



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO DE LA FASE PRÁCTICA PREVIO A
LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO EN TERAPIA
RESPIRATORIA

TÍTULO: PREVALENCIA DE BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 2
AÑOS.

Autores:

HERRERA ARREAGA DIANA MARIA

POLONIO ANDRADEESTEFANY CAROLINA

Milagro, 29 de Agosto del 2017.

ECUADOR

DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabrizio Guevara Viejó, PhD.

RECTOR

Universidad Estatal de Milagro

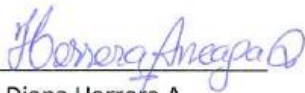
Presente.

Nosotras, HERRERA ARREAGA DIANA MARIA Y POLONIO ANDRADE ESTEFANNY CAROLINA en calidad de autores y titulares de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta práctica de la alternativa de Titulación - Examen Complexivo, modalidad presencial, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la propuesta practica realizado como requisito previo para la obtención de nuestro Título de Grado, como aporte a la Temática **“PREVALENCIA DE BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS”** del Grupo de Investigación **SALUD PUBLICA MEDICINA PREVENTIVA Y ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LA POBLACION** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social De Los Conocimientos, Creatividad E Innovación, concedemos a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservamos a nuestro favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizamos a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de esta propuesta practica en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Los autores declaran que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, a los 29 días del mes de Septiembre del 2017



Diana Herrera A.

CI: 0916956410



Estefanny Polonio A.

CI: 0704390020

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por: Vásquez Espinoza Gabriela, Romero Urrea Holguer, Mederos Mollineda Katuska

Luego de realizar la revisión de la propuesta práctica del Examen Complexivo, previo a la obtención del título de **Licenciatura en terapia respiratoria** presentado por la señorita **Herrera Arreaga Diana María**

Con el título:

Prevalencia de Bronquiolitis en niños menores de dos años en el sector Milagro Norte




Otorga al presente la propuesta práctica del Examen Complexivo, las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTÍFICA	[88]
DEFENSA ORAL	[3]
TOTAL	[91]
EQUIVALENTE	[45,5]

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) Aprobado

Fecha: 29 de Septiembre del 2017.

Para constancia de lo actuado firman:

	Nombres y Apellidos	Firma
Presidente	<u>Gabriela Vasquez Espinoza</u>	
Vocal 1	<u>Katuska Mederos Mollineda</u>	
Vocal 2	<u>Holguer Romero Urrea</u>	

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por: Vásquez Espinoza Gabriela, Romero Urrea Holguer, Mederos Mollineda Katiuska

Luego de realizar la revisión de la propuesta práctica del Examen Complexivo, previo a la obtención del título de **Licenciatura en terapia respiratoria** presentado por la señorita **Polonio Andrade Estefanny Carolina**

Con el título:

Prevalencia de Bronquiolitis en niños menores de dos años en el sector Milagro Norte




Otorga al presente la propuesta práctica del Examen Complexivo, las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTÍFICA	[88]
DEFENSA ORAL	[2]
TOTAL	[90]
EQUIVALENTE	[45]

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) Aprobado

Fecha: 29 de Septiembre del 2017.

Para constancia de lo actuado firman:

	Nombres y Apellidos	Firma
Presidente	<u>Gabriela Vásquez Espinoza</u>	
Vocal 1	<u>Katiuska Mederos Mollineda</u>	
Vocal 2	<u>Holguer Romero Urrea</u>	

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTOR	1
APROBACIÓN DEL ACOMPAÑANTE DE LA PROPUESTA PRÁCTICA	3
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR	3
INDICE GENERAL	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	9
DESARROLLO	14
CONCLUSIONES	16
BIBLIOGRAFÍA	18

TEMA

“PREVALENCIA DE BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS”

