



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

FACTORES ASOCIADOS A LA SEVERIDAD EN BRONQUIOLITIS AGUDA
EN MENORES DE 24 MESES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE HUARAL,
2023.

FACTORS ASSOCIATED WITH THE SEVERITY OF ACUTE BRONCHIOLITIS
IN CHILDREN UNDER 24 MONTHS OF AGE ATTENDED AT THE HOSPITAL
DE HUARAL, 2023.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PEDIATRÍA

AUTOR

EDITH CATERIN HERNANDEZ GUERRERO

ASESOR

CARLOS EDUARDO POLO LAFON

LIMA – PERÚ

2024

FACTORES ASOCIADOS A LA SEVERIDAD EN BRONQUIOLITIS AGUDA EN MENORES DE 24 MESES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE HUARAL, 2023.

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	3%
2	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
4	J.M. Ramos Fernández, A. Cordon Martínez, R. Galindo Zavala, A. Urda Cardona. "Validación de una escala clínica de severidad de la bronquiolitis aguda", Anales de Pediatría, 2014 Publicación	1%
5	www.pve.unam.mx Fuente de Internet	1%
6	www.coursehero.com Fuente de Internet	1%
7	www.manuela.org.pe Fuente de Internet	

		1 %
8	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
9	dspace.utb.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
10	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
11	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1 %
12	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
13	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
14	www.classcentral.com Fuente de Internet	<1 %
15	www.paot.org.mx Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

1. RESUMEN

En vista de las diferentes problemáticas que presenta la realidad peruana, el campo médico presenta una lucha continua con diferentes patologías que afectan el bienestar general de los neonatos o primeros infantes. A partir de aquello, el actual estudio tiene la finalidad de identificar los factores de riesgo asociados a la severidad de bronquiolitis aguda en menores de 24 meses atendidos en el Hospital de Huaral. Corresponde con una metodología de paradigma cuantitativa, alcance correlacional, de diseño no experimental y cohorte retrospectiva. Se seleccionaron las historias clínicas de 250 pacientes con la patología diagnosticada del centro de salud referenciado. Para lo cual, se utilizarán fichas clínicas para registrar la información recabada de las historias clínicas, en donde se hará uso del software SPSS Statistics para la construcción de un base de datos y el análisis de inferencial y descriptivo a posteriori.

Palabras clave: bronquiolitis aguda, factores de riesgo, escala de severidad.

2. INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis aguda es considerada como una patología que incide dentro de los mayores valores de prevalencia de morbilidad y mortalidad en niños menores de 2 años a nivel mundial. La alta prevalencia de la enfermedad ejerce una carga significativa en los sistemas de salud, especialmente en países con recursos limitados (1).

La determinación de la enfermedad se basa principalmente en la evaluación clínica, destacando como elementos de riesgo para casos más severos: nacimientos prematuros antes de las 35 semanas, edades inferiores a las 6 semanas, presencia de displasia broncopulmonar, cardiopatías congénitas con impacto hemodinámico significativo, inmunodeficiencias, entre otros (2).

Conjuntamente, a nivel internacional, a partir de la concepción del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), entre las patologías más frecuentes en la primera infancia se encuentran las infecciones respiratorias, las cuales suelen aparecer por contagios a partir de la introducción de pequeñas porciones de saliva al realizar diferentes actividades, señalando así a la bronquiolitis, como una infección localizada en el tracto respiratorio inferior (3).

El virus más frecuentemente identificado en esta patología corresponde al virus respiratorio sincitial (VRS), detectado entre el 41 y el 83% de los pacientes. El VRS es responsable de 34 millones de nuevos internamientos por contagios en las vías respiratorias inferiores y de 2,4 millones de hospitalizaciones de lactantes en todo el

mundo, con 199.000 defunciones por cada año, siendo una gran proporción representante de naciones tercermundistas (4).

Por otra parte, es imperativo evaluar la asociación del agente etiológico de los factores de riesgo con la presentación clínica de la bronquiolitis, para que de esta manera, se determine la influencia en la frecuencia y gravedad de la enfermedad en niños de dos meses a dos años de edad (5).

En esta misma línea, se consideran los principales factores que incluyen el peso al nacer, delimitado como bajo y normal para el caso de bronquiolitis (6), edad inferior a los 6 primeros meses (7), población socioeconómica baja, anomalías de las vías respiratorias, trastornos congénitos por inmunodeficiencia, tabaquismo de los padres o por parte de otros miembros familiares (8), entorno de vida aglomerado, y la enfermedad pulmonar crónica o displasia broncopulmonar (9).

