26	38.8%
Femenino	27	40.3%	41	61.2%
Peso al nacer				
Bajo peso al nacer	16	23.9%	5	7.5%
Normal	49	73.1%	57	85.1%
Macrosómico	2	3.0%	5	7.5%
Edad materna				
Adolescente	3	4.5%	6	9.0%
Edad reproductiva ideal	49	73.1%	49	73.1%
Añosa	15	22.4%	12	17.9%
Vía de Parto				
Cesárea	40	59.7%	31	46.3%
Vaginal	27	40.3%	36	53.7%
Apgar				
Adecuado	63	94.0%	65	97.0%
Inadecuado	4	6.0%	2	3.0%
Prematuridad				
Si	11	16.4%	9	13.4%
No	56	83.6%	58	86.6%
Total	67	100.0%	67	100.0%

M=Media o Promedio // DS=Desviación estándar

La tabla 1 muestra las particularidades de los pacientes menores de 24 meses diagnosticados con bronquiolitis, donde la media de edad fue de 4 meses y en su mayoría, varones (59.7%). El 73.1% de estos pacientes tenía un peso normal al nacer, y el 73.1% de sus madres tenían una edad reproductiva ideal. El 59.7% de los nacimientos fueron por cesárea, el 94.0% de los pacientes tuvo un Apgar adecuado y el 16.4% no fue prematuro. En comparación, a los pacientes que no fueron diagnosticados con bronquiolitis la media de edad fue de 9.9 meses y mayormente mujeres (61.2%). El 85.1% de estos pacientes tenía un peso normal

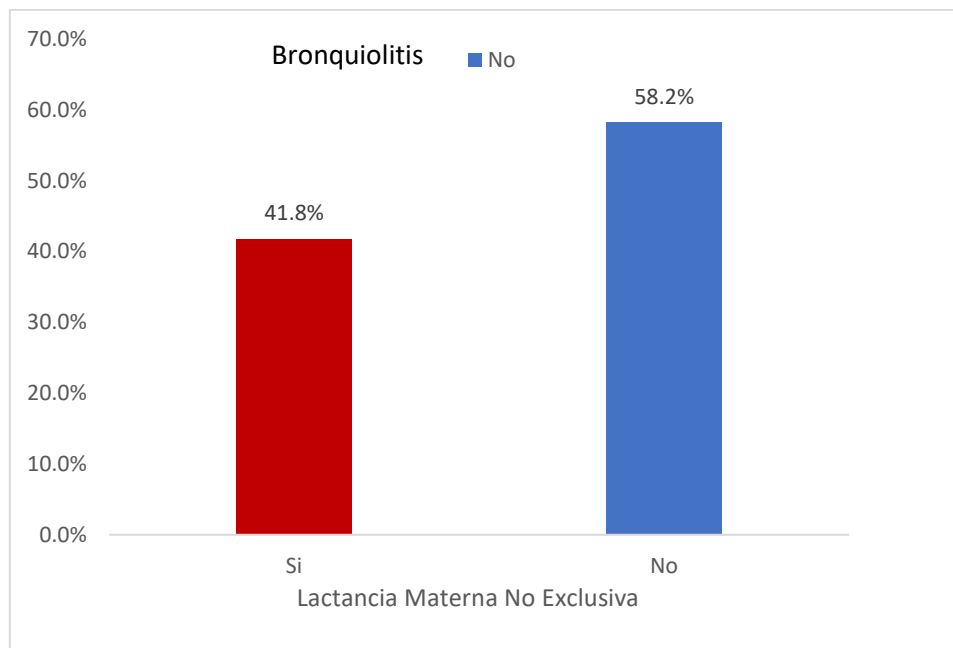
al nacer, el 73.1% de las madres tenían una edad reproductiva ideal, el 53.7% de los nacimientos fueron vaginales, el 97.0% de los pacientes tuvo un Apgar adecuado y el 13.4% no fue prematuro

Gráfico 1. Frecuencia de LMNE en lactantes por debajo de los 24 meses con bronquiolitis del HBT



La frecuencia de LMNE en lactantes por debajo de los 24 meses con bronquiolitis fue de $42/67 = 62.7\%$.

Gráfico 2. Frecuencia de LMNE en lactantes por debajo de los 24 meses sin bronquiolitis del HBT.



La frecuencia de LMNE en lactantes por debajo de los 24 meses sin bronquiolitis fue de $28/67 = 41.8\%$.