RESUMEN

La bronquiolitis es la causa principal de ingreso por infección respiratoria aguda de vías aéreas bajas en el niño menor de dos años. El virus respiratorio sincitial es el agente causal dominante, aunque existen otros virus implicados. La definición de McConnochie, considera que la bronquiolitis es el primer episodio agudo de dificultad respiratoria con sibilancias, precedido por un cuadro catarral de vías altas (rinitis, tos con/sin fiebre), afecta a niños menores de dos años, estos síntomas se dan en el primer año de vida, sin embargo no todos los autores están de acuerdo con esta definición y aun no se ha llegado a un consenso de acerca de los criterios necesarios para emitir el diagnóstico, especialmente los de edad o número de episodios. Esta infección respiratoria en menores de dos años, el virus sincitial respiratorio (VRS) es el agente infeccioso más frecuente en esta enfermedad. Otros agentes patógenos con frecuencia son el virus Parainfluenza, Adenovirus, y Mycoplasma Pneumoniae. La sintomatología es variable y se ha demostrado que en los casos leves duran de uno a tres días mientras que en los casos más graves tienen una evolución media de once a catorce días. La bronquiolitis sigue siendo la mayor causa de morbimortalidad en niños menores de dos años, incluyendo en un gran número de prevalencia como es la bronquiolitis, especialmente en pacientes con factores de riesgo como en los recién nacidos inmunodeprimidos en enfermedades crónicas. En los países desarrollados los lactantes presentan una medida de seis a diez infecciones virales al año. Se aprecia que el virus causante de la bronquiolitis es el VRS, tiene un papel predominante en la muerte de casi 4 millones de niños cada año. En el Ecuador la bronquiolitis es considerada como la segunda causa de morbilidad, esta patología se presenta en época de invierno, en otros países del mundo se presenta en verano y otoño e incluso primavera, esta patología tiene mayor prevalencia de acuerdo a las estadísticas INEC, el sexo masculino que femenino, solo un pequeño porcentaje requieren hospitalización ya que necesitan cuidados especiales.

Palabras Claves: Virus Sincitial Respiratorio (VSR), Bronquiolitis.

ABSTRACT

Bronchiolitis is the major cause of admission for acute respiratory infection of the lower airways in the child less than two years old. Respiratory syncytial virus is the dominant causal agent, although other viruses are involved. The definition of McConnochie considers bronchiolitis to be the first acute episode of respiratory distress with wheezing, preceded by catarrhal disease of high pathways (rhinitis, cough with / without fever), affects children under two years of age, these symptoms occur In the first year of life, however, not all the authors agree with this definition and a consensus has not yet been reached on the criteria necessary to issue the diagnosis, especially those of age or number of episodes. This respiratory infection in children less than two years old, respiratory syncytial virus (RSV) is the most frequent infectious agent in this disease. Other pathogens are often Parainfluenza, Adenovirus, and Mycoplasma Pneumoniae. The symptomatology is variable and it has been shown that in mild cases they last from one to three days whereas in the most severe cases they have an average evolution of eleven to fourteen days. Bronchiolitis continues to be the major cause of morbidity and mortality in children under two years of age, including in a large number of prevalences such as bronchiolitis, especially in patients with risk factors such as immunosuppressed newborns in chronic diseases. In developed countries, infants have a range of six to ten viral infections per year. It can be seen that the virus that causes bronchiolitis is RSV, it plays a predominant role in the deaths of almost 4 million children each year. In Ecuador, bronchiolitis is considered the second cause of morbidity, this pathology occurs in winter time, in other countries of the world occurs in summer and autumn and even spring, this pathology has a higher prevalence according to INEC statistics, Male to female, only a small percentage require hospitalization as they need special care.

KEYWORDS:

Respiratory Syncytial Virus (RSV), Bronchiolitis.

INTRODUCCIÓN

El concepto mayor definido sobre la bronquiolitis, es un proceso infeccioso que se presenta en su primer episodio donde existe dificultad respiratoria con sibilancias, seguido por un cuadro catarral de vías altas acompañado de (rinitis, tos, con/sin fiebre), que aflige a infantes menores de dos años, en ocasiones se muestra en el primer año, con mayor fuerza entre los tres y seis meses. Sin embargo, no todos los publicistas están de acuerdo con esta noción y aún no se ha llegado a una aprobación acerca de los criterios precisos para emitir el juicio, (McConnochie, 2012).