En relación a la fisiopatología de la enfermedad, el virus respiratorio sincitial (VRS) se produce principalmente por contacto directo con secreciones respiratorias infectadas y su posterior inoculación a través de grandes gotitas respiratorias en la nariz o los ojos. Las pequeñas partículas en aerosol parecen tener menos probabilidades de propagar la infección. El virus puede persistir intacto en superficies duras (por ejemplo, mostradores) hasta 6 h, en material de caucho hasta hora y media, y en la epidermis hasta un tercio de hora. El virus se incuba con una variación de 2 hasta 8 días, y los sujetos con sistema inmune competente pueden excretarlo hasta en 21 días, la media se limita a 8 días, asimismo, la excreción en inmunocomprometidos puede continuar durante varios meses (10).

Conjuntamente, es imprescindible una evaluación diagnóstica para verificar la severidad de la patología en función de una escala valorativa que requiere la puntuación técnica de los siguientes criterios: la frecuencia de sibilancias, crepitantes, el esfuerzo al respirar, la relación inspiración y espiración, y la frecuencia respiratoria y cardíaca de acuerdo a los meses de edad (11).

Bajo esta premisa, la realidad nacional refleja una prevalencia de infecciones respiratorias bajas como una enfermedad común con un promedio de 2 millones de pacientes registrados al año, en donde el 70% de los casos de la sierra se deben por el factor viral del VSR en niños menores al año de edad, además se presenta un crecimiento proporcional de acuerdo a las estaciones con bajas temperaturas (12).

De esta manera se ha evidenciado la presencia de esta problemática en los registros clínicos del Hospital de Huaral, en donde la actual indagación se basará en revisar factores que se vinculen la severidad de la patología, para lo cual se denota la siguiente interrogante investigativa, ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la severidad de bronquiolitis aguda en menores de 24 meses atendidos en el Hospital de Huaral?

A colación, la indagación presenta diferentes aspectos que justifican su realización; en primera instancia, desde una visión teórica, se fundamentará en la necesidad de contribuir al conocimiento existente y llenará posibles vacíos en la comprensión de fenómenos de relevancia médica. La revisión exhaustiva de la literatura científica actual revelará la importancia de abordar determinadas preguntas o problemas desde una perspectiva teórica.

Desde un enfoque práctico, el estudio buscará aplicar los hallazgos teóricos en situaciones reales para mejorar actividades preventivas, diagnósticas y para la recuperación patológica, además de optimizar la prestación de servicios de atención médica, la cual radicará en la posibilidad de generar evidencia que tenga influencia directa en el aspecto sanitario de los pobladores, informando decisiones clínicas, políticas de salud pública y prácticas médicas más efectivas y eficientes.

Por último, desde un punto de vista metodológico, se centrará en la selección e implementación de metodología de investigación que sean apropiados para abordar las preguntas planteadas, de esta manera, la metodología sólida garantizará una validación y fiabilidad de la información resultante por medio de instrumentos específicos, permitiendo que la investigación sea reproducible y generalizable.

3. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Identificar los factores de riesgo asociados a la severidad de bronquiolitis aguda en menores de 24 meses atendidos en el Hospital de Huaral.

Objetivos específicos:

- Determinar los factores de riesgo en menores de 24 meses atendidos en el Hospital de Huaral.
- Determinar la severidad de bronquiolitis aguda en menores de 24 meses atendidos en el Hospital de Huaral.

4. MATERIAL Y MÉTODO

a) Diseño del estudio

Estudio analítico observacional, tipo transversal retrospectivo.

b) Población

Los participantes de la indagación están conformados por 250 registros clínicos de menores de 24 meses atendidos en el Hospital de Huaral.

c) Muestra

En relación a la muestra, esta será delimitada por medio de muestreo probabilístico para poblaciones finitas, de esta manera, las unidades de análisis estarán compuestas por 152 historias clínicas de menores de 24 meses atendidos en el Hospital de Huaral.

d) Definición operacional de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE REGISTRO
Severidad de la bronquiolitis aguda	Medida usando la Escala de severidad de la bronquiolitis aguda (ESBA), consta de puntuación según: Sibilancias, Crepitantes, Esfuerzo, Relación de inspiración/espiración, Frecuencia respiratoria, Frecuencia cardiaca	Categórica	Ordinal	Leve (0- 4 pts) Moderado (5-9 pts) Grave (10-13 pts)
Peso al nacer	Medida referida a la masa corporal expresada en kilogramos de un neonato inmediatamente después del parto.	Numérica	De razón	En kilogramos
Edad	Cantidad días, meses o años que un individuo se encuentra con vida a partir del nacimiento.	Numérica	De razón	En meses
Sexo	Fenotipo sexual de un individuo expresado a partir del nacimiento.	Categórica	Nominal	Hombre Mujer
Nivel socioeconómico	Característica que describe el estrato social y económico de un individuo o una familia.	Categórica	Ordinal	Medio-alto Bajo
Anomalías del tracto respiratorio	Condiciones patológicas producidas a diversos niveles del tracto respiratorio que se desarrollan en un individuo de manera congénita o adquirida.	Categórica	Nominal	Si No