Tabla 2. Comparación de la frecuencia de LMNE en lactantes por debajo de los 24 meses con y sin bronquiolitis del HBT.

Lactancia Materna No Exclusiva	Bronquiolitis				p*	OR**	IC***
	Si		No				
	N	%	N	%			
Si	42	62.7%	28	41.8%	0.015	2.340	1.170 - 4.681
No	25	37.3%	39	58.2%			
Total	67	100.0%	67	100.0%			

* Prueba Chi cuadrado/ ** Prueba Odds Ratio /** Intervalo de confianza

De acuerdo a la tabla 2, se evidencia que el porcentaje de lactantes con bronquiolitis y lactancia materna no exclusiva fue del 62.7%. Mientras, que el porcentaje de pacientes sin bronquiolitis y LMNE fue del 41.8%.

Además, el valor de p fue 0.015, lo cual demuestra que hay asociación significativa entre la bronquiolitis y la LMNE.

El Riesgo fue 2.340, lo cual demuestra que los pacientes con LMNE tienen 2.3 veces más probabilidad de presentar bronquiolitis.

Tabla 3. Análisis multivariado de las variables intervinientes en lactantes por debajo de los 24 meses del HBT

Regresión	Sig.	OR(a)	95% C.I. para OR(a)	
			Inferior	Superior
Sexo masculino	0.025	2.451	1.122	5.355
Peso al nacer				
Bajo peso al nacer	0.014	4.489	1.349	14.938
Macrosómico	0.188	0.285	0.044	1.845
Edad materna				
Edad reproductiva ideal	0.457	1.927	0.343	10.838
Añosa	0.886	0.931	0.350	2.474
Vía de Parto (Cesárea)	0.100	1.930	0.882	4.223
Puntaje Apgar (Adecuado)	0.817	0.796	0.114	5.532
Prematuridad	0.156	0.413	0.122	1.400
Constante	0.356	0.095		

Según el análisis multivariado presentado en la tabla 3, se destaca que los factores asociados a la bronquiolitis fueron la LMNE, el sexo masculino ($p=0.025$; $OR=2.451$) y el bajo peso al nacer ($p=0.014$; $OR=4.489$). Estos resultados indican que estos factores tienen un efecto significativo en la probabilidad de presentar bronquiolitis.

IV. DISCUSIÓN

Tras evaluar las historias clínicas de 67 menores de 24 meses, se halló que el 62.7% de estos tenían lactancia materna no exclusiva y fueron diagnosticados con bronquiolitis. Al respecto, diversidad de estudios han encontrado proporciones similares, un ejemplo de ello es el estudio de García y Huamán (31), quienes al evaluar a 231 lactantes que residían en Huancayo identificaron que, 75% de los lactantes que tenían bronquiolitis tenían lactancia materna no exclusiva (LMNE). Así mismo, Vitor (29), encontró que el 62.2% de los 90 lactantes limeños con bronquiolitis tenían LMNE, pero añadió que el 83.9% de dichos lactantes, la severidad de bronquiolitis era leve.

En el caso de, Coronel-Carvajal (26), tras evaluar a 74 lactantes cubanos menores de 2 años, identificaron que 56.8% de los 37 lactantes con bronquiolitis tenían LMNE. Rocha (41), luego de evaluar a 222 lactantes trujillanos, identificó que 82.4% tuvieron bronquiolitis y a su vez LMNE. Lo mencionado evidencia que, a nivel nacional como internacional, la LMNE podría ser un generador de desarrollo de bronquiolitis, y ello está respaldado con la literatura, ya que se sabe que la lactancia materna, es la manera óptima para alimentar a todo recién nacido, debido que, la leche materna contiene la cantidad de nutrientes y proteínas necesarias para el bienestar y desarrollo óptimo del lactante. (42,43).

Posteriormente, de los 67 pacientes sin bronquiolitis, se evidenció que el 41.8% tenía LMNE. Resultados porcentuales similares fueron encontrados por, García y Huamán (31), ya que hallaron que el 36.7% de los lactantes sin bronquiolitis tenían LMNE. Situación similar lo evidenció Arana (44), quien identificó que, de 122 lactantes limeños el 41% con LMNE no eran diagnosticados con bronquiolitis. En el caso de, Barrantes (45), al evaluar a 136 lactantes de Huaycán encontró que, el 25.7% de pacientes sin bronquiolitis tenían LMNE. Mientras que Rocha (41), identificó que, de 222 lactantes, el 60.8% no tenían bronquiolitis, pero sí LMNE. Sumado a esto Coronel-Carvajal (26), halló que, de 37 lactantes, el 18.9% no tenían bronquiolitis, pero sí LMNE. Campos (30), también identificó que, de 104 lactantes, el 11.54% no tenían bronquiolitis, pero sí LMNE. Las diferencias y semejanzas porcentuales, se podría deber a las características poblacionales, como el ámbito geográfico, momento estacional

en el cual fueron diagnosticados los menores, entre otros aspectos que pudieran influir en la ocurrencia de dicha patología pulmonar.