La patología es un transcurso que se suscita en una gran demanda asistencial en Atención Primaria y en los Servicios de Urgencias, esto nos constituye a una de las principales causa de admisión por infección respiratoria ya que se manifiesta con una obstrucción en las vías altas o bajas en el niño pequeño de hasta dos años, (Callen Blecua M, 2012). Estas afecciones respiratorias son específicamente generadas por el principal virus sincitial respiratorio (VRS) este es el agente infeccioso más frecuentemente identificado. Otros agentes contagiosos asemejados con insistencia son el virus para influenza, el adenovirus, el Mycoplasma Pneumoniae. La sintomatología es variables y se muestra en los procesos leves que duran de uno a tres días en otros casos más agudos poseen una avance media de once a catorce días, se revelan con signos y síntomas (Gandarilla, 2015)

La bronquiolitis permanece estando en una de las causas de morbimortalidad en la especialidad de pediatría, incluyendo altas cifras de prevalencia en esta patología, concretamente en pacientes con factores de riesgo en los recién nacidos inmunodeprimidos o transportadores de enfermedades crónicas. En los países desarrollados los lactantes, muestran una medida de seis a diez contagios virales al año. Las estadísticas reflejan que es principal causante el virus sincitial respiratorio (VRS), tiene un papel predominante en la muerte de casi 4 millones de niños cada año, (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2014).

En Ecuador esta infección respiratoria es la segunda razón a causa de morbilidad dentro de las enfermedades respiratorias de los infantes, esta patología se declara en temporadas frías de invierno ya que epidemiológicamente es una dolencia que va de acuerdo con las estaciones, en diferentes países del mundo pueden presentarse en verano y otoño e incluso primavera, se sabe que tiene mayor prevalencia de acuerdo a las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo , (INEC, 2012).

El presente estudio tiene como finalidad adquirir conocimientos sobre la prevalencia de la patología respiratoria como es la bronquiolitis en niños menores de dos años de vida, así poder contribuir con datos relevantes ya que en los meses de invierno existe un mayor índice de la enfermedad, donde los factores de riesgos como el virus sincitial respiratorio es el principal agente infeccioso, en las zonas rurales es de mayor impacto, con esta información y los diversos estudios sobre este tema llegando a la conclusión que el alto índice se genera por la falta de conocimiento sobre la misma debemos tomar medidas de promoción, prevención y educación para concientizar a los padres de familia y cuidadores de los infantes.

MARCO TEORICO

Es una patología infecciosa, inflamatoria del tracto respiratorio superior e inferior, que se manifiesta con obstrucción de las vías aéreas pequeñas, bronquiólos, normalmente esta auto limitada y ocurre con mayor reiteración en niños menores de dos años, causada por un agente infeccioso, generalmente es viral. El término de este agente infeccioso se manifiesta al primer episodio bronco obstructivo, en niños menores de dos años, esta patología es caracterizada por signos y síntomas de infección de vías aéreas superiores seguido por la aparición de sibilancias o ruidos bronquiales, variando el primer suceso (bronquiolitis aguda típica) del segundo o ulteriores (lactantes sibilantes recurrentes), (Ubero, 2012).

Etiológicamente, el virus respiratorio sincitial (VRS) está presente en el 75% de los casos de menores de dos años hospitalizados por esta patología, pero normalmente solo supone el 20-40% de todos los casos de bronquiolitis aguda, frente al 10-30% por virus parainfluenza, 5-10% por adenovirus, 10-20% por virus influenza y 5-10% por micoplasma (sobre todo en niños mayores). No se deja de ser esencial reseñar que la infección por VSR no es sinónimo de bronquiolitis aguda y viceversa, La bronquiolitis es frecuente en la infancia que ocasiona una importante demanda asistencial en atención primaria ,reiteración de consultas entre 4-20% y en las urgencias hospitalarias insistencia de consultas entre 0,8-2,5%. Esta patología tiene mayor frecuencia al sexo masculino en un 68% de los casos leves, llegando al 90% en casos graves. El 30% de los niños tienen familiares con historia de asma, en ocasiones esta patología suele confundir con problemas asmáticos, la edad de los niños afectados generalmente oscila entre los 3 y 6 meses y siendo más grave por debajo de los 3 meses, (Fernández-Rodríguez M, 2011).

Esta enfermedad es una causa importante de hospitalización en niños, se manifiestan en menores de 2 años, muchos niños sanos con bronquiolitis pueden tratarse de forma ambulatoria; sin embargo los niños con enfermedades pulmonares crónicas debidas a la prematuridad, cardiopatía congénita termodinámicamente significativa, debilidad

neuromuscular, experimentan un riesgo aumentado de enfermedad grave. Los niños adquieren la infección por exposición a miembros de la familia infectados, en muchos casos se presentan infecciones en el trato respiratorio superior a niños infectados en guarderías, (Nelson Castro, 2015) .