Trastornos congénitos por inmunodeficiencia	Condiciones de nacimiento que están relacionadas al sistema inmunológico del paciente, que puede provocar estragos que pueden ser incompatibles con la vida.	Categórica	Nominal	Si No
Tabaquismo en la familia	Presencia de uno o más integrantes del árbol familiar que consume recurrentemente cigarros derivados.	Categórica	Nominal	Si No
Entorno de vida aglomerado	Condición en la que una familia o un conjunto de personas habita un espacio pequeño en comparación con el número de individuos pertenecientes a la misma.	Categórica	Nominal	Si No
Enfermedad pulmonar crónica o displasia broncopulmonar	La enfermedad pulmonar crónica es una condición patológica caracterizada por la reducción del flujo del aire, y que causa diversas afecciones respiratorias. La displasia broncopulmonar es una condición crónica que es la consecuencia de diversos factores que causa una disminución del crecimiento y desarrollo de los pulmones, tanto para las vías respiratorias como los vasos sanguíneos que la rodean.	Categórica	Nominal	Si No

e) Procedimiento y técnicas

Se tomará en cuenta la observación del registro clínico proporcionado por el centro de salud referido. De esta forma, la investigación presentará una cohorte retrospectiva, la cual indicará los datos de menores diagnosticados con bronquiolitis en un periodo de tiempo del año 2023.

En relación a la primera variable, del colectivo de historias clínicas, se seleccionarán las historias con presencia de diagnóstico de bronquiolitis aguda, en donde se verificará el grado de severidad a partir de la ESBA, considerado como recurso de medición utilizado por diferentes instituciones peruanas de salud para mensurar el grado de severidad de bronquiolitis, el cual contiene una puntuación de 0 a 12, donde los valores mayores a 10 indican la necesidad de ingresar a las Unidades de cuidados intensivos (UCI) (11).

En segunda instancia, se describirán los siguientes datos de las historias clínicas en relación a los factores asociados a la patología: peso al nacer, delimitado como bajo y normal para el caso de bronquiolitis (6), edad inferior a los 6 primeros meses (7), población socioeconómica baja, anomalías de las vías respiratorias, trastornos congénitos por inmunodeficiencia, tabaquismo de los padres o por parte de otros miembros familiares (8), entorno de vida aglomerado, y la enfermedad pulmonar crónica o displasia broncopulmonar (9). Estos indicadores serán descritos a lo largo de una ficha de evaluación clínica.

f) Aspectos éticos del estudio

El estudio se desarrollará siguiendo los principios deontológicos establecidos en el Informe Belmont para investigaciones que involucren a seres humanos como unidades de análisis. En una primera instancia, se considerará el principio del respeto por las unidades de análisis, que se circunscribe al fomento de la libertad individual y la necesidad de relacionarse a los sujetos de forma digna, protegiendo su capacidad de tomar decisiones y teniendo en cuenta sus preferencias. En segundo lugar, se aplicará el principio de beneficencia, el cual hace referencia al requisito de acrecentar los bienes y reducir los riesgos hacia la población participante en la indagación, lo que infiere la predisposición para actuar en beneficio de los participantes y garantizar que los riesgos sean proporcionados a los beneficios esperados. Por último, el principio de justicia se enfocará en distribuir equitativamente los bienes y riesgos del estudio. Se buscará impedir el aprovechamiento de grupos particulares y asegurar que los beneficios y riesgos de la investigación se distribuyan de manera justa (17).