Por otro lado, al realizar el análisis estadístico inferencial, se demostró que la LMNE era un factor que se asociaba a la bronquiolitis ($p=0.015$; $OR=2.340$), pero tras el análisis multivariado, se identificó que la LMNE no solo era un factor asociado, sino un factor independiente para la ocurrencia de bronquiolitis, ya que incrementaba casi 3 veces la probabilidad que el niño padeciera de esta patología ($ORa=2.958$). Asociación similar fue identificada en diferentes estudios, tanto en el entorno internacional como nacional, ya que, Coronel-Carvajal (26), en su estudio realizado en Cuba, halló que la ausencia de LME era considerado como un factor de riesgo para la bronquiolitis ($OR=5.6$). Barrantes (45), encontró la misma asociación, ya que la ausencia de lactancia materna exclusiva incrementaba 20.20 la probabilidad de que el lactante atendido en el Hospital de Huaycán, tuviera bronquiolitis ($p=0.000$).

Lo mencionado también fue demostrado en el entorno del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión ya que Gonzales (46), evidenció que la lactancia materna no exclusiva era un factor asociado ($p<0.05$) y de riesgo ($OR=1.99$) para la bronquiolitis. García y Huamán (31), también demostró que la lactancia materna no exclusiva era un factor asociado y de riesgo para la patología pulmonar pediátrica de estudio ($p<0.05$, $OR=5.18$). Meza (47), al evaluar a lactantes atendidos en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, demostró que la lactancia materna no exclusiva era un factor que se asociaba ($p<0.05$) a la aparición de la bronquiolitis, pero a su vez incrementaba en 3.5 su probabilidad de aparición de dicha patología. Todo lo mencionado indica que, el amamantamiento es un aspecto primordial en el desarrollo de los menores de edad, sobre todo en aquellos que se encuentran en sus etapas iniciales, ya que sus beneficios principalmente son nutricionales e inmunitarias, lo cual son relevantes para el desarrollo de los menores. (48)

Finalmente, tras la realización del análisis multivariado, se encontró que existieron factores para la ocurrencia de bronquiolitis, siendo estos, el sexo masculino ($p=0.025$, $Ora=2.451$) y el bajo peso al nacer ($p=0.014$, $ORa=4.489$). Concordando con lo mencionado Coronel-Carvajal (26) y Campos (30),

identificaron que el bajo peso al nacer también era un factor de riesgo para la bronquiolitis (OR=4.4; $p=0.01$, OR=3.08); pero este último autor atribuyó otros factores que se asociaban a la patologías de interés, como la prematuridad ($p=0.01$, OR=3.08) y la anemia ($p=0.007$, OR=3.08) (30). Situación similar a lo que expusieron García y Huamán (31), quienes identificaron al humo de leña (ORa=8.34), de tabaco (ORa=6.63), el antecedente materno de asma (ORa=7.01), la enfermedad cardíaca (ORa=19.01) y la pulmonar crónica (ORa=22.29) como otros factores que se asociaban de manera independiente con la bronquiolitis.

En el caso de Meza (47), identificó que tener menos de 6 meses de edad ($p<0.05$, OR=3.7), nacer con bajo peso ($p<0.05$, OR=1.6) y haber nacido prematuramente ($p<0.05$, OR=3.4) eran los factores de riesgo para el diagnóstico de bronquiolitis. Mientras que Gonzáles (46), encontró que el sexo masculino ($p<0.05$, OR=2.07), la edad menor de 6 meses ($p<0.05$, OR=24.77), el antecedente familiar con asma ($p<0.05$, OR=3.04) y presencia de fumador activo ($p<0.05$, OR=6.02) fueron factores independientes para la bronquiolitis. Barrantes (45), encontró como factores de riesgo para la bronquiolitis al sexo masculino ($p=0.000$, OR=2.890), edad menor de 6 meses ($p=0.000$, OR=6.04), bajo peso al nacer ($p=0.028$, OR=1.85), prematuridad ($p=0.001$, OR=3.02), presencia de patologías pulmonares ($p=0.001$, OR=3.36), madre adolescente ($p=0.000$, OR=3.82), grado de instrucción materno ninguno ($p=0.039$, OR=3.14) y solo primaria ($p=0.000$, OR=3.80).