El término bronquiolitis se aplicó desde 1940 como diagnóstico de un "complejo de síntomas clínicos respiratorios", aunque se desconoce la etiología viral de esta enfermedad. Se define como un episodio agudo de obstrucción de la vía aérea inferior, si bien los criterios de diagnósticos varían de un país a otro e incluso dentro de un mismo país, de un centro a otro. Este padecimiento se considera un síndrome, requiriendo para su diagnóstico la existencia de los siguientes criterios de carácter clínico desde 1983, disnea espiratoria de iniciación agudo, edad inferior o igual a 24 meses, caracteres de enfermedad respiratoria vírica como coriza, otitis o fiebre, con o sin indicios de distres respiratorio. Además se considera de criterio clínico-radiológico el aspecto de hipoxia (saturación de oxígeno, (McConnochie, 2012).

La organización Mundial de la Salud emplea que es el principal virus causante de la bronquiolitis y causa la muerte en 4 millones de niños al año, tiene un papel predominante en la muerte de cada 25 niños menores de un año que ingresan anualmente por este proceso es el virus sincitial respiratorio VRS. El 10% de lactantes son de hospitalización cada año mientras que el 25% niño menor de 24 meses, (OMS, Organizacion Mundial de la Salud, 2012).

En Ecuador la bronquiolitis es considerada como la segunda causa de morbilidad entre las enfermedades respiratorias, esta patología se encuentra mayormente en épocas de invierno ya que epidemiológicamente va de la mano con las estaciones, en diferentes países del mundo pueden presentarse en verano, otoño e incluso primavera, se sabe que tiene mayor prevalencia de acuerdo a las estadísticas INEC, mayor prevalencia el sexo masculino que femenino, solo un pequeño porcentaje de los casos requieren hospitalización ya que necesitan cuidados especiales, (INEC, 2012).

Los procesos infecciosos son de origen viral y el causante principal es el virus sincitial respiratorio (VSR). Existen otros agentes patógenos menos frecuentes incluyen el virus

parainfluenza, el adenovirus, la influenza A y B, el rinovirus, el metapneumovirus humano y el *Mycoplasma Pneumoniae* (*M. Pneumoniae*). En la bronquiolitis aguda las principales secuelas patológicas incluyen un infiltrado peribronquial de las células inflamatorias, el edema de la mucosa y de la submucosa, la necrosis y descamación de las células epiteliales ciliadas, la proliferación de las células cúbicas y aumento de la secreción de moco. La combinación del edema de la pared de las vías respiratorias, el desprendimiento de restos de tejido necrótico, el aumento de la producción de moco y el deterioro de la eliminación de las secreciones produce obstrucción de las vías respiratorias, atrapamiento de aire, atelectasia y deterioro del intercambio de gases, (García, 2013).

Las pruebas clínicas son exclusivas y nos producen al diagnóstico en la mayoría de los casos, los síntomas de catarro son frecuente, como rinorrea, tos y febrícula en ocasiones tempranas del malestar, continuamente en la dificultad respiratoria con signos de obstrucción bronquial y sibilancias, referidos extensamente y siendo estudiados en la literatura, se le considera a muchos como criterios de diversos diagnósticos. En el análisis microbiológico realizando por diferentes técnicas como son la inmunofluorescencia, ELISA, o procesos más actuales, como reacción al enlace de la polimerasa, (González Caballero D, 2011).

En los factores de riesgos los que tienen mayor padecimiento son los menores de un mes, en esta patología principalmente los antecedentes de familiares, que hayan manifestados bronquiolitis, padres fumadores, de no tener una buena vigilancia de la enfermedad presto que el pequeño presenta alteraciones tales como son Atelectasias e incluso deshidratación que suele llegar presentarse de manera severas. Es muy dificultoso crear normas en cuanto a la prevalencia real de esta patología; con mayor medida se incluyen en los estudios de incidencia solo los que demandan hospitalización y que son varios los casos de bronquiolitis leve que son resueltos en Atención Primaria es decir métodos ambulatorios en abandonos o interrumpidos, donde el padecimiento se vuelve crónico y resistencia del virus, (Ubero, 2012).

La contaminación intrafamiliar y dentro de los parvularios infantiles es habitual contagiarse, también son más abundantes las infecciones hospitalarias entre el personal de salud y los lactantes las cuales terminan teniendo un impacto significativo sobre la

morbimortalidad, así como sobre el tiempo de estancia en los centros de salud, teniendo en balance que el crecimiento se genera por la falta de prevención y cuidados a cada paciente, (Colantonio, 2015).