Para mantener la confidencialidad de los datos que se obtendrán durante el acopio de información, se cambiarán por códigos numéricos clave que reemplazarán a los nombres de los incluidos. Asimismo, en la ficha de recolección de datos no se incluirán nombres, DNI, teléfonos, información de los familiares o ningún otro ítem que permita el reconocimiento de los pacientes. Además, los datos obtenidos serán obtenidos y redirigidos a una hoja de cálculo y mantenidos en una plataforma de internet (Google Drive), bajo una cuenta con usuario y contraseña.

g) Plan de análisis

Como primera instancia, se elaborará el análisis descriptivo utilizando el programa Microsoft Excel. Este software posibilitará la creación de gráficos y tablas para visualizar los resultados relacionados con las frecuencias y tasas porcentuales de las variables de estudio. A continuación, se efectuará el análisis inferencial con el objetivo de identificar asociaciones entre términos, utilizando el software SPSS Statistics, para variables categóricas se empleará Chi 2, y en caso de variables numéricas la prueba de T de student, con un nivel de significancia de $p < 0.05$. Asimismo, es imperativo recalcar que la data almacenada se generará a partir de la información recopilada mediante las técnicas de recolección mencionadas. Finalmente, los resultados se presentarán mediante el software Microsoft Word, facilitando la descripción e interpretación del análisis realizado.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Erickson E, Bhakta R, Mendez M. Pediatric Bronchiolitis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado el 2 de enero de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519506/>
2. Fernández J, Paniagua N. Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis aguda en Urgencias. *Protoc diagn ter pediatr* [Internet]. 2020;(1):63–73. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/05_bronquiolitis.pdf
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Enfermedades prevalentes en la primera infancia [Internet]. 2023 [citado el 2 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/primeros-anos/enfermedades-prevalentes-en-la-primer-a-infancia>
4. Petat H, Gajdos V, Angoulvant F, Vidalain P, Corbet S, Marguet C, et al. High Frequency of Viral Co-Detections in Acute Bronchiolitis. *Viruses* [Internet]. junio de 2021 [citado el 2 de enero de 2024];13(6):990. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1999-4915/13/6/990>
5. Atay Ö, Pekcan S, Göktürk B, Özdemir M. Risk Factors and Clinical Determinants in Bronchiolitis of Infancy. *Turk Thorac J* [Internet]. mayo de 2020 [citado el 2 de enero de 2024];21(3):156–62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7311146/>
6. Navarro J, Roque J, Virú H, Alburqueque J, Saldaña C. Factores asociados a bronquiolitis en pacientes menores de 2 años atendidos en un hospital de referencia del Perú. *Pediatría (Asunción)* [Internet]. abril de 2022 [citado el 2 de enero de 2024];49(1):21–6. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1683-98032022000100021&lng=en&nrm=iso&tlng=es
7. Coronel C. Factores asociados al desarrollo de la bronquiolitis. *Rev Arch Med Camagüey* [Internet]. 2019;23(5):639–47. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2019/amc195i.pdf>
8. Madriz G, Ávila L. Caracterización de prematuros ingresados por bronquiolitis en el Hospital Nacional de Niños. *Acta Médica Costarricense* [Internet]. 2020;62(4):174–80. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v62n4/0001-6002-amc-62-04-175.pdf>
9. Justice N, Le J. Bronchiolitis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado el 2 de enero de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441959/>
10. Bertrand P, Sánchez I, editores. *Pediatric Respiratory Diseases: A Comprehensive Textbook* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [citado el 2 de enero de 2024]. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-26961-6>
11. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de dos años [Internet]. MINSA; 2019. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf>

12. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis [Internet]. MINSA; 2022. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2022/GPC%20BronquiolitisF.pdf>
13. Arias J, Holgado J, Tafur T, Vasquez M. Metodología de la investigación: El método ARIAS para desarrollar un proyecto de tesis [Internet]. 1a ed. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú; 2022 [citado el 11 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://editorial.inudi.edu.pe/index.php/editorialinudi/catalog/book/22>
14. Arias JL, Covinos M. Diseño y metodología de la investigación [Internet]. Enfoques Consulting EIRL.; 2021 [citado el 14 de junio de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.concytec.gob.pe/handle/20.500.12390/2260>
15. Villanueva F. Metodología de la investigación [Internet]. Klik; 2022. 153 p. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=6e-KEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=metodolog%C3%ADa+de+la+investigacion&ots=WGMM3PHGep&sig=qXPDivIRagKqvXycX7JW0RBM5Ro#v=onepage&q&f=false>
16. Hadi M, Martel C, Huayta F, Rojas R, Arias J. Metodología de la investigación: Guía para el proyecto de tesis [Internet]. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú; 2023 [citado el 11 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://editorial.inudi.edu.pe/index.php/editorialinudi/catalog/book/82>
17. Kovensky J. Control del cumplimiento las normas éticas en la investigación clínica, una tarea impostergable. *Revista Bioquímica y Patología Clínica* [Internet]. 2024 [citado el 3 de enero de 2024];88(1):20–1. Disponible en: <https://www.revistabypc.org.ar/index.php/bypc/article/view/264>

6. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Presupuesto

Descripción	Unidad de Medida	Cantidad	Costo Unitario	TOTAL
Recurso Humano				
Asesor Estadístico	-	1	S/. 800.00	S/. 800.00
Asesor Metodológico	-	1	S/. 800.00	S/. 800.00
			Costo Total	S/. 1600.00
Recurso Material				
Lapiceros	Unidad	1	S/. 0.50	S/. 0.50
Lápices	Unidad	2	S/. 0.50	S/. 1.00
Resaltadores	Unidad	1	S/. 2.00	S/. 2.00
Memoria USB	Unidad	1	S/. 10.00	S/. 10.00
Papel Bond A-4 75 gr	Millar	1	S/. 5.00	S/. 5.00
Laptop HP	Unidad	1	S/. 1500.00	S/. 1500.00
Cuaderno	Unidad	1	S/. 5.00	S/. 5.00
			Costo Total	S/. 1523.50
Servicios				
Internet	Meses	3	S/. 90.00	S/. 270.00
Impresiones	Unidad	25	S/. 0.50	S/. 12.50
Llamadas telefónicas	Meses	3	S/. 30.00	S/. 90.00
Fotocopias	Unidad	40	S/. 0.10	S/. 4.00
Anillados	Unidad	1	S/. 5.00	S/. 5.00
Empastados	Unidad	1	S/. 7.00	S/. 7.00
			Costo Total	S/. 388.00
COSTO TOTAL				S/. 3512.00

Financiamiento

Este estudio será completamente financiado por el investigador, lo que implica cubrir el presupuesto destinado a los recursos humanos, materiales y servicios relacionados con la responsabilidad del autor de la investigación.

Cronograma

Actividades	AÑO: 2024				
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
1 Reconocimiento de datos					
2 Producción del proyecto					
3 Verificación del proyecto					
4 Utilización de instrumentos					
5 Estructuración de la data					
6 Estructuración de los datos para el estudio					
7 Controversia					
8 Expresar de conclusiones y recomendaciones					
9 Sustentación					

7. ANEXOS

Anexo A. Delimitación de la muestra poblacional

$$n = \frac{z^2 N p q}{e^2 (N - 1) + z^2 p q}$$

Donde:

N=Población total (250)

Z= 1.95 nivel de confianza

p= proporción de éxito (0.5)

q= proporción de fracaso (0.5)

e= error de muestreo (0.05) / 5%

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.95)^2 (250)(0.5)(0.5)}{(0.05)^2 (250 - 1) + (1.95)^2 (0.5)(0.5)}$$

n= 152 historias clínicas.

Anexo B: Instrumentos de recolección de datos

ESCALA DE SEVERIDAD DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA

PUNTUACIÓN	0	1	2	3	4
Sibilancias	No	Sibilancias al final de la espiración	Sibilancias en toda la espiración	Sibilancias ins- espiratorias	Hipoflujo
Crepitantes	No	Crepitantes en un campo	Crepitantes en 2 campos	Crepitantes en 3 campos	Crepitantes en 4 campos
Esfuerzo	Ningún	Tiraje subcostal o intercostal inferior	esfuerzo + tiraje supraesternal o aleteo	+ aleteo nasal y supraesternal (universal)	
Relación i/e	Normal	Simétrica	Invertida		

Frecuencia respiratoria	0	1	2
Edad (meses)			
<2 m	< 57	57 - 66	> 66
2-6 m	< 53	53 - 62	> 62
6-12 m	< 47	47 - 55	> 55

Frecuencia cardiaca	0	1	2
Edad			
7-12 m	125-142	153-180	>180
2-12 m	120-140	140-160	>160

Interpretación

Bronquiolitis leve: 0- 4 puntos.

Bronquiolitis moderada: 5-9 puntos.

Bronquiolitis grave: 10-13 puntos.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Indicador	Valores	(x)
Peso al nacer	Bajo (<2500 g)	
	Normal (2500 g - 4000 g)	
	Macrosomía (>4000 g)	
Edad	Inferior a los 6 meses	
	De 6 a 24 meses	
Nivel socioeconómico	Nivel A	
	Nivel B	
	Nivel C	
	Nivel D	
	Nivel E	
Anomalías en las vías respiratorias	Presentó	
	No presentó	
Trastornos congénitos por inmunodeficiencia	Presentó	
	No presentó	
Tabaquismo en la familia	Presentó	
	No presentó	
Entorno de vida aglomerado	Cumple	
	No cumple	
Displasia broncopulmonar	Presentó	
	No presentó	
Escala de severidad de la bronquiolitis aguda	Leve	
	Moderada	
	Severa	