Lo expuesto demuestra que, la bronquiolitis es una patología ligada a diversidad de factores, es decir es una patología multifactorial, que debe de ser, no solo diagnosticada y tratada cuando el lactante se encuentra en el proceso inflamatorio, sino que también se puede disminuir la exposición a ciertos factores de riesgo mediante una historia clínica detallada, ya que, al ponerlos en evidencia, se tomarán mejores medidas. Los antecedentes de los lactantes son muy importantes, además al identificar que un niño no está siendo amamantado exclusivamente, los médicos pueden asesorar a la madre sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva para fortalecer el sistema inmunológico del lactante, también se puede promover buenas prácticas de higiene, como el lavado de manos y evitar el contacto con personas enfermas, para reducir el

riesgo de infecciones virales que pueden llevar a la bronquiolitis, así como un control del entorno y de exposición a contaminantes.

Este estudio no estuvo alejado de la presencia de limitaciones, como, por ejemplo, la identificación de las historias clínicas que cumplan con los criterios de elegibilidad mencionados en el capítulo metodológico, lo que generó el incremento del tiempo de recolección por tal la prolongación del tiempo de ejecución del estudio, y otro aspecto a considerar, fue la posibilidad de sesgos de información, ya que, al ser un estudio retrospectivo, solo se tomaron datos registrados en las historias clínicas, considerándolas como verídicas, sin posibilidad de corroboración.

V. CONCLUSIONES

- La lactancia materna no exclusiva es un factor de riesgo para bronquiolitis en lactantes por debajo de los 24 meses hospitalizados en el área de pediatría HBT.
- La frecuencia de lactancia materna no exclusiva en lactantes por debajo de los 24 meses con bronquiolitis del HBT fue de 62.7%.
- La frecuencia de lactancia materna no exclusiva en lactantes por debajo de los 24 meses sin bronquiolitis del HBT fue de 41.8%.
- La frecuencia de lactancia materna no exclusiva en lactantes por debajo de los 24 meses con y sin bronquiolitis del HBT fue de 62.7% y 41.8%.
- La lactancia materna no exclusiva, el sexo masculino y el bajo peso al nacer fueron los factores de riesgo para bronquiolitis en lactantes por debajo de los 24 meses del HBT.

VI. SUGERENCIAS

- Socializar los resultados con el jefe del área de pediatría del HBT, con la finalidad de su revisión y análisis, para el posible planteamiento de estrategias donde participen los profesionales de la salud del área asistencial para que brinden sus aportes a favor de una mejor atención a los menores de edad.
- Reforzar las estrategias promocionales sobre la relevancia del amamantamiento, aspecto primordial en las primeras horas de vida del recién nacido, para que las madres tomen conciencia sobre este tema y su adecuada práctica.
- Concientizar a los internos, médicos residentes y médicos generales de centros de salud en la realización completa y detallada de la historia clínica, de esta forma se pone en evidencia distintos factores de riesgo para bronquiolitis.
- Fomentar la realización de estudios relacionados con la temática en el entorno local, poniendo en práctica otros aspectos metodológicos que puedan dar mayores luces sobre esta problemática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Toro RLB, Martínez BI, Martínez MI, et al. Caracterización clínica-epidemiológica de las Bronquiolitis en pacientes pediátricos. *Mul Med.* 2021;25(2)
2. Nenna R, Cutrera R, Frassanito A, Alessandrini C, Nicolai A. Modifiable risk factors associated with bronchiolitis. *Ther Adv Respir Dis.* 2018; 11(10): p. 393-401.
3. Pruikkonen H, Uhari M, Dunder T, Pokka T, Renko M. Infants under 6 months with bronchiolitis are most likely to need major medical interventions in the 5 days after onset. *Acta Paediatr.* 2014; 103(10):1089-93.
4. Garcia L, Korta J, Callejon A. Bronquiolitis aguda viral. *Protoc diagn ter pediatr.* 2018; 1(1): p. 85-102.
5. Rajeev B. Bronquiolitis. Merck Man Prof Ver. Rahway, NJ: Merck & Co., Inc.; 2022. [Citado 7 Dic 2023]. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/en-ca/professional/SearchResults?query=bronchiolitis&icd9=466.1>
6. Solano M. Bronquiolitis Aguda por Virus Respiratorio Sincitial en Niños: Revisión Sistémica. *Rev Cienc Salud Integr Conoc.* 2020; 4(5): p. 75-85.
7. Fuentes C, Cornejo G, Bustos R. Update in the treatment of acute bronchiolitis: less is more. *Neumol Pediatr.* 2016; 11(2): p. 65-70.
8. GBD 2016 Lower Respiratory Infections Collaborators. Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of lower respiratory infections in 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Infect Dis.* 2018;18(9):1043-1067.
9. Caserta M, Jones A. Virus respiratorio sincitial (VRS): cuando el problema es más que un simple resfriado. *Healthy Child.* 2020. [Citado 8 Dic 2023]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/chest-lungs/Paginas/RSV-When-Its-More-Than-Just-a-Cold.aspx>