Además podemos manifestar que en los libros se refieren acerca de la bronquiolitis en niños se conoce que es una lesión importante en los bronquiolos, esto a su vez va a generar edema de la pared, obstrucción de la luz con moco y detritus celulares; existen un infiltrado inflamatorio en el intersticio peribronquiolar que en apretar la extrínsecamente la vía aérea, uno de los factor de obstrucción que se agrega al intraluminal. No contiene uniformidad en las lesiones, se obtienen bronquiolos totalmente cerrados, unos parcialmente y otros también encontramos permeables, lo que lleva a zonas alveolares más ventiladas, atelectasiadas, existen diversas con hiperventilación compensatoria, lo que forma trastornos de perfusión. (Cilla G, 2014)

En las exposiciones clínicas empieza con un cuadro catarral más rinorrea en las 24- 72 horas antes que comienza con dificultad respiratoria paulatina a la tos seca, fiebre, estornudos, taquipnea, disnea, cianosis, en la auscultación localizaremos presencia de estertores y sibilancias, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, reflejo en la piel, sensorio y alimentación retracción subcostal e intercostal por la función de los músculos accesorios e incluso aleteo nasal. Los que aumentan la probabilidad de adquirir bronquiolitis generalmente son los de asistencia a guarderías, hacinamiento, bajo nivel socio económico, hermanos en edad escolar, falta de alimentación materna, padres fumadores, peso bajo al nacer, sexo masculino, época epidémica, (Barria, 2012).

Después del contagio del virus sincitial respiratorio autor de la bronquiolitis el 40-70% de los lactantes muestran en la auscultación sibilancias en el transcurso de las infecciones respiratorias, en la obtención de citosinas mientras esto con lleva la bronquiolitis aguda se relaciona con el desarrollo de asma en niños. Con el paso del tiempo en las últimos plazos no se ha señalado que ningún tratamiento farmacológico utilizado para esta patología sea apto en alterar el curso natural de esta padecimiento, sin embargo muchas de los relaciones puede prevenir la aparición de detenciones y mejorar en la comodidad del paciente, (Muñoz, 2014).

En la última década se está representando un incremento de la incidencia de hospitalizaciones por bronquiolitis generando de costos importantes. Los pacientes con hiperreactividad bronquial, antecedentes familiares de asma y alergia, están más predispuestos; el bajo peso, talla al nacer, la delgadez, el abandono de lactancia materna, la contaminación ambiental y el humo del cigarro en los hogares, son meditados como factores de riesgo, así también como la displasia broncopulmonar, la fibrosis quística, las malformaciones congénitas pulmonar y cardiovascular. Exhibe un grupo de factores de relaciones que la preceden y otros que la agravan, con una gran variación estacional acorde con el que alza epidemiológica de su agente causal principal, el agente causal virus sincitial respiratorio VSR, en donde grado al estado de severidad es un elemento a meditar, así como los factores de riesgo para resolver si se ingresa en el hogar u hospital, (G.Valdez, 2013).

El tratamiento factible y de mucha ayuda para la bronquiolitis es un correcto lavado de manos, no fumar, priorizar la lactancia materna, hidratación, oxigenación, eliminación de secreciones, broncodilatadores, corticoides. En el proceso de la etapa aguda tanto ambulatoria como hospitalaria nos centraremos fundamentalmente en algunos parámetros de soporte, con antecedentes de prematuridad; es importante estipular la gravedad de la patología en el lactante para establecer las medidas terapéuticas, y luego proceder a realizar un tratamiento ambulatorio o bien a la hospitalización, (Caballero, 2007).

Además esto también ocurre dentro de las indicación habitual de broncodilatadores y cortico esteroides, generando un motivo de controversia, quienes condenan las mencionadas prácticas terapéuticas, pues existe bastante evidencia para no llegar a recomendar su uso repetido, ya que se estos autores considera de mucha agresiva a los infantes en los tratamiento. También no se recomienda el uso de la fisioterapia en el tratamiento o de implementar otras maniobras utilizadas que están en auge desde hace algunos tiempos, tales como espiración lenta prolongada, manifestadas tal vez podría brindar mayor beneficio, pero debemos tener en cuenta que en otras patologías de cuidado le acompaña al infante, (Collin walls, 2012).

DESARROLLO

En la Bronquiolitis este término se presenta al primer episodio bronco obstructivo, en infantes menores de dos años, es un proceso que genera un síndrome a la aparición de sibilancias y ruidos braquiales debido a la inmadurez y el mecanismo de protección que concibe el sistema respiratorio. (Garcia Martin, Pediatría, 2014). La calidad de estudio es la para que desde la atención primaria en salud mediante trabajos de prevención y promoción se elimine el factor principal el agente etiológico como lo es el virus sincitial respiratorio que además pasivamente este virus se adquiere pasivamente con la lactancia materna donde se identifican anticuerpos Iga específicos del (VSR), (A. Bonillo, 2014).

Mientras tanto de cada 25 lactantes, uno es de ingreso hospitalario debido al desarrollo de esta patología en el periodo de vida hasta los 2 años, sobre todo en los niños de 3 a 5 meses, cuan pequeño es el individuo va existir un incremento el riesgo de la irritación en cuadros más severos, (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2012). Es vital el apoyo que puede brindar el personal de salud una buena instrucción sobre prevención y educación, ya que el médico tratante debe tener conocimientos y habilidades necesarias para orientar el diagnóstico de esta enfermedad, también se debe prestar mayor atención a los padres de familia que están encargados del cuidado de los niños menores de dos años de edad ya que presenta un alto porcentaje en lactantes con esta patología.

En los causantes de riesgos se predispone la edad menor de 6 meses, la presencia de fumadores en el hogar y antecedentes de infecciones respiratorias agudas (IRA). Ya que estos factores son detonantes de la prevalencia en la bronquiolitis aguda, (Garcia Martin, 2012).

En nuestro estudio no se ha demostrado como tampoco expresa más lo que refiere en la literatura que la exposición al humo del tabaco sea un determinante, solo señalamos la

prevalencia de fumadores en los hogares con niños afectados con enfermedades respiratorias como el asma y bronquiolitis. El mal hábito del tabaco en el proceso materno durante el embarazo tiende mucho a parecer asociarse con un mayor aumento en la incidencia de bronquiolitis posteriormente al nacimiento. Manifiesta respecto a la relación establecida entre tabaquismo y la leche materna, (Nelson Castro, 2015).

Al estipula que el tabaquismo materno acrecienta el riesgo de infecciones del tracto respiratorio en niños nutridos con el pecho durante los seis primeros meses de vida, pero no, si la leche materna(LM) se prolonga más allá del sexto mes. Los prosistas destacan así que el papel que cubre de la lactancia materna es mayor en niños fumadores pasivos. En otras ocasiones tiene mucho que ver la asociación de historia familiar de padecimientos respiratorios como lo es la bronquiolitis. En el año 1989 (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2012). Hicieron una declaración conjunta para fomentar la lactancia materna LM. Mientras otros organismos internacionales declaran que mientras más prolongada sea esta forma parte natural e ideal de la alimentación del lactante y constituye una base biológica única para el desarrollo del niño, (UNICEF, 2012). Por lo que es importante que al momento de generar lactancia materna, la madre debe de encontrarse sana y mantener todos los cuidados para que se genere crecimiento de esta patología.

También aportamos un breve conocimiento sobre la fisioterapia en futuras mejoras de la bronquiolitis que esta no debería ser aplicada a infantes que tenga asociadas otra patologías irrigadas esta terapia puede ser inútil o aun perjudicial en el infante con ella genera un aumentó en la obstrucción de los bronquiolos y el sistema respiratorio, (Raskshi K, 2013)

CONCLUSIÒN

Estos niños menores de dos años con esta patología respiratoria son considerados graves con el Virus Sincitial Respiratorio (VSR), de ser tomados en cuenta no solo por su frecuencia en el estudio, sino también por la gravedad del cuadro clínico ya que al salir de una patología existe mayor resistencia.

La bronquiolitis afecta con mayor frecuencia al sexo masculino en un 68% de los casos leves, llegando al 90% en casos graves. El 30% de los niños tienen familiares con historia de asma, en ocasiones esta patología suele confundir con problemas asmáticos, la edad de los niños afectados generalmente oscila entre los 3 y 6 meses y siendo más grave por debajo de los 3 meses.

Las hospitalizaciones relacionadas con el alto índice de prevalencia de la bronquiolitis llevan también un gran rango en pacientes ambulatorios, siendo estos considerables en la morbilidad en menores de dos años, en infantes sanos después de salir de un cuadro de internación es decir paciente sanos que fueron contagiados en un centro de salud.

Posteriormente realizado este presente estudio se concluye que en el primer año de vida, un lactante puede presentar cada tres meses un resfriado, lo cual es un factor de riesgo para facilitar que presente enfermedades respiratorias como la bronquiolitis. Se debe de tener en cuenta que el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) continúa siendo la segunda causa de morbimortalidad en nuestro país. Dado que en Ecuador aun no existen datos estadísticos que se reflejen en base a esta patología sobre la prevalencia de la Bronquiolitis.

Es vital el apoyo que debe de brindar el personal de salud una buena instrucción sobre prevención y educación, ya que con su observación y manejos de cuidados se puede disminuir las complicaciones y mejorar su pronóstico.

Dentro de nuestro estudio mediante observación y ayudas literarias consideramos que si la madre en el proceso del embarazo y fuera del mismo continua siendo fumadora de tabaco no debería proporcionarse lactancia materna al hijo, aunque consideramos que es único vínculo en el crecimiento, desarrollo y protección a infecciones futuras de los infantes.

La mejor terapia que se puede ofrecer al niño es el tratamiento de sostén, mejorar el conocimiento que generen al máximo beneficios y satisfacción a nuestros pacientes y a la sociedad.

Debemos de brindar a nuestros pacientes una buena calidad de atención y cuidados que generemos a nuestros pacientes con esta patología respiratoria, tanto en promoción como en prevención y educación sobre la bronquiolitis de esta manera haremos que las estadísticas disminuyan en el país.

BIBLIOGRAFIA

- A. Bonillo, B. J. (2014). Tratado de Neumología infantil. *Scielo*.
- Barria, C. y. (2012). Infecciones Respiratorias agudas. En T. B. Calle Blecua, *Diagnostico y tratamiento en atencion primaria*. Habana- Cuba.
- Caballero, G. (2007). Neumología pediátricas. *Scielo-España*.
- Callen Blecua M. (2012). Diagnostico y tratamiento en Atención Primaria en enfermedades respiratorias. *Scielo- Chile*.
- Cilla G, S. A. (2014). Infecciones respiratorias epidemiológicas. En S. A. Cilla G, *Guía rápida del protocolo de la bronquiolitis*. Cuba-Habana: La Habana.
- Colantonio, g. (2015). VSR-Virus Sential Respiratorio. Argentina-B.Aires: MN88422.
- Collin walls, P. A. (2012). Necesidades de la Fisioterapia en la Bronquiolitis. *Scielo-Brazil*.
- Fernández-Rodríguez M, M.-M. P. (2011). Los aerosoles con suero salino. *Scielo*.
- G.Valdez. (2013). Temas en pediatría. En B. M. Savon Valdez, *Bronquiolitis- aguda* (págs. 52-7). Cuba-Habana: Ciencias Medicas.
- Gandarilla, G. M.-M. (2015). Patologías Respiratorias. *Scielo-Chile*.
- Garcia Martin, M. P. (2012). Bronquiolitis aguda. *Scielo-Asociacion española de Pediatría*.
- Garcia Martin, M. P. (2014). Pediatría. *Scielo-Asociacion Española de Pediatría*.
- Garcia, M. P. (2013). Bonquiolitis. En A. E. Pediatría, *Infecciones Respiratoria*. España.
- González Caballero D, G. P.-Y. (2011). Bronquiolitis aguda. En *Bronquiolitis aguda*.

INEC. (2012). Instituto Nacional de Estadística y Censo. *extraído el día 29-08-2017 a las 18:10.*

Instituto, C. y. (s.f.).

McConnochie. (2012). Bronquiolitis. *Scielo-Chile.*

Muñoz, C. (2014). Atención Primaria en Bronquiolitis. *Scielo -Chile.*

Nelson Castro, I. V. (2015). Infecciones Respiratorias Pediátricas. *Scielo-Tratamiento Farmacológico de la Bronquiolitis.*

OMS. (2012). *Organización Mundial de la Salud.*

OMS. (2014). Organización Mundial de la Salud. *Scielo-España.*

Organización, S. M. (2014). La Organización Mundial de la Salud .

Raskshi K, C. Y. (2013). Fisioterapia y Broncodilatadores. *Scielo- España.*

Salud, L. O. (2014). Bronquiolitis. *Infecciones Respiratorias.*

Salud, O. O. (2014). Bronquiolitis.

Ubero, F. (2012). Bronquiolitis aguda. *Scielo-Brazil, 4-6.*

UNICEF. (2012). *Leche Materna y la bronquiolitis.* Chile: Revistas Médicas.

y, I. I. (2009). *Enfermedades Respiratorias.*

APROBACIÓN DEL ACOMPAÑANTE DE LA PROPUESTA PRÁCTICA

Yo, **GABRIELA DE JESÚS VÁZQUEZ ESPINOZA** en mi calidad de acompañante de la propuesta práctica del Examen Complexivo, modalidad presencial, elaborado por los estudiantes **HERRERA ARREAGA DIANA MARÍA Y POLONIO ANDRADE ESTEFANNY CAROLINA** ; cuyo tema es: **PREVALENCIA DE BRONQUIOLITIS EN MENORES DE DOS AÑOS** que aporta a la Línea de Investigación **SALUD PÚBLICA MEDICINA PREVENTIVA Y ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LA POBLACIÓN** previo a la obtención del Grado de **LICENCIADO EN TERAPIA RESPIRATORIA** ; considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y epistemológico, para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Examen Complexivo de la Universidad Estatal de Milagro.

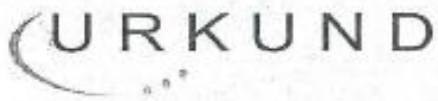
En la ciudad de Milagro, a los 9 días del mes de septiembre de 2017.

ACOMPAÑANTE



GABRIELA DE JESÚS VÁZQUEZ ESPINOZA

cc: 091744344-2



Urkund Analysis Result

Analysed Document: ENSAYO PREVALENCIA-BRONQUIOLITIS.docx (D30294259)
Submitted: 2017-08-30 15:14:00
Submitted By: darreaga@unemi.edu.ec
Significance: 2 %

Sources included in the report:

tesis numeros normales 1 parte.docx111.docx (D9087356)

Instances where selected sources appear:

4

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Gabriel Darreaga E". The signature is written in a cursive style with a large initial "G" and a flourish at the end.

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

Milagro, 2017-09-16

REGISTRO DE ACOMPAÑAMIENTOS

INICIO: 2017-06-10 FIN: 2017-09-30

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA: LICENCIATURA EN TERAPIA RESPIRATORIA

TEMÁTICA: DIAGNÓSTICO DE SALUD, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES EN EL SECTOR MILAGRO NORTE

TEMA: PREVALENCIA DE BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

ACOMPAÑANTE: VASQUEZ ESPINOZA GABRIELA DE JESUS

DATOS DEL ESTUDIANTE			
Nº:	APELLIDOS Y NOMBRES:	CÉDULA	CARRERA:
1	HERRERA ARREAGA DIANA MARIA	0916956410	LICENCIATURA EN TERAPIA RESPIRATORIA
2	POLONIO ANDRADE ESTEFANNY CAROLINA	0704390020	LICENCIATURA EN TERAPIA RESPIRATORIA

Nº	FECHA	HORA		Nº HORAS	DETALLE
1	2017-08-14	Inicio: 07:00:00	Fin: 09:00:00	2	Revisión de variable, orientación sobre introducción, marco teórico y desarrollo del ensayo
2	2017-08-16	Inicio: 11:10:00	Fin: 13:10:00	2	Revisión de introducción
3	2017-08-16	Inicio: 08:00:00	Fin: 10:00:00	2	Orientación sobre variables del tema del ensayo
4	2017-08-18	Inicio: 10:00:00	Fin: 13:00:00	3	Revisión de introducción y marco teórico
5	2017-08-23	Inicio: 17:16:00	Fin: 19:16:00	2	Revisión de desarrollo
6	2017-09-21	Inicio: 15:00:00	Fin: 17:00:00	2	Revisión de marco teórico y desarrollo
7	2017-09-25	Inicio: 11:11:00	Fin: 13:11:00	2	Revisión de desarrollo
8	2017-09-26	Inicio: 04:00:00	Fin: 06:00:00	2	Revisión de desarrollo
9	2017-09-28	Inicio: 10:06:00	Fin: 12:06:00	2	Revisión de desarrollo y conclusiones
10	2017-09-29	Inicio: 07:02:00	Fin: 08:02:00	1	Revisión de conclusiones


 VASQUEZ ESPINOZA GABRIELA DE JESUS
 PROFESOR


 BERMUDEZ BERMUDEZ JULIO CESAR
 DIRECTOR(A) DE CARRERA