10. Haddadin Z, Rankin DA, Lipworth L, Suh M, McHenry R, Blozinski A, et al. Vigilancia de virus respiratorios en lactantes en diferentes entornos clínicos. *J Pediatr*. 2021;234:164-171.e2.
11. García García ML, Korta Murua J, Callejón Callejón A. Bronquiolitis aguda viral. *Protoc diagn ter pediatr*. 2017;1:85-102.
12. Tesini B. Infección por virus respiratorio sincitial (RSV) y por Metapneumovirus Humano. Merck Man Prof Ver. Rahway, NJ: Merck & Co., Inc.; 2023. [Citado 10 Dic 2023]. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-virales-comunes-en-lactantes-y-ni%C3%B1os/infecciones-por-el-virus-sincitial-respiratorio-rsv-y-metaneumovirus-humano>
13. Aguilar M, Baena L, Sanchez A, Guisado. Immunological benefits of human milk for the mother and child. Systematic review. *Nutr Hosp*. 2016 Abril; 33(2): p. 482-493.
14. Organización Panamericana de la Salud. Lactancia materna y alimentación complementaria [Internet]. 2022 [citado 2023 Dic 20]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-y-alimentacion-complementaria>
15. Meek JY, Noble L. Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. 2022;150(1).
16. Gonzalez R, Jimenez I, Guitierrez P. Microbiota de la leche humana y su impacto en la salud humana. *Gac Med Mex*. 2020 Diciembre; 156(3): p. 58-66.
17. Diaz A. Leche materna: microbiología y marcadores inmunológicos. España: Universidad de Valladolid; 2022. p. 1-33.
18. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Estados Unidos: OPS; 2020.
19. Organización Mundial de la Salud. La OMS y el UNICEF publican nuevas directrices para promover la lactancia materna en los establecimientos de salud de todo el mundo. Ginebra: OMS; 2018.

20. Comité de Lactancia Materna. Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. España: Asoc Esp Pediatr; 2016.
21. Diaz M, Ruzafa M, Espiga I. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. Rev Esp Salud Pública. 2016 Agosto; 9(40016).
22. Ridao M. Bronquiolitis y Bronquitis. Pediatr Integral. 2021; 25(1): p. 21-28.
23. Madriz G, Avila L. Caracterización de prematuros ingresados por bronquiolitis en el Hospital Nacional de Niños. Acta Med Costarric. 2020; 62(4): p. 175-180.
24. León B, Baldris J, Jiménez S et al, Factores de riesgo en las bronquiolitis por virus respiratorio sincitial en niños de 0 a 24 meses. Enferm Clin. 2013;23(4):160-163
25. Betancur J, Estrada J, Pinillos Y, Prieto E. Determinantes de la hospitalización en pacientes con diagnóstico de bronquiolitis en Barranquilla, Colombia. Rev. Salud Pública. 2020; 22(6): p. 589-593.
26. Coronel-Carvajal C. Factores asociados al desarrollo de la bronquiolitis. Rev. Arch Med Camagüey. 2019; 23(5): p. 639-647.
27. Giunchetti F, Hidalgo L, Penas M, Piccardo A. Lactancia materna exclusiva y evolución de la enfermedad en lactantes hospitalizados por bronquiolitis. Andes Pediatr. 2023; 94(1): p. 23-28.
28. Nuñez F, Arbo A. Factores de riesgo de Bronquiolitis en pacientes menores de 2 años. Rev Inst Med Trop. 2020; 15(1): p. 29-36.
29. Vitor G. Lactancia materna no exclusiva como factor de riesgo de bronquiolitis en menores de 2 años Hospital General María Auxiliadora 2017. [Tesis de grado]. Lima - Perú: Universidad San Juan Bautista; 2018.
30. Campos. Bronquiolitis: factores de riesgo en niños menores de 2 años Hospital Jorge Reategui Delgado – Piura 2018. [Tesis de grado]. Piura - Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2019.

31. Garcia E, Huaman A. Factores asociados para severidad en bronquiolitis aguda en menores de 2 años en un hospital nacional de Huancayo 2022. [Tesis de grado]. Huancayo: Universidad Continental; 2023.
32. Brahm P, Valdes V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev Chil Pediatr. 2017; 88(1).
33. Real Academia Española. Diccionario - Sexo. [Online].; 2020: [Citado el 25 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexo>.
34. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo la niña y el niño menor de cinco años. Dirección general de intervenciones estretégicas en salud pública R.M-N°537-2017/MINSA. 2017; 1(1): p.1-121. Disponible en: <https://www.saludarequipa.gob.pe/archivos/cred/NORMATIVA%20CRE D.pdf>
35. Real Academia Española. Diccionario - Edad. [Online].; 2021: [citado 24 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>.
36. Clínic Barcelona. Qué es el Parto. [Online].; 2018 [citado 15 agosto 2024]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/embarazo-y-parto/parto>
37. Organización Panamericana de la Salud. Descriptores en Ciencias de la Salud - Puntaje de Apgar. [Online].; 2015: [citado 15 diciembre 2023]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/this/resource/?id=1040&filter=this_termall&q=apgar.
38. Social S. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del parto pretérmino. Instituto de Evaluación de tecnologías en salud e investigación. 2018;; p. 1-25.
39. WMA. The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2019 noviembre 19.
40. Colegio Médico del Perú. Código de ética y deontología. [Internet] 2023. [Citado 15 julio 2024]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/wp->

content/uploads/2020/01/CODIGO-DE-ETICA-Y-
DEONTOLOG%C3%8DA.pdf

41. Rocha A. Lactancia materna exclusiva como factor protector para bronquiolitis en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2012-2013. [Tesis de grado]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
42. Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica para la consejería en lactancia materna. Resolución Ministerial N°462-2015/MINSA. 2019;: p. 1-59. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4928.pdf>.
43. Organización Panamericana de la Salud. Lactancia materna y alimentación complementaria. [Online].; 2023: [\[Citado 15 julio 2024\]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>](#).
44. Arana N. Factores modificables asociados a bronquiolitis en menores de 2 años en el Hospital de ventanilla durante el año 2019. [Tesis de grado]. Universidad San Juan Bautista ; 2020.
45. Barrantes O. Factores de riesgo para bronquilitis en niños menores de dos años atendidos en el Hospital de Huaycán, 2019. [Tesis de grado]. Universidad Privada San Juan Bautista ; 2020.
46. Gonzáles J. Factores de riesgo para desarrollo de bronquiolitis en pacientes pediátricos de 0 a 2 años atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2011-2015. [Tesis de grado]. Universidad Privada San Juan bautista ; 2016.
47. Meza J. Factores de riesgo asociados a bronquilitis en niños menores de 2 años en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo enero - diciembre del 2016. [Tesis de grado]. Universidad Privada San Juan Bautista ; 2017.
48. Monet D, Alvarez J, Gross V. Beneficios inmunológicos de la lactancia materna. Rev Cubana Pediatr. 2022; 94(3): p. 1-7.

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de Ficha:

Numero de historia clinica:

Edad:

Sexo:

- Masculino
- Femenino

Lactancia materna no exclusiva

- Si
- No

Bronquiolitis

- Si
- No Dx:

Peso al nacer

- Muy bajo peso al nacer (1kg-1.4 Kg)
- Bajo peso al nacer (1.5 – 2.4 Kg)
- Normal (2.5 – 4 Kg)
- Macrosómico (> 4 kg)

Edad materna

- Adolescente (< 18 años)
- Edad reproductiva ideal (18 – 34 años)
- Añosa (> 34 años)

Vía de parto

- Vaginal
- Cesárea

Puntaje Apgar

- Adecuado (≥ 7)
- Inadecuado (<7)

Prematuridad

- Si
